

dw. 20560

~~Inov. A. 12.246~~

M. 34357A

CURS CLINIC

DE

PATOLOGIE CHIRURGICALA

DE

DR. I. KIRIAC

inv. 343573

LECȚIUNI PROFESATE LA INSTITUTUL DE CHIRURGIE

33727

Donațiunea:

C. C. ARION

VOLUMUL I

CU FIGURI IN TEXT ȘI PLANȘE COLORATE



STABILIMENTUL GRAFIC I. V. SOCECŪ

59 STRADA BERZEI 59.

1892.

BUCURESTI
30560

fe 4/10/06

1961

L

B.C.U. Bucuresti

C33717



part

Profesorului și șefului meu de serviciu

Doctor Assaky

dedic această modestă lucrare.

*Omagiū adus activității sale științifice, grație
căria, adevărata chirurgie, întemeiată pe știință
și antisepsie, este astăzi introdusă în învătă-
mântul și spitalele noastre.*



Avântul ce chirurgia a luat astă-zi este de netăgăduit. Progresul la care a ajuns e uimitor.

E imens rolul pe care această artă îl are în studiul medicinei, și sunt nenumărate casurile în cari omenirea suferindă își are ultimul refugiū la chirurgie. Folósele și importanța sea în raport cu viața, nimeni nu le mai póte contesta.

Practica chirurgiei însă reclamă *studii profunde de anatomie, aplicarea conștiincioasă a tutulor principiilor de antisepsie și cunoșterea din toate punctele de vedere, fiziologice și patologice, a stărei pacientului.* Acésta este chirurgia modernă.

Și această chirurgie a introdus'o în învățământul și în practica noastră medicală, savantul doctor Assaky, sub a căruia conducere am avut fericirea să lucrez atât la Paris cât și în țară.

Cred că umplu o lacună în literatura noastră medicală dând la lumină lecțiunile clinice pe cari le-am ținut sub inspirația sea, la *institutul de chirurgie* și în cari am concentrat modestele rezultate ale studiilor și experiențelor mele.

Am ținut sémă în acelaș timp de progresele făcute în această ramură, de noile cercetări întreprinse pe acest teren atât în țară cât și în străinătate și am insistat cu deosebire asupra punctelor ce sunt în mai strânsă legătură cu clinica.

Asupra plăgilor produse de proiectilele moderne in special, am întreprins experiențe personale cu armele noastre de răsboi 1879 și 1892 (Henry Martini și Mannlicher), experiențe pe cari le-am făcut la institutul de chirurgie și pirotecnia armatei.

Resultatele acestor experiențe consemnate în această lucrare, se deosibesc puțin din punct de vedere al leziunilor, de cele obținute de eminentii chirurgi ca Billroth, Bruns, Hobart, Delorme, Chauveau etc.

Cunoșterea pe cât se pôte de aprofundată a organismului pacientului la care chirurgul e chemat a interveni, formând unul din factorii cei mai principali ce contribue la succesul operațiunei, m'a determinat să dau o dezvoltare mai întinsă diatezelor și raporturilor ce ele au cu bólele și operațiunile chirurgicale. În studiul acesta m'am condus și am utilizat principiile eruditului profesor din Paris *Verneuil* care prin vastele sale cunoștințe și îndelungata sea practică a adus cele mai mari lumini în acéstă chestiune.

Acolo unde practica și cunoștințele mele, 'mi-au permis a emite unele idei proprii ca în ulcere, fistule, gangrene, diateze, plăgi prin armă de foc etc., le-am înregistrat cât se pôte de amănunțit pentru ca cei competenți să le discute și să le controleze.

Știind din experiență că studiul chirurgiei e mult mai lesnicios și profitabil atunci când e însoțit de observațiuni și experiențe, am preferat forma de lecțiuni clinice cari 'mi-au permis a face dezvoltări practice, intercalând în text numeróse figuri și observațiuni luate din serviciul meu din spitalul Filantropia¹⁾.

Pentru acésta sunt dator a'mi exprima profunda mea recunoștință atât foștilor Efori ai Spitalelor civile : d-nii Nicolae Blumberg și Al. Ghica cari 'mi-au încredințat conducerea acestui serviciu, cât și actualilor d-ni Efori : I. G. Cantacuzino, Gr. Olănescu și prof. Al. Șutzu ce au bine-voit a'mi arăta aceiași încredere.

Nu mai e nevoie să arăt greutatea și sacrificiile cu cari o carte de natura acesteia se publică în țara noastră. Depinde de modul cum va fi primit acest prim volum, pentru a mă decide la o nouă muncă, la noui sacrificii, spre a'mi realiza intențiunea cu care am început : publicarea unui întreg tratat de patologie chirurgicală.

Bucurescă, 1892, Decembrie.

Dr. I. KIRIAC.

¹⁾ Eram hotărât ca multe planșe să le fac colorate, dar din cauza marelor cheltueli, am renunțat.

DESPRE ABCES

(Din abs cedere = a depărta, a împinge; sinonim cu ἀπόστυμα).

Lecțiunea I.

Domnilor,

Când o regiune ôre-care a corpului va fi coprinsă de tumefacție, roșiată, căldură și durere; când la acestea se vor adăoga și impotența funcțională a membrului precum și o reacție generală numită febră, atunci clinica ne zice că ne aflăm în fața unei *inflamațiuni*.

Tendința iresistibilă a acestui proces morbid este de a se termina prin formațiune de puroi.

Și se numește *abces*, o colecțiune de puroi așezată într'o *cavitate accidentală*, formată din distrugerea saă chiar din depărtarea țesuturilor unde se desvoltă.

Când puroiul se află răspândit printre elementele țesutului, fără să și fi creat o cavitate accidentală, se numește *infiltrațiune purulentă*, care nefiind limitată, are tot-d'a-una tendință către distrucțiune și progresiune ulterioară.

De asemenea, când colecțiunea se face într'o cavitate naturală, deja existentă, pörtă numele de *epanșament*, ceia-ce însemneză o simplă scurgere saă vărsare de puroi; ast-fel zicem: epanșament peritoneal, articular, pericardic, etc. Usagiul a făcut ca, abcesul din cavitatea pleurală să se numescă *empyem* (din ἐν = înăuntru și πύον = puroi); acela din substanța plămânului — *vomică* (din vomere = a vărsa, din cauză că colecțiia purulentă, putându-se deschide în bronche, este dată afară printr'un fel de vărsătură); iar acela din camera ant. a ochiului — *hypopion* ὑπό = sub și πύον = pur).

Denonvilliers însă, fără să ia în considerație aceste numiri clasice, și făcând abstracție atât de sediū cât și de origină, numește *abces*

orî-ce colecțiune de puroiū ; fie-că dēnsa umple o cavitare de nouă formație; o cavitare naturală; fie-că este depusă în țesutul celular; în interiorul unui organ saū într'un vas óre-care.

Billoth de asemenea, consideră drept abces, orî-ce colecțiune de puroiū aședată sub pele saū la orî-ce adāncime a unui organ.

Autoriī vechī admiseseră patru grupe principale de abcese :

1) *Abces cald* când provenia dintr'o inflamațiune acută a țesutului celular, ca în flegmonul tip;

2) *Abces rece* când fenomenele inflamatoriī lipsiaū cu totul saū erau de o intensitate minimă. Și se numia *abces rece idiopatic* (din *ιδιος*—propriū și *πάθος*—afecție : bōlă ce póte exista prin ea însăși independent de orî-ce altă afecțiune), când nu se găsia nici o altă leziune în vecinătate; iar *abces rece simptomatic saū osifluent* când se constata că dēnsul stă în legătură cu o inflamație cronică, fie a unui ganglion saū porțiune osósă;

3) *Abces prin congestiune* saū după Gerdy *migratoriū*, când provenia tot dintr'o leziune osósă, dar fórte depărtată de locul ce ocupa abcesul. Și se lua ca exemplu morbul lui Pott, unde leziunea de și se află în ósele colónei vertebrale, abcesul însă il găsim tocmaī în regiunea inguinală;

4) *Abcese metastatice* când colecția purulentă se forma într'un mod spontanēu pe diferite puncte ale corpului, în urma infecțiunei sângelui prin puroiū alterat.

Autoriī modernī ca Volkmann, Koenig, Lannelongue etc., aū arătat că etiologia acestor abcese fiind cu totul diferită, nu trebuesc puse tot în acelaș capitol. În adevăr, astăzi se știe că abcesul rece, fie idiopatic, simptomatic saū migratoriū, resultă din topirea meselor tuberculóse așezate în țesutul celular saū sistemul osos. Ast-fel că, scotēnd și abcesele metastatice, ce ne represintă simptomul unei bóle generale numită infecție purulentă, nu ne rămāne de cât abcesul cald saū flegmonos.

Dar pe lângă acestea maī avem și alte abcese ce trebuesc cunoscute, precum : *abcesele critice* cari apar în cursul unei bóle generale ca febra tifoidă, variola, scarlatina etc., de care individul e coprins. Și se numesc critice din causă că dēnsele, anunță o terminațiune în general favorabilă a bólei esențiale, constituind ast-fel o adevărată crisă. (Deslegare din grecescul *κρίειν*—a judeca).

Abcese critice aū devenit în timpul present de o importanță colosală.

Deja doi din cei maī distinși elevī ai facultății nóstre, d-niī D. Popescu și P. Herescu aū publicat în „Spitalul“, 1890, un studiū fórte

interesant. Anul acesta, chestiunea a fost debătută în Paris de toți savanții, arătându-se rolul bine-făcător al abceselor critice, căci prin ele organismul se descarcă de materiile otrăvitoare ce conține. Fochier într'un limbagiū măi figurat le numesce *abcese de fixațiune*, unde microbii se găsesc ca prinși și ținuți în loc. Și de aceia astăzi, căutăm chiar să provocăm aceste abcese într'un mod artificial, prin diferite injecțiuni iritante în piele, pentru a combate pneumonia și alte bóle infecțioase.

De asemenea măi avem, după Gerdy, *abcese circumvecine* cari vin de complică o inflamațiune deja existentă a unui organ din vecinătate, precum sunt abcesele periuretrale în blenoragie, abcesele periarticulare în artrite etc.

Delpech a descris *abcese secundare repeđi (soudains)*, acelea ce s'ar desvolta pe ómenii debilitați sau prea mult oboșiți de muncă, și cari ar fi de un pronostic fórte grav, însotindu-se de o febră vie, de un miros fetid și de o alterațiune profundă a trásurilor feței. În fine Velpeau numesce abces în formă de *buton de cămașă* când abcesul fiind sub aponevrotic, acesta se perforază într'un punct prin care ese o parte din puroiū ce se răspândește în țesuturi, rămăind însă o altă parte în locul primitiv, așa că am avea două colecțiuni: una sub și alta sus aponevrotică, comunicând între ele prin un mic canal.

Verneuil în 1888 propune divisiunea abceselor în *mono-microbice* când conțin microbii din acelaș gen; fie sub forma de micrococi simpli sau diplococi în care intră: stafilococii, streptococii etc.; și în abcese *poli-microbice* când conțin măi multe genuri și specii diferite de microbii precum: micrococi, diplococi, bacterii, vibronii, bacili etc. Acastă chestiune însă este încă în studiū, căci aci fiind vorba de asociațiunea microbilor, bacteriologia nu a exprimat ultimul cuvânt. Noi dar vom începu cu

Abcesul cald propriū đis.

Abcesul cald il putem întâlni în tóte regiunile corpului fără excepțiune; dar sediul seū de predilecțiune este de sigur țesutul celulo-grosos, precum și acele organe cari posedă în abondența acest țesut. De exemplu: regiunea gâtului, axila, fosa poplitee, fosa ischio rectală etc. pe când în viscere și centri nervoși, densusul se observă măi rar, iar în muschii este excepțional. Ba încă Denonvilliers susține că, nu există póte nici chiar un simplu exemplu probant unde abcesul cald să se fi desvoltat în țesutul propriū al muschilor. Vom reveni.

Un abces ne oferă de studiat trei lucruri principale: *cavitatea, conținutul și päretele.*

I) **Cavitatea** nu se formeză de o dată. La început, puroiul se infiltrază în țesutul celular al părții inflamate; densul încetul cu încetul străbate în interstițiile țesutului conjunctiv, formând ast-fel un număr de mici cavități vecine unele de altele. Aceste cavități, se măresc apoi prin faptul ruperei despărțitoarelor intermediare și finesc prin a se reuni într'o singură cavitate mare.

Iată după Rindfleisch cum s'ar efectua lucrul: celulele cari la început sunt foarte uniform răspândite în parenchimul inflammat, părăsesc locul unde se găsea și vin să se concentreze către un punct central unde are să apară mai târziu focarul purulent. În această locomoțiune, intervine pe de o parte mișcarea spontanată a celulelor; iar pe de altă parte, o transudațiune mai mult sau mai puțin intensă produsă de vase, transudațiune care favorizează mișcarea celulelor, determinând direcțiunea și locul de reunire.

Billroth împărtășește și el această idee. Tinerile celule, se grămădesc puțin câte puțin în locurile unde se află corpusculele țesutului conjunctiv; pe când substanța intermediară se subțiază neîncetat. După aceea, în centrul focarului inflamator, grupele de celule devin confluente și reprezintă un focar supurat, așa că, la început, abcesul e format de mai multe mici focare de supurație. Grăsimea, care de ordină se află într'o cantitate considerabilă în țesutul celular, dispăre mai adesea în timpul procesului inflamator acut, celulele sale fiind zdrobite iar conținutul lichid prin masa de celule de nouă formație ce presedă din toate părțile. Acesta este și origina picăturilor de grăsime sau uleiū pe cari le găsim amestecate cu puroiul.

Timpul necesar pentru colecțiunea puroiului une-orī e foarte scurt, și anume de la 12—24 ore după Thompson; iar alte dăți durază destul de mult.

Daū aci două figurī (Fig. 1 și 2) luate din Billroth unde se arată în mod manifest infiltrația purulentă și colecția sa, pentru a forma un abces, în țesutul conjunctiv și paniculul adipos.

Cavitatea ne presintă diferite forme și o întindere variabilă putând fi: rotundă, oblungă, ovală, sferică, piramidală etc. Une-orī cavitatea e unică sau cu mai multe despărțituri, formând mai multe loji separate prin trabecule conjunctive, sau comunicând între ele prin mici orificiuri.

Mai important însă este prezența de bride sau punți, formate din vase orī trunchiuri nervoase ce plcă de la un pārete la altul și rămase intacte în mijlocul puroiului; lucru ce chirurgical trebuie să cunoască, pentru a le cruța în momentul deschiderii abcesului.

II) **Conținutul.** Puroiul, formând partea cea mai esențială a con-

ținutului unui abces, este de neapărată trebuință să insistăm asupra studiului său. De aceea voi reproduce unele părți din cele deja publicate în clinica din 1890.

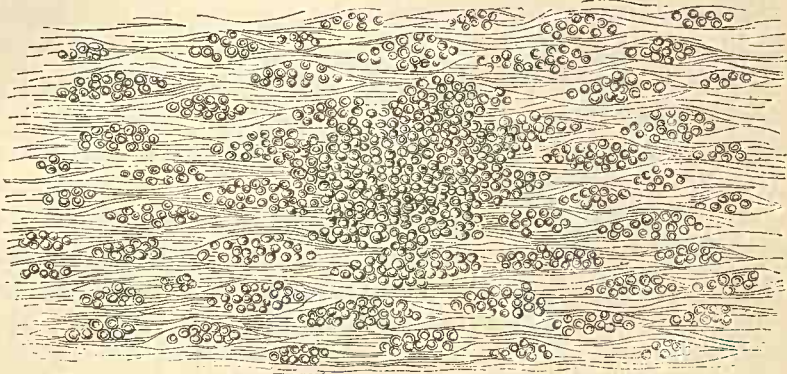


Fig 1

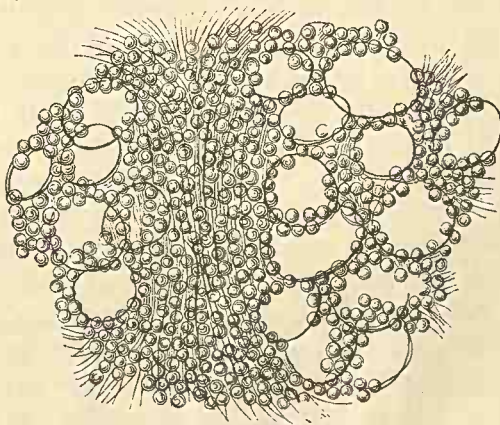


Fig. 2.

Puroiul, după majoritatea autorilor moderni, trebuie considerat ca rezultatul unei formațiuni exagerate de leucocite impregnate de microbi, eșite din vase prin diapedeză, și așezate în sânul unui lichid, exudat, care le servă de blastem formator.

Forma cea mai obișnuită sub care ni se prezintă puroiul este aceea a unui lichid, nici cu o prea mare viscositate dar nici cu o lipsă totală de coesiune. Și de aceea densul se compară cu un lapte gros sau

cu smântâna; fapt pentru care se ține că *puroiul are o consistență cremoasă*.

El posedă o coloră albă gălbue, un miros *sui generis* ca acela de carne animală, lapte fiert, sau lichidul spermatic. Gustul e ușor sărat sau dulcég. Prin pipăire ne dă senzațiunea unui corp unsuros.

Förte omogen în diferitele sale părți; greutatea specifică după Ch. Robin este de 1020—1040. *Nici odată nu se coagulează în mod spontanat*; la temperatura însă de 75° coagularea se pöte obține.

Dênsul oferă *förte mare resistență către putrefacție*: Delore a arătat preparațiunii făcute chiar la aer liber și cari după 2—3 luni nu presentase nici o alterațiune.

Puroiul investit cu aceste caractere, forméză tipul aceluia din abcesul cald numit: *pus bonum et laudabile*; în opoziție cu alt puroiü fetid, mai puțin consistent, mai puțin omogen și deci mai puțin demn de laudă, așa precum îl găsim în abcesele reci. *Pus optimum equale et quam minime graveolens huic contrarium pessimum* (Hip).

Dacă turnăm puroiü într'un tub de sticlă, dênsul se separă în două părți: una solidă care cade la fundul vasului, iar alta lichidă ce plutesce d'asupra. Prima este în proporție de 25 % iar a doua de 75 %.

Porțiunea solidă se mai numesce și partea globulară sau corpusculele puroiului din cauză că dênsa este formată din corpî tari, cu o formă bine determinată și avênd un aspect granulos.

Aceste corpuscule mult timp aü fost considerate ca nisce corpî cu totul speciali și fără analog în economie; astăzi însă s'a demonstrat că sunt însuși globulele albe ale sângelui, posedând chiar și mișcările amiboide ale acestora, pentru care s'aü și numit *leucocitele puroiului*. Singura deosebire ce ar exista, esceptând prezența microbilor, ar fi că leucocitele puroiului sunt mai mari ca acelea ale sângelui. Dar acesta este fără importanță, de öre-ce se pare că, fenomenul stă în raport cu densitatea zerului puroiului. În adevër, pe când volumul obicinuit al leucocitelor sanguine este de 0^{mm}.008—^{mm}.012, ele pot atinge țifra de 0^{mm}.014—0^{mm}.16 în puroiul fluid al óselor; sau în puroiul cremos, să aibă diametrul mai mic ca cel normal; și numai din cauză că, în abcesele reci, densitatea puroiului este mult mai mică ca în abcesele calde și ast-fel fiind, globulele în primul cas, aflându-se într'o cantitate mai mare de zer, nu vor fi presate unele contra altora, și în consecință pot să ia mai mare volum de cât în cazul al II-lea, unde partea solidă predomină asupra celei lichide.

Noi credem, împreună cu dr. Obreja, că aci se pöta invoca și fenomenul de ozmosă. În adevër, într'un lichid puțin dens, endosmosa în glo-

bule fiind activă, ele se vor umfla; contrariu se va întâmpla într'un lichid mai dens cum este acela al puroiului din abcesele calde.

Intr'un puroiū care a pus mai multe zile pentru a se colecta, sau care s'a extras din corp de mai mult timp, leucocitele nu mai posedă acele mișcări amiboide ce forméză indiciul sigur al vieței animale; ci ni se presintă ca nisce celule prevădute cu 1—2 nucleī carī, reunindu-se între dēnșii, iaū aspectul unei figurī numitā *de spatiū, de trēfle* (Van Buren). Ast-fel că, într'o preparație ordinară de puroiū, putem găsi în proporții variate aceste două feluri de celule purulente, cu și fără mișcări amiboide, sau mai bine zis *celule viū și celule mórte*.

În puroiul abceselor vechī, în serositatea purulentă a plevrei, în puroiul infiltrat în țesuturi, celulele nu numai că vor presenta un volum fórte mare, dar se găsesc în același timp și ipertrofiate prin faptul că, în jurul nucleilor se depune o cantitate considerabilă de granulațiunii copleşind întręga celulă. Acestea se numesc globule granuloase sau mai propriū, *corpī granuloși ai lui Glüge* carī nu sunt de cât rezultatul degenerescentēi gresóse a celulelor de puroiū, la care fórte adesea ele sunt supuse.

În fine, alte dăți și în circumstanțe analóge, putem găsi un alt gen de celule numite de Lebert *globule pioide* carī sunt tot leucocite ordinare, însă mai palide, mai transparente și cu o mulțime de granulațiunii mult mai abondente la periferie ca la centru. Dēnsele tratate cu apă sau acid acetic nu se umflă și nici nu arată presența de nucleī în interiorul lor, sau cel mult, nu oferă de cât un singur nucleū.

Pe lângă aceste elemente propriī, microscopul ne mai póte descoperi și altele, după organul ce a produs puroi. Ast-fel putem găsi: picături libere de substanță oleiósă, de globule roșii, de părțicele osóse, acizi grași ca acidul margaric, oleic, stearic, carī se crede că dau puroiului acel miros particular de lapte fiert. Și numai grație combinațiunei acestor acide cu sărurile de potasă sau sodă, ne esplicăm acea consistență de săpun ce ne presintă câte odată puroiul. Colesterina ca și unele săruri minerale și în special fosfatul amoniaco-magnesian adesea se observă în puroiū. În fine Kühne (1871) a susținut că în protoplasma leucocitelor se póte găsi miosină, dar faptul a fost contrațis de Miescher care a descoperit în nucleū un alt corp, căruia i-a dat numele de *nucleină* și care, după dēnsul ar conține fosfor.

Partea lichidă e formată de un fluid seros numit licórea sau zerul puroiului. Dēnsa e compusă din mai multe substanțe în soluțiinne; apa însă ocupă primul rînd fiind în proporție de 900 la la 1.000. De o colorațiune fórte limpede, nu posedă cea mai mică cantitate de păr-

ticele solide, ast-fel că p $\acute{o$ te trece liber printr'un filtru; are reacțiune alcalin \acute{a} din cauza s \acute{a} rurilor de sod \acute{a} cu exces de bas \acute{a} .

În 1854, Delore susținea că puroiul p $\acute{o$ te deveni acid prin desvoltarea unei substanțe speciale numit \acute{a} de d \acute{e} nsul acid *piique* iar de Boeckker acid chlorodique sau chlodinique. Aș \acute{a} însă se crede că, aciditatea puroiului provine din desvoltarea acidului butiric sau altor aciđi grași.

Ca s \acute{a} ruri avem: chlorur de sodium, sulfat și fosfat de sod \acute{a} , de magnesie și de calci \acute{a} . Ca substanțe cristalisabile: colest \acute{e} rina, leucina, tirosina, xantina, ating \acute{e} nd cifra de 12 la 1000.

Turn \acute{a} nd acid azotic, mai tot-d'a-una obținem un precipitat luat de un $\acute{ı}$ drept albumin \acute{a} , c \acute{a} ruia însă Gutterbock i-a dat numele de *piin \acute{a}* . Pentru Ch. Robin, ac \acute{e} sta e un amestec de metalbumin \acute{a} cu o mic \acute{a} proporțiune de serin \acute{a} . De alt-fel, albumina variaz \acute{a} în proporțiuni după provenința puroiului: abcesele \acute{o} selor conțin o f \acute{o} rte mic \acute{a} cantitate de albumin \acute{a} , pe c \acute{a} t \acute{a} vreme în abcesele c \acute{o} psei sau ale spatelui, albumina p $\acute{o$ te s \acute{a} se r \acute{a} dice p \acute{a} na la 48 la 100.

Ceia-ce însă nu s'a putut g \acute{a} si sub nici o form \acute{a} și în cantitatea cea mai mic \acute{a} este *fibrina*; ast-fel că, basați pe absența or $\acute{ı}$ -c \acute{a} rei substanțe coagulabile într'un mod spontanat, patologisții au stabilit că *nu exist \acute{a} puroi \acute{u} fibrinos*.

Ultimul acest caracter este de o mare importanță, c \acute{a} c $\acute{ı}$ ne serv \acute{a} a deosebi diferite alte produse cari la prima vedere s'ar impune drept puroi \acute{u} . Ast-fel lichidele exudate la suprafața ser \acute{o} selor, precum a peritoneului, a plevrei, a pericardului, a articulațiilor etc. ia \acute{u} un aspect cu des \acute{a} v \acute{e} rsire puriform, prin num \acute{e} rul considerabil de leucocite ce se depun pe aceste suprafețe ser \acute{o} se, cu at \acute{a} t mai mult cu c \acute{a} t secrețiunea exudatului crește. Dar deosebirea const \acute{a} tocmai în aceia că, aceste serosit \acute{a} ți quasi purulente conțin fibrin \acute{a} , ceia-ce face că d \acute{e} nsele se coagul \acute{e} z \acute{a} sub forme de flocon \acute{e} cari plutesc în lichid, sau se depun pe p \acute{a} reții ser \acute{o} sei, lucru ce nici o dat \acute{a} nu putem constata în puroiul adev \acute{e} rat; și ac \acute{e} sta numai din cauz \acute{a} , că d \acute{e} nsul nu conține nici o materie fibrinogen \acute{a} care l'ar face s \acute{a} se coaguleze în mod spontanat.

Variet \acute{a} țile și alterațiunile puroiului. Unele b \acute{o} le, un $\acute{ı}$ indiviđi, diferitele regiuni ale corpului, condițiunile în cari se g \acute{a} sesce bolnavul precum și alte complicațiuni ce pot supraveni în mersul unei b $\acute{o$ le, pot s \acute{a} aduc \acute{a} schimb \acute{a} ri f \acute{o} rte însemnate puroiului. De aci va resulta o infinitate de forme, dar cari se pot reduce la dou \acute{e} : unele *fisice* cari se m \acute{a} rginesc a- $\acute{ı}$ schimba numai aspectul sub care de obicei \acute{u} ni se presint \acute{a} ; iar altele *vitale* cari se adres \acute{e} z \acute{a} direct asupra globulelor, schimb \acute{a} ndu- $\acute{ı}$ cu des \acute{a} v \acute{e} rsire și într'un mod profund într \acute{e} ga constituție anatomic \acute{a} .

Prima categorie formeză *varietățile* iar a doua *degenerescențele puroiului*.

Varietățile depind :

1. *De organul său țesutul unde s'a dezvoltat puroiul*. Intr'un furuncul vom găsi țesut conjunctiv or luminos; într'un abces dezvoltat în mușchi vom găsi fibre musculare, elastice, vesicule adipose etc.; în glande, elemente epiteliale; în mamele; celule pavimentose iar în momentul lactațiunei globule gresose de lapte; în oșe grăunțe calcare; în membranele mucose; cantități mai mari sau mai mici de mucină făcând puroiul mai subțire, cea-ce a și motivat numirea de *puroi crud* etc.

Vogel a arătat existența fragmentelor de tubi nervoși în abcesul cerebral; Rheiner pe aceia a celulelor cartilaginose în ulcerația cartilajelor laringelui; iar Ch. Robin a descoperit celule epatice în abcesul ficatului și fibre elastice în acela al pulmonului. Ulcerile varicoase, șancărul sifilitic, ulcerul fagedenic ne dau puroi cu elemente caracteristice. Și mai presus de toate, cancerul, ajuns în perioada ulcerativă, dă puroiului acel caracter clasic, cunoscut sub numele de *ichor canceros*.

Toute aceste cunoștințe au mare importanță din punctul de vedere practic și al diagnosticului special.

2. *După consistență*. Unele organe ca globul ocular, irisul, choroidea, corpul vitros, arachnoida, pia mater, țesutul dermului, ficatul, ne dau un puroi de o consistență cremosă foarte mare; pe când abcesele reci, abcesul ficatului în unele împrejurări, al oșelor, unele ulcere, stările generale diatesice, cachexiile, ne oferă un puroi de o consistență slabă, luând chiar aspectul unui corp cu totul fluid.

Sunt în fine și alte circumstanțe cari pot aduce variațiunii bruște în consistența puroiului: o simplă indigestie, un acces de febră, fac ca puroiul să și schimbe caracterul din bună natură în rea natură: il fac să curgă în mai puțină abundență, să fie de o densitate mai mică, apropiindu'l de forma aposă. Și în acele complicații grave ale plăgilor ca: septicemia, piemia, infecția purulentă, puroiul chiar dispare cu desăvârșire de la suprafața plăgilor.

Pe aceste considerațiuni, autorii au divizat puroiul după consistență în trei categorii: puroiul *concret sau solid*, *cremos sau semi-solid* și *fluid sau difluent* după proporția mai mare sau mai mică de leucocite și materii albuminoide ce conține.

3. *După miros*. Un puroi de bună natură, dicea Boyer, *are un miros mai plăcut ca acela al unei rose*. Acest miros însă poate să și schimbe caracterul și să devie cu totul fetid ca în circumstanțele următoare:

a) Dint'un amestec direct de materii escrementiale cu puroiul, ca în abcesele urinoase și stercorale.

b) Din amestecul cu gaze fetide pe cale indirectă, ast-fel: abcesele anusului, a părților abdominale, a fosei iliace, acela din sacul erniilor strangulate, a un puroi foarte fetid; din cauză că gazele intestinale și în special hidrogenul sulfurat, străbate încetul cu încetul până la focarul purulent, traversând părții săi în virtutea fenomenului osmosă.

c) Aerul atmosferic, fiind în contact cu punga abcesului, poate, fie pe calea endosmotică, fie străbătând direct în momentul deschiderii, să ne dea același rezultat. De aci fetiditatea puroiului în abcesele gingiilor, obrazului, limbei, amigdalelor, faringelui, esofagului, părților anterioare ale gâtului etc.

d) Puroiul mai poate deveni fetid și atunci când scurgerea sa nu se face într'un mod lesne și regulat; precum în abcesele prin congestie, flegmonele profunde cu anfractuozități, ulcerele cutanate cu o suprafață plină de inegalități, și în fine supurațiunile tumorilor maligne și mai ales a celor de natură cancerosă.

e) Fetiditatea mai poate rezulta și când puroiul este reținut și amestecat cu secrețiunile unei mucoase inflamate ca, în abcesele sinusului maxilar superior și mai ales în ozena scrofulosă, ce ne oferă tipul celui mai respingător miros, mai cu seamă când leziunea e însoțită și de necroza oselor.

f) În sfârșit, se pare că fetiditatea puroiului, mai depinde și de impregnarea sa cu corupțiunea sângelui în urma diferitelor substanțe ce străbat în organism. Ast-fel s'a observat că, ulcerele gambelor la tăbăcarii sau alți muncitori, cari lucrează în locuri închise și înconjurați de gaze deletere, produc un puroi foarte fetid. Ba ce este mai mult, s'a constatat chiar mirosul de amfiteatru într'un puroi provenit dintr'un abces consecutiv unei plăgi anatomice. Puroiul bubonelor în lepră, e dat ca exemplu de cea mai oribilă infecțiune; de asemenea acela din pustulele variolice, exală și el un miros cu totul particular și nu mai puțin respingător. Aceste toate cunoscințe au o valoare foarte mare practică.

Cauza acestor alterațiuni, după Ch. Robin, ar proveni din modificățiunile chimice a materiilor albuminoide și din transformarea sulfurilor în sulfuri. În acelaș timp, se produce o degajare de hidrogen sulfurat, care, combinându-se cu amoniacul eșit din descompozițiunea materiilor albuminoide, formează sulfidratul de amoniac; pe lângă acesta, fosforul se combină cu hidrogenul și ne dă hidrogenul fosforat, la cari adăogând și producțiunea diferiților acizi grași ca acidul buteric, va-

lerianic etc., avem atâtea elemente, unele mai fetide de cât altele și cari pot conrupe mirosul normal al puroiului.

După Nepveu, puroiul abceselor fetide conține un număr considerabil de bacterii, venite câte o dată de din afară până în mijlocul focarului inflamator, împreună cu ôre-care corpî streini; iar alte dăți, de din năuntru, prin căile degistive sau urinare și migrând pe calea limfatică în urma unei sgârieturi a mucóseii.

După Duplay și Reclus în abcesele febrelor grave, vasele sanguine, ulcerate sau rupte, pot să inoculeze colecțiunea purulentă cu microbii ce conțin.

În fine astăzi se știe că toate secrețiunile și mirosurile respingătoare ale puroiului, sunt datorite unor bacterii speciale numite *saprogene* sau *saprofite* foarte bine studiate, isolate și cultivate de Rosenbach. Ast-fel pe lângă *bacterium termo* oblung, cilindric și scurt și care este cel mai răspândit din bacteriile zimogene, formând agentul principal al oricărei putrefacțiuni răspândind un miros de cașcaval stricat, mai găsim: *bacilus piogenes fetidus* în formă de mătăniî constând din două sau mai multe bastonașe, răspândind o odóre de putređiciune, și pe care Passet l'a descoperit într'o colecțiune purulentă din regiunea anală. Loewenberg în 1883 a descris un microb special al ozonei numit *megacoccus* etc. ast-fel că aprópe pentru fie-care varietate de puroiú fetid, bacteriologia ne arată prezența unui microb special.

4. După culóre :

a) *Supurație neárá sau brună*, o găsim mai cu deosebire în casuri de cariî sau necroșe ale óselor, precum și în diferite colecțiuni purulente din prejurul orificiilor sau regiunilor pe unde aerul, sau orice alte gazuri trec într'un mod continuú: ca în abcesele anusului, gurei, vulvei, regiunei gâtului, etc. Acéstă colorațiune ar rezulta din străbaterea aerului sau diferitelor gaze în cavitățile purulente, unde, producând o fermentație putredă, dau nascere acidului sulfidric, hidrogenului sulfurat și mai ales sulfidratului de amoniac care, lucrând asupra ematosinei globulelor sângelui, amestecate cu puroiul, îi dá acea colóre specială neárá sau brună proprie sulfurului de fer.

b) *Supurația galbenă*. Se observă câte o dată la suprafața plăgilor contuse sau în acele focare având în interiorul lor o cantitate mai mare sau mai mică de sânge, ca în boșele sanguine, rezultatul contusiunilor forți de gradul al II. Se mai observă și în cazul când individul este coprins de icter.

Acéstă colorațiune se crede că provine dintr'o modificațiune particulară a materiei colorante a sângelui. Și în adevăr, Traube și G. Sée susțin că emoglobulina, eșită din vase, suferă un ôre-care grad de

oxidațiune din care rezultă acea colóre galbenă de șofran a puroiului. Pe de altă parte, examenul microscopic arată prezența cristalelor de ematoidină în aceste lichide.

c) *Supurația cenușie* (griză) se întâlnește în toate casurile când puroiul este prea difluent. Dînsa rezultă din prea mica cantitate de leucocite, cari, după cum am văzut, sunt singurele ce prin abundența lor dau puroiului culórea ordinară.

d) *Supurația roșiatică sau de drojdie de vin*, provine dintr'un amestec considerabil de globule roșii cu puroiul; condițiunea însă este ca ele să nu fi suferit cea mai mică alterațiune. Dînsa se întâlnește de ordinar în abcesele regiunilor prevădute de o rețea vasculară foarte abundentă.

e) *Supurația albastră*. Dintre toate varietățile, această este cea mai importantă și care a atras mai mult atențiunea autorilor. Dînsa se póte întalni în diferite circumstanțe. Ast-fel Richet, relatéază o observațiune în care, în momentul când a deschis un abces al sînuului, a văzut eșind un puroiú de o colóre perfect albastră.

Sedillot în 1850 a negat cu desăvêrșire existența supurațiunii albastre. După dînsul, fenomenul este rezultatul unei modifi cațiuni particulare ce se produce în serositatea sîngelui și a puroiului, când aceste substanțe sunt puse sub influența unei temperaturi de 26—30°. Pe o tăviță de metal încălđită la temperatura sus indicată, dînsul pune o compresă peste care varsă puțină apă distilată și serositate de sînge; adaugă apoi d'asupra câte-va bucățele de bumbac și totul se acopere cu un clopot de sticlă pentru a împedeca orî-ce evaporație. După cinci zile apare, pe comprese și bumbac, una sau mai multe pete albastre cari se întind într'un mod gradat, luând o colorațiune din ce în ce mai închisă.

În 1841 Persoz și Dumas au stabilit că supurația albastră se datoresce desvoltării în puroiú a acidului cianidric care, combinându-se cu ferul globulelor sîngelui, ce se găsesc în acest lichid, forméază albastru de Prusia, colóre ce comunică puroiului.

În 1853 Robin și Verdeil susținurá că puroiul albastru recunósce două cauze: câte-odată o ciupercă; o algă microscopică analogă cu protococcus formată din mai multe spore colorate în albastru verđui; iar alte dăți, modifi cațiunile ce suferă biliverdina sau ematoidina cari adesea se găsesc în puroiú.

După Delore 1854, materia colorantă a sîngelui, ematosina, se transformă în ematoidină, substanță foarte analogă cu biliverdina.

În 1863, Fordoz a arătat desvoltarea în puroiú a unei substanțe speciale numite *piociamină* ce se póte obține în stare cristalină sub

formă de prisme albastre, solubilă în clor și capabilă de a trece prin diferite colorii: de la albastru la verde și de la verde la galben, dând naștere unei alte materii numită de autor *pioxantosa*. Dar pentru ca piociamina să se pôtă desvolta și să dea naștere acelei colorațiunii, se cere intervenirea mai multor circumstanțe și în special punerea puroiului în contact cu aerul. Intr'adevăr, dacă introducem puroiul împreună cu această substanță într'un flacon bine astupat, colorațiunea albastră nu apare; dacă însă destupăm flaconul și agităm bine amestecul, colorațiunea devine foarte manifestă.

După Billroth, supurația albastră este datorită prezenței unui *vibrion microscopic format din mici cilindre cu extremitățile umplate* semănând cu cristalele de oxalat de calce. Dênsul însă mai adaogă că, nașcerea acestui vibrion pare a fi în legătură cu schimbările atmosferice; ceia ce ne explică aparițiunea și extensiunea fenomenului, luând un caracter adevărat epidemic.

În sfârșit, în 1874, Longuet deosibesce trei feluri de supurație albastră: una, analogă cu aceia ce ne presintă în ôre-carî circumstanțe laptele, urina, serositatea vesicătorilor etc., datorită prezenței sărurilor biliare sau ematice insolubile. A doua, atribuită algelor sau vibrionilor, acelor mucigaiuri pe cari îi vedem desvoltați ici coela în pâine, brândă și alte produse lăsate în părăsire; și probă este că, această specie de colorațiune albastră o vedem mai cu deosebire în plăgile rêu îngrijite sau al căror pansament nu se reînoesce mai des. A treia, se forméză în condițiunii speciale, așa că, dênsa se pôte desvolta pe orî-ce rufă, chiar nefind pusă în contact cu puroiul. Și étă cum: în momentul unei furtuni de exemplu, scim că în atmosferă există ozon; sub influența acestui corp, iodul, care probabil se găsesce în orî-ce sală de chirurgie sub diferite forme, devine liber, și în această stare se combină cu amidonul de prin compresii, formând iodurul de amidon de o colóre albastră. După Longuet decî, avem trei factori deosebiți: *alterația umorilor, prezența unor fințe microscopice și schimbările aerului atmosferic*. Pe acesta din urmă, dênsul o numesce *colorațiune albastră de pansament* (Cyanochrosă).

Astădî însă se scie că supurația albastră se datoresce unui microb special descoperit de Gessard în 1880, numit *bacilus piocianeus*, format din celule puțin ovale sau rotunde, luând forma unui mic bastonaș scurt, puțin curbat, cu extremitățile rotunde și imobil. El produce un principiu chimic *piocianina* întrevăduț deja de Fordos.

Charrin a arătat că pôte să cristaliseze, să se cultive și inoculația să producă bóla *piocianică*.

Pe de altă parte cercetările bacteriologice au descoperit pentru fie-care coloare de puroi, microbi speciali numiți *chromogeni*.

Ast-fel Koch a găsit *micrococcus indicus*, Cohn *micrococcus violaceus*, iar alții pe cel *aureus*, *albus*, *chlorinus*, (verde) *fulvus* (rugină), dând fie-care o coloare specială puroiului unde se dezvoltă.

Alterățiunile patologice ale puroiului. — a) *Degenerescentța grăsoasă* constă în străbătarea în interiorul leucocitelor a unui mare număr de granulațiuni grăsoase. Resultatul este o creștere mare de volum după care urmează desagregarea, fragmentarea celulelor. Atunci, toate granulațiunile grăsoase devin libere și puroiul formeză o adevărată emulsiune, luând aspectul unui lichid lăptos în care nu mai găsim de cât apă, o substanță albuminoidă și grăsime. Virchow susține că se poate găsi și zahăr.

După Cornil și Ranvier, degenerescentța poate să provie nu numai din absorpțiunea sa străbaterea directă sa activă a globulelor grăsoase din țesuturi în interiorul leucocitelor, dar și prin mórtea celulelor însăși ale puroiului. Orî-cum ar fi însă, puroiul redus în această stare de emulsiune se poate foarte lesne absorbi de organism. (?)

Fenomenul de degenerescentță 'l observăm în casurile când puroiul este vechi sa a stat mult timp în organism; de asemenea în ramolimentul cerebral, în jurul unui focar emoragic, etc.

b) *Degenerescentța cazeoasă* constă în aceea că partea lichidă a puroiului fiind resorbită, densusul nu rămâne de cât cu cea solidă și prin urmare devine cu totul gros și concret. Globulele încep a se vesteji, devin anguloase, se atrofiază și nu mai suferă nici o modificare atât cu apa cât și cu acidul acetic. Ast-fel alterate, densesle se aglomerază între ele, formând o masă grunjoasă friabilă, semănând cu nisce bucăți de cașcaval, căruia Paget i-a dat numele de *abces tare, concret saū residuos*. Lebert vedea în aceste grămeți origina unei mese tuberculose, din pricină că mai des se găsesc în abcesele reci, în supurația óselor și a ganglionilor limfatici.

c) *Degenerescentța calcară.* Globulele de puroi cazeoase pot să se infiltreze de granulațiuni calcare saū cretacee. Densesle se observă mai cu sémă în focarele purulente foarte vechi. La gutoși, abcesele din jurul micelor articularității, conțin cristale de urat de sodă formând adesea așa numitele *tofi*.

d) *Degenerescentța pigmentară.* Se întâlnește orî-de câte orî supurația este însoțită de o transudare însemnată de globule roșii ale sângelui.

e) *Degenerescentța acidă* observată mai cu sémă în abcesele osifluente, provine din dezvoltarea în lichidul puroiului a acidului lactic.

Sub influența acestui acid, celulele puroiului se umflă, protoplasma se disolvă, nucleii devin liberi, iar puroiul capătă o consistență seroasă, formând caracteristica abcesului osifluent.

f) *Degenerescenta apăsă* nu este alt-ceva de cât o disoluțiune completă a puroiului, la care se adaogă prezența unei cantități escesive de apă. Acastă degenerescentă se observă în aceleași circumstanțe ca și cea precedentă.

Acțiunea locală și generală a puroiului asupra organismului.

Cu tóte că puroiul are o acțiune alcalină și oferă fórte mare rezistență către putrefacție, însă, expus mai mult timp la aer liber, póte să sufere óre-carí modificaliuni în compositiia sea și să capete noi proprietăți. Ast-fel, în jurul ulcerelor cronice, în jurul fistulelor vechi inguinale, scrotale, perianale etc., puroiul, în lipsă de îngrijiri, póte să devie acid, prin transformarea diferitelor substanțe grase și a amestecului său cu alți corpí streiní, și să esercite o acțiune locală iritantă, care va fi cu atât mai mare cu cât țesuturile vor fi mai fine.

O altă acțiune a puroiului este când dînsul, colectându-se în abces, determină o presiune mai mare sau mai mică în locul unde s'a dezvoltat, și comprimând ast-fel într'un mod mecanic vasele capilare, nutrițiunea se face incomplet. Atunci, încetul cu încetul, elementele anatomice se desorganizează, iar puroiul treptat se apropie de exterior până când, în fine, se deschide în mod spontanat.

Dar chestiunea cea mai principală care a preocupat pe autorí, a fost *acțiunea generală a puroiului asupra organismului*

Deja Gaspar (1808—1822), Sedillot (1842), Faivre (1855), Billroth și Otto-Weber (1865), au demonstrat până la evidență că puroiul se bucură de două mari proprietăți: *flogogenă și pirogenă* adică că, pus în contact cu țesuturile, determină mai întâi fenomene inflamatorii locale, iar în urmă se însoțesce de o reacțiune generală numită febră. Afară de acesta, dacă se injectează puroiul direct în sistemul vascular, procesul inflamator póte să apară în regiuni mult mai departate ale corpului.

În 1872 însă, Chauveau din Lyon demonstrează că, dacă injectăm numai partea solidă a puroiului, adică globulele, rezultatul este același ca și cum am introduce puroiul în totalitatea sa; pe câtă vreme, injectând numai partea lichidă, adică serositatea pură, separată de orí-ce element celular, nu determinăm absolut nici un efect flogogen sensibil.

De aci rezultă în mod evident, că proprietatea flogogenă și piro-

genă a puroiului se datorează exclusiv părții sale solide, adică globulelor sau leucocitelor care intră în constituția sa. Pe lângă acestea, Chauveau a mai arătat că, efectele flogogene vor fi cu atât mai puternice, cu cât cantitatea de puroi injectată va fi mai mare și cu cât intensitatea fenomenelor inflamatorii, care au presidat la formațiunea sa, a fost mai vie; așa că, puroiul abceselor reci, care naște fără cortegiul inflamator, e lipsit de proprietatea flogogenă. Explicațiunea acestor proprietăți, după Mathieu, era că puroiul este un corp foarte avid de exigen și deci, injectat în țesuturi, împiedică nutrirea elementelor organice, determină metamorfosa diferitelor materii albuminoide și de aci exploziunea fenomenelor inflatorii.

Importanța cercetărilor acestui mare observator, Chauveau, este că experiențele sale sunt în perfect acord cu datele actuale bacteriologice. În adevăr, este demonstrat așă că inflamația va fi cu atât mai vie și prin urmare puroiul ce va produce cu atât mai violent cu cât cantitatea microbilor introduși în organism va fi mai mare. Cu puroiul abceselor calde, ȳice Lemière de Lille, se obține foarte ușor o cultură bogată de microbi; pe când cu puroiul abceselor vechi, cultura e mai săracă și câte-odată chiar negativă. Watson Cheyne a instituit experiențe foarte interesante arătând că, simptomele observate variază după numărul microbilor injectați. În adevăr, Cheyne a ajuns la rezultatele următoare cu *proteus vulgaris* și *stafilococi*. Ast-fel, 225 milioane microbi omoră un epure în 24 ore; 56 milioane determină mórtea în șese săptămâni cu producerea unui abces întins; iar 8 milioane nu produce de cât un mic abces fără gravitate. Mai jos ca acest număr, nu se mai obține absolut nimic.

Cu această ocaziune s'a mai constatat că serositatea puroiului nu este fără nici un efect. În adevăr, injecțiunile de cultură concentrate ar fi mai puțin active de cât acelea unde vehiculul este mai abundent: tensiunea lichidului în țesături, determină póte un traumatism care le micșorează vitalitatea și le predispune la infecțiune. Și aci se vede logica tuburilor de drenagiū introduse de Chassaignac și susținute de Lister, precum și de toți chirurģii moderni.

Dar ori-cum ar fi, autorii timpului, basați pe aceste fapte, conchiseră, stabilind o întrégă teorie că, acele grave complicațiuni ale plăģilor și în special infecția purulentă nu se datorau de cât absorpțiunii și amestecului acestui lichid cu sângele.

În aceeași epocă apare eruditul profesor Verneuil care, în Academia de medicină, arată că lucrurile sunt cu totul alt-fel. Dénsul ȳice: puroiul normal, lipsit de ori-ce proprietăți toxice, nu póte fi considerat ca o otravă pentru organism; căci, adaogă el, puroiul este un

lichid cu totul analog cu sângele, nedeosebindu-se de acesta de cât numai prin aceea că se află afară din vase, adică că este într'o stare de ectopie, sau cel mult, că globulele sale pot fi ceva mai mari ca acelea ale sângelui.

Însă, puroiul ca și orî-ce altă umóre a corpului, precum sângele, urina, bila, etc. pöte să ne ofere douë stări : una de curățenie și alta de alterațiune. Decî, *pus bonum et laudabile*, pröspät și fără miros fetid, nu posedă nici o proprietate deleteră și nu esercită asupra organismului nici o acțiune supărătoare. El prin urmare, pöte fi introdus pe calea experimentală în țesutul conjunctiv, în cavitățile naturale și chiar până în vasele sanguine, fără să provöce cel mai mic accident. Și ca probă avem faptele clinice : adesea se întëmplă ca puroiul să se grămădescă în cavități naturale sau accidentale, în cantități câte o dată considerabile și să stea aci luni și chiar ani întregi, fără ca cu töte acestea să dea nascere celei mai mici reacțiuni febrile. Ba ce este mai mult, dënsul, departe de a fi vătămător, pöte să reintre în organism prin absorpțiune, în profitul sănătății generale sau a unor funcțiuni organice compromise. Tot ceia-ce puroiul curat ar putea produce este că, introdus într'o cantitate prea mare în organism, sau avënd un volum prea considerabil, dënsul, în asemenea condițiuni, pöte să determine obstrucțiunea capilarelor, întocmai ca și aerul sau orî-ce altă substanță insolubilă dar förte mult divisată. Dar atunci, emboliile ce vor resulta, orî-cät de grave ar fi, și orî-cät ar da nascere la fenomene inflamatorii, nu vor avea nimic de a face cu acelea ce ne oferă infecția purulentă, căci dënsule nu sunt de cât efectul unei acțiuni mecanice, iar nici de cum al unei otrăvi septicë.

Observațiunile acestui mare clinician sunt förte ingeniose, dar nu conforme cu cercetările bacteriologice moderne. În adevër, puroiü fără microbî nu pöte să existe în marea majoritate a casurilor. Și fenomenele inflamatorii menționate de Verneuil, nu sunt rezultatul unei simple acțiuni mecanice a puroiului, ci prezenței microbilor ce le impregnöză ; și dacă aceste fenomene câte o dată sunt de o intensitate mai mare sau mai mică, acesta nu stă în legătură cu cantitatea puroiului injectat, dar cu numărul și genul diferiților microbî.

De aci rezultă și diferitele complicații ale plăgilor cari, plecând de la cele mai inocente, reprezentate prin febra traumatică, ajung până la cele mai oribile, reprezentate prin septicemia cronică și piemia. În microbî decî rezidă acțiunea flogogenă și pirogenă a puroiului.

Acum să ne oprim puțin, domnilor, și asupra acelor mici ființe microscopice numite microbî ce se găsesc în puroiü, și cari sunt considerăți ca adevërata cauză a producțiunei sale.

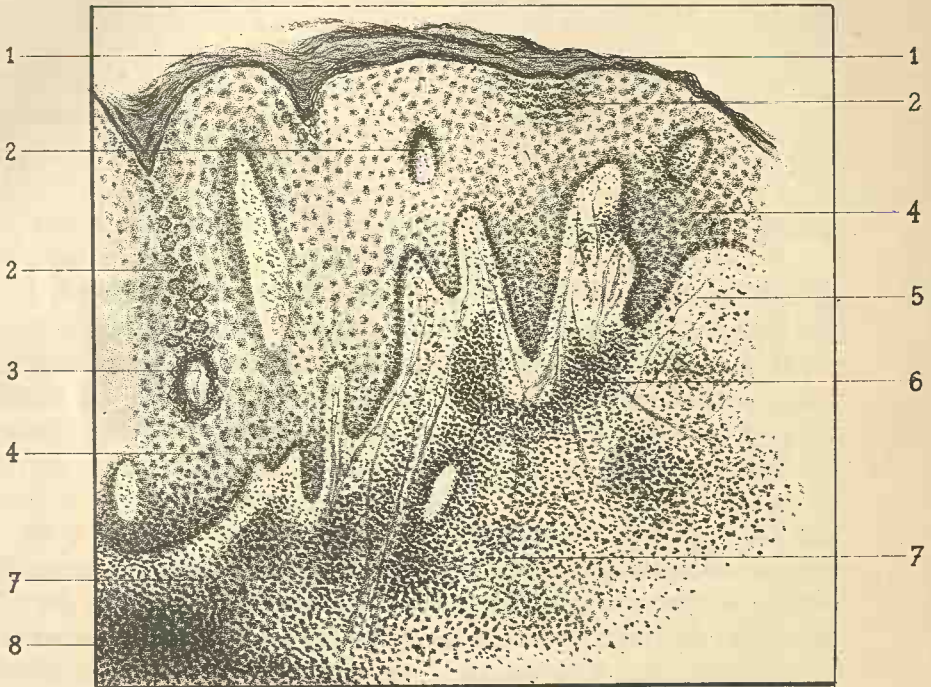
De și în in puroiū putem găsi tóte genurile de microbi, însă aceia cari dau nascere abcesului cald, aparțin mai cu sémă genului micrococī, fie sub forma de micrococī simplii saū de diplococī. Și după Rosenbach cei mai constanți ar fi *Stafilococī și streptococī*.

În Stafilococī, Rosenbach stabilește trei varietăți: *S. piogenes aureus*, *piogenes albus* și *piogenes tenuis* după colórea ce procură culturilor pe agar-agar. Passet mai descrie un *S. citreus*, un *S. cereus albus* și un *S. cereus fulvus* cari nu se deosibesc de cei alți de cât prin nuanțele lor de colorațiunii transmise culturilor.

Dupe Rosenbach însă, cea mai mare parte din abcese sunt produse de *S. aureus saū albus* și că un óre-care număr recunosc drept causă și *S. tenuis*. El crede că abcesele presintă caractere diferite după cum conține cutare saū cutare microb. Ast-fel *S. aureus* s'ar găsi în abcesele al căror puroiū e galben; *S. albus* în acela cu puroiū alb iar *tenuis* în casurī unde avem supurațiunii fără febră. Adevărul este că, abcesele produse de acest din urmă parasit, rămân localizate și evoluéză în apirexie. După Hoffa, stafilococus s'ar găsi în supurațiunile cu mers repede, iar streptococus în acelea cu mers lent și cu un pronostic mai defavorabil.

Se întêmplă câte o dată ca într'un abces să existe simultaneū mai multe felurī de microbi; acela însă care se observă mai adesea orī și a căruī influență e mai bine stabilită este fără indoială *stafilococus*. Ast-fel Garré 'l-a găsit cu exclusiune în afară de orī-ce parasit în 68 de casurī de supurațiune, și numai în 6 casurī a găsit un streptococus singur.

Trebbe să știm că de și rar, însă se póte întêmpla să nu găsim bacteriī în lichidul unuī abces, dar esaminând păretele, tot-d'a-una le vom constata. În adevăr, Koch a arătat că bacteriile ce aū existat într'un abces pot să se distrugă, să se mortifice și să nu mai fie vizibile și posibil de constat prin mijlócele de colorațiune cu anilină. Și pentru a adeveri acestea, dēnsul a produs o serie de abcese progresive pe epurī, și a vėdut că zoogleele în suspensiune, din centrul abceselor, nu se mai coloraū, fiind atrofiate și părănd a nu fi formate de cât de o masă granulósă; pe când bacteriile din păretele aceluiași abces erau cu totul caracteristice.



Dr Obregia praep. et del.

Tab. graf. J.V. Socecū.

Secțiune în pielea din peretele unui abces cald.

Examinată cu obj. 3 Apochromat și ocul 4 compens. Zeiss.

1. 1. Stratul cornos al epidermului îngroșat și exfoliindu-se în plăci mai mari.

2. 2. Celule cu granulațiuni de eleidină.

3. 3. Secțiune oblică în un bulb pilos și teaca sa cu eleidină abundentă.

4. 4. Epiteliile din stratul lui Malpighi. Mai multe din celule prezintă, la mărime mai însemnată, diferite faze ale diviziunii prin Kariokinesă.

5. 5. Țesutul dermic (chorion) normal.

6. 6. Aglomerațiuni de leucocite mono și polinucleare, formând focare mici.

7. 7. Masă enormă de leucocite indesate tot mai mult, formând o zonă densă de țesut granulos în jurul colecției adevărată așa zisa membrana piogenică.

8. 8. Acumularea celulelor de puroi e și mai mare, țesutul conjunctiv dilacerat, se formează colecția purulentă.

DESPRE ABCES

(CONTINUARE)

Lecțiunea II.

Domnilor,

Astăzi vom termina tot ce este relativ la abcesul cald, începând cu ultima din cele trei părți din care densusul se compune:

III) **Părătele abcesului.** Câte o dată este format numai de fața internă a țesuturilor pe care puroiul le-a depărtat. Dar alte dată este foarte manifest și reprezintă o adevărată membrană, formată de fâșiile țesutului conjunctiv ramolit, fâșii care sunt împinse prin acumulățiunea globulelor albe, comprimate și ele la rândul lor de puroi, și unite printr'un strat de fibrină. Acesta formeză ceia ce Home dar mai ales Delpech a numit *membrana piogenică*.

Pe o secțiune microscopică a acestei membrane, vom vedea cele două elemente esențiale ale abcesului: leucocitele și microbii. Aceștia din urmă se găsesc abundent și une-ori exclusiv concentrați în părete; iar leucocitele sunt polinucleare și mononucleare (fagocitele Metschnikoff). Ele se află în poliferațiune prin segmentația nucleilor; une-ori kinetică mai adesea ori însă atipică. Și tocmai aceste poliferații explică îngroșarea mai mare sau mai mică a păretelui abcesului (*membrana piogenică*).—(Veđi fig. 3, planșă).

Trebue însă să știm că sunt unele casuri unde abcesele pot fi lipsite de părete propriu adică de membrana piogenică.

Ast-fel, membrana piogenică lipsește la începutul abcesului cald. Dacă în adevăr în acest moment facem o tăetură perpendiculară pe păretele abcesului, vedem că păreții săi nu sunt altceva de cât însuși țesuturile regiunii în mijlocul cărora puroiul s'a produs, țesuturi impregnate de ore-care cantitate de limfă plastică; și tocmai mai târziu prin diferite modifițațiuni ajung să constituie o adevărată membrană.

De asemenea când abcesul s'a dezvoltat foarte repede, iarăși nu găsim membrană piogenică. Și în fine, când inflamația coprinde părți unde țesutul celular presintă o textură cu totul lamelósă, precum de exemplu dorsul piciorului său al mâinei, în tecele musculare etc. acolo încă puroiul nu este conținut într'un învăliș complect, căci limfa plastică depusă la periferie de aceste țesuturi prea laxe și lamelóse, nu este suficient capabilă pentru a servi drept mijloc de susținere a

puroiului. În definitiv, pretinsa membrană piogenică este o membrană consecutivă formațiunei puroiului, iar nici de cum formativă a acestui lichid. Cu alte cuvinte este efectul iar nu cauza supurației, după cum susține Delpech. Și ca probă avem următoarea experiență a lui Van Buren: Dacă, după ce am uscat bine, prin mijlocul unui tampon de bumbac sau orî-ce altă substanță absorbantă, suprafața unui ulcer acoperită de granulațiuni; dacă zicem, supunem aceste granulații astfel uscate la acțiunea unui iritant, presărând d'asupra puțină sare ordinară sau apropiind de ele un fer încălțit până la roșiu, atunci nu vom întărzia să constatăm miriade de mici picături cari exudază ca și o adevărată sudore pe suprafața granulósă. Și puind sub microscop o picătură din acest lichid, el ne va arăta că e compus dintr'un mare număr de leucocite, care de fapt nu e de cât puroi.

De aci rezultă că suprafața granulósă nu este absolut indispensabilă pentru producțiunea puroiului, de óre-ce acesta póte să ia naștere și fără densa.

Fenomenele ce abcesul determină asupra organelor cu cari se află în contact. a) Prima influență este asupra țesutului celular ambient, care se infiltrază de serositate și póte chiar de puțin sânge. De aci va rezulta tot-d'a-una un *edem* împrejurul abcesului, edem ce de multe ori ne servește pentru a stabili un diagnostic dificil.

b) Când abcesul se desvoltă în jurul unei membrane seróse, acesta se îngroșe prin depunerea treptată de limfă plastică la suprafața sa; limfă care se póte transforma în adevărate straturi membranóse mărind ast-fel grosimea seróselor. Acastă îngroșare de nouă formațiune este de o importanță capitală, mai ales în abcesul ficatului, al părților toracici și abdominali, unde grație acestui deposit plastic cele două foițe seróse — viscerală și parietală — se îngroșe și se lipesc între densesle, formând ast-fel o barieră puternică contra puroiului de a nu cădea în interiorul cavității abdominale sau toracice, ceia ce ar determina mórtea individului. Se dice că fiul marelui chirurg J. L. Petit a murit din cauza deschiderii unui abces în plevră, tocmai pentru că acastă barieră n'avusese timpul să se fi stabilit.

c) Unii chirurģi între cari și Cloquet, susțineau că puroiul putea prin contactul sėu să denudeze ósele și să le necrozeze. Dar acastă credință a găsit un puternic contradictor în Boyer care dicea: Când țesutul celular ce acopere un os se inflamază și supurază, periostul se îngroșe și garantază osul de contactul puroiului. Acest lichid nu are de alt-fel nici o calitate iritantă și încă mai puțin distrugătoare, când succede unei inflamațiuni flegmonóse, și când nu a fost expus în contact cu aerul. Dacă la deschiderea unui abces așeșat pe un os, găsim

acest organ cariat său necrosat este că, substanța ososă a fost de la început afectată și că abcesul în acest cas trebuie considerat ca efect iar nici de cum ca o cauză a alterațiunii osului. De alt-fel, toți autorii sunt de acord ași, că în adevăr puroiul nu are nici o acțiune asupra sistemului osos.

e) Același lucru se credea și pentru artere și vene că adică, vasele acestea fiind în contact cu puroiul, pereții lor puteau să se ramolască, să se altereze și să fie supuse la leziuni anevrismatice. Esperiențele au probat contrariul. Și în special Bérard a citat câte-va fapte incontestabile unde arterele, nu numai că rămăseseră intacte în mijlocul părților inflamate și supurate, dar erau cu pereții mai îngroșați, grație acelor depozite de limfă plastică despre care deja am vorbit. Ba ce este mai mult, Nelaton a tras din aceste fapte și din esperiențele sale proprii conclusia că, putem practica legătura capetelor arteriale în sânul unei plăgi care supurează, având pereții destul de rezistenți.

Cu toate acestea, Liston relatează cazul unui copil limfatic, de 12 ani, care având un abces lateral al gâtului, a găsit artera carotidă primitivă, perforată într'unul din pereții săi.

Monod iarăși a cules câte-va casuri unde, arterele și venele s'au găsit deschise într'un focar de abces cald, mai ales la gât și la fosa poplitee. Acastă comunicare a arterelor și venelor cu abcesele, pot să dea loc său la o varietate de anervism fals, său la emoragii mortale. În orî-ce cas, asemenea accident fatal s'a observat mai ales în abcesele profunde ale gâtului, strangulate de aponevrozele cervicale.

Un lucru însă putem constata: că leziunile acestea vasculare, se observă mai mult la indivizii cari au zăcut de febre grave, ca scarlatină, rugeolă, tifos, etc., său cachectici; și unde abcesul, începând cu încetul și într'un mod rece, de o dată trece în starea acută. Este probabil deci, că aci perforațiile vasculare se datoresc mai mult acțiunii microbilor și în special bacilului tuberculosei, de cât simplului contact al puroiului.

f) Nervii, de și par a nu suferi vre o alterațiune de puroiul abceselor, în unele casuri însă, fie că supurația să exercită într'un mod mai serios, fie că sensibilitatea iritativă a cordonului nervos e mai mare, rezultă turburări funcționale foarte importante. Ast-fel Berne spune a fi observat o paralisie a facialului, în urma unui abces cald în nivelul corotidei, la o fată ténără.

g) Muschii de asemenea sunt foarte refractari la acțiunea puroiului; ca probă vedem fășii gróse musculare, remase intacte în mijlocul unor abcese profunde ale membrelor. Tot același lucru putem dice și despre rezistența aponevrozelor și tendónelor, care adesea este destul

de pronunțată, puroiul neputând produce de cât o simplă exfoliațiune, dar fără distrugere.

Etiologia. — Știința modernă ne-a probat într'un mod evident că microbii sunt singurii și adeverații agenți ai orî-căreii supurațiuni precum și a tutulor accidentelor febrile și infecțioase ce pot complica plăgile chirurgicale. Faptul este așa de adevărat în cât Straus, a demonstrat prin numeroase esperiențe că, orî-ce injecțiune subcutanată de terebentină, unt de croton, apă ferbinte etc., nu este capabilă de a da inflamațiuni supurative; și că orî de câte orî s'a găsit puroiul, s'a constatat în acelaș timp, prezența numeroșilor microbii, luați, fie din instrumente sau din lichidele întrebuințate pentru experiență.

Pe de altă parte, Ruijs (1885), a arătat că, un amestec de părți egale de unt de olive și unt de croton sau esență de terebentină, introduse în camera anterioară a ochiului, nu determină de cât cel mult un exudat fibrinos, fără supurație; pe când un fir de mătase încărcat cu o cultură pură de stafilococi piogeni, tot-deauna determină desvoltarea unui *hypopion*.

Knapp a făcut și densusul, experiențele următoare: pe un ochi de epure, a determinat o plagă, într'un mod foarte riguros antiseptic fără să obție cea mai mică urmă de supurație. Pe cel alt ochi, cu toate că plaga a fost făcută tot în aceleași condițiuni antiseptice, introducând însă un stafilococcus aureus a obținut supurație, în care a găsit microbul inoculat.

Garré, în timpurile din urmă, a avut curagiul să-și inoculeze culturi de stafilococi, provenind dintr'un puroi de osteo-mielită, și a suferit o inflamație supurativă, foarte gravă.

Kocher, Cornil și Babeș, Cheyne, Koch și Klemperer, care a căștigat concursul pus de facultatea din Berlin, recunosc aceeași cauză, atribuind patogenia puroiului exclusiv microbilor.

Deci, cu totă opiniunea susținută de unele înalte capacități ca Recklinghausen și Pasteur că s'ar putea obține une-orî supurație fără intervenirea fatală a microbilor, noi putem conchide că, toate cauzele mecanice, fizice, chimice, etc., nu sunt de cât cauze aparente, căci ele nu lucrăză fără intervenirea și străbaterea microbilor în țesuturi sau organism; și că numai acești microbii forméză unica și singura cauză reală a orî-căreii inflamațiuni supurative, fie densa or cât de banală.

Acești microbii străbat în corpul uman prin căile *respiratorii*, *tubul digestiv* sau *suprafața tegumentelor*. Orî-care ar fi însă calea, se cere ca condițiune indispensabilă o *pörtă de intrare* ce ni se represintă: fie printr'o plagă, sau chiar cea mai ușoră sgârietură a unuia din aceste

sisteme. Dar une-orî microbul se introduce în organism prin interstiциul celulelor epiteliale, numai prin simplul fapt al unor frecări, precum de exemplu în șancărul indurat saű môle. Alte dăți, densus pare că se implanteză d'adrechtul în mucosă și determină o inflamațiune mai mult saű mai puțin vie, fără excoriațiune prealabilă, precum în ble-noragie, difterie, disenterie etc. Și când prin tôte cercetările nu putem descoperi pórta de intrare a acestor ființe infnit de mici, atunci putem recurge la teoria lui Verneuil, care admite că în organismul nostru există microbi în stare latentă, dar cari la un moment dat, fără leziune apreciable, din inofensivi ce erau, pot să reinvieze și să producă: fie bóle inflamatorii cu supurație, saű o redeșteptare a unei diateze vechi.

Bacteriile acestea, îndată ce aű intrat în organism, il infecteză.

După unii, microbii avënd facultatea de a se multiplica într'un mod prodigios, geneză ematosa și turbură mecanicește circulațiunea sângelui.

După Hüeter, turburarea circulațiunei provine din dilatațiunea vasculară și acesta, din cauza distrugerii tunicei musculare a vaselor, grație unei acțiuni speciale a microbilor.

Cornil admite trombosele ce microbii determină în vase, trombose cari pot provoca infarcte, iar acestea abcese.

Din constatarea prezenței microbilor în celulele țesuturilor și leucocite, a eșit teoria *fagocitică* susținută mai ales de Metschnikoff, care a studiat asupra animalelor această luptă între elementele organismului și bacterii; luptă, în care ele pot să fie învingătoare saű învinse; de unde mórtea saű viața. Acest autor a văzut într'un mod manifest microbii absorbiți de leucocite și întru cât-va mâncați de acestea. Supurația decű, apare saű dispare după cum celulele ajung saű nu, a distruge microbii.

După Cornil și Babeș, bacteriile, fie că aparțin stafilococilor saű streptococilor, aű proprietatea de a transforma albumina insolubilă a țesuturilor animale(?) în albumină solubilă, în peptonă; lucru prin care se favorisază ramolirea și lichefacțiunea țesutului conjunctif. Și eată după acești autori, mecanismul formării unui abces: Primul focar în care bacteriile s'aű multiplicat—ramolind țesutul vecin, determină o iritațiune în urma căria urméză distensiunea nevro-paralitică a vaselor capilare și o diapedesă a celulelor limfatice—constitue deja un mic abces. Acesta se însoțește de o reacțiune inflamatorie cu difuziunea microorganismelor în spațiurile limfatice intrafasciculare, precum și în căile limfatice și sanguine. O regiune mai mult saű mai puțin întinsă, este ast-fel coplesită și se formeză succesiv noi focare cari se reunesc

pentru a constitui o infiltrațiune difusă sau un abces mai mult sau mai puțin voluminos și bine colectat.

După Bouchard însă, Charrin și alți autori moderni, mecanismul producerii puroiului și deci al abcesului, s'ar datora faptului că: bacteriile sau microbii supurației, secretază substanțe chimice care, pătrundând prin simpla absorpție în torentul circulator, exercită o acțiune specială asupra părților vasculare, producând vaso-dilatație, în urma căreia, stomatele capilarelor se măresc, leucocitele es prin ele în cantitate considerabilă, se revarsă în țesuturi formând globule de puroiu, care colectându-se constituie abcesul. Pe aceste idei se bazează și definiția puroiului ce deja am dat.

Prezența și raporturile acestor microbi cu leucocitele și celulele țesuturilor se vede în fig. 4 (planșe).

Simptomatologia. — Abcesele se împart dupe sediu în: *superficiale, sub-aponevrotice și parenchimatose.*

Când abcesul e superficial, ni se presintă ca o tumoră cu centrul ramolit, iar baza puțin îndurată. Pielea este de o culóre violacee împrejur, iar la centru alburie.

Nelaton insistă asupra unei erupțiuni de sudamină ce s'ar forma în jurul abcesului, precum și a prezenței unui edem.

Caracteristica însă este existența *fluctuațiunei.*

Când abcesul este sub-aponevrotic, fluctuația e foarte greu de constatată, ast-fel că ne bazăm mai mult pe semnele raționale, adică pe antecedente. Aci mai ales, edemul părților vecine jăcă un rol cu totul important.

Iar când abcesul e parenchimos, dificultățile sunt și mai mari, din cauza lipsei aprópe totală a simptomelor fizice locale; așa că nu ne rămâne de cât simptomatologia funcțională, care ne póte trăda leziunea. Aci, uni patologisti pun mare preț pe transpirațiunile abondente ce bolnavii încercă în nivelul peptului, în momentul când supurația se realizează. Și în adevăr, în abcesele profunde a regiunei pelviene, așa de frecvente la femeile parturiente, se póte constata foarte des existența acestui fenomen; dar lucrul nu e tot-deauna constant.

În orî-ce caz, trebuie să știm că formațiunea puroiului ni se prevestește printr'un grup de fenomene dintre cari, unele ne fac a presupune supurația; altele ne anunță că puroiul e pe cale de a se forma; iar altele, în fine, că puroiul e complet format.

Și să luăm ca exemplu flegmonul obicnuit.

Daca inflamația ocupă o regiune prevădută cu o cantitate mare de țesut gresos sau de o rățea vasculară abondentă; daca acest proces inflamator ne presintă un mers foarte repede; daca densusul trece prin



D: Obregia praep. et del.

Preparațiunile din puroiul recent al unui abces flemonos, întins pe lamelă și fixat.

1. 1. Celule mononucleare, în bună stare.
2. 2. Celule leucocite polinucleare (nuclei în treflă.)
3. 3. Celule cu prelungiri protoplasmaticе, fixate în momentul mișcărilor amiboide.
4. 4. Proliferație prin segmentare directă (amitotică) a nucleilor.
5. 5. Stafilococcus piogenes aureus în grupuri caracteristice.
6. 6. Streptococcul piogen în lanțuri.
7. 7. Formațiune de vacuole în corpul protoplasmеi celulare, devenit mai granulos, și chiar în nucleu, prin alterația datorită bacteriilor.
8. 8. Nucleii celulelor devin puțin colorabili — iarăși consecința a stărei lor patologice.
9. 9. Desagregarea progresivă a celulelor, până la fasa ultimă, — detritus, — presintându-se mai adesea în vecinătatea coloniilor bacteriene.



- I) a) celule moarte ne-tratate cu acid-acetic.
- b) Celule moarte tratate cu acid-acetic. (figură de trefle)
- II) Diferite faze de regresie gresoasă a puroiului până la transformarea sa în emulsiune sau detritus lăptos (d. e.)
- III) Corpuscull de puroiū plin cu granulațiunii gresoase (corpuscull tuberculoși al lui Lebert).

tóte períodele de evoluție și atinge cel mai înalt grad de intensitate într'un timp scurt; dacă în fine durerea capătă caracterul pulsativ și devine insuportabilă pentru bolnav; atunci, suntem în drept a bănuși că inflamația, cu multă probabilitate, are să se termine prin supurație.

Pe de altă parte, dacă durerea, de și pulsativă, începe însă a'și perde din intensitate; dacă tumefacția, roșiata și căldura locală încep și ele a descresce puțin câte puțin; dacă pe lângă acestea tumora în totalitate sau într'un punct óre-care începe a se înmuia; dacă în fine bolnavul începe a fi coprins de febră care, în cazul de față, devine foarte violentă, însoțindu-se adesea de delir și agitațiunii; dacă accesul vine mai cu deosebire spre séră și este precedat de unul său mai multe frisoane, un fel de oripilațiunii; atunci, tóte acestea vor fi o probă aprópe sigură că natura lucrăză în favorul supurației; cu alte cuvinte că puroiul este pe cale de a se forma.

Și când în urma acestei de a doua període, simptomele inflamatorii și mai cu deosebire roșiata începe a perde din intensitatea lor; când tumora progreséză într'un mod continuu în ramolire și acesta mai ales către centru, iar restul întinderei sale ne presintă încă acea impastare caracteristică; când tegumentele din mijloc încep a se subția din ce în ce mai mult și se ridică în formă de vârf; când, aplecând degetul d'asupra, simțim că aceste tegumente se lasă a fi deprimare și alunecă pe părțile subjacente; când în fine prin palpație căpătăm senzațiunea de fluctuație; atunci, nu mai rămâne nici o îndoială că puroiul este deja format și se găsește într'o cantitate mai mult sau mai puțin considerabilă în mijlocul tumorei.

Acestea sunt pe scurt fenomenele cele mai principale cari ne arată diferitele període a formațiunii puroiului, fenomene ușor de constatat când inflamația se dezvoltă la exterior, avându'și sediul în țesutul celular subcutanat.

Nu este însă tot ast-fel când procesul morbid se află în regiuni situate mai profund, precum în intersticiul muschilor, sub aponevrose tari, sau în organele splashnice, ca ficat, plămâni, plevră etc., unde, de multe ori supurația este deja formată fără să ni se manifeste la exterior prin nici un semn sigur. În cazul acesta, semnele raționale ca: durerea pulsativă, frisoanele neregulate, oripilațiunile și febra vesperină, ne sunt de un mare ajutor.

Diagnosticul este bazat exclusiv pe constatarea *fluctuațiunii*, fenomen care constă în senzațiunea ce simțim și care ne este transmisă prin dislocarea provocată a unui lichid conținut într'o cavitate. Această senzațiune se obține în două moduri diferite: prin *lovire bruscă* sau *presiune alternativă*.

Prin lovitură bruscă este, când imprimăm cu degetele o lovitură repede pe unul din punctele tumorei; atunci, pe mâna aplicată, într'un punct opus, simțim o vibrațiune, o ondulațiune sau cea ce se numește undă or *val de lichid* (flot. fluctus din fluere, a curge).

Pentru obținerea acestui lucru, se cer mai multe condițiuni de alt-fel cam greu de împlinit: trebuie ca colecțiunea purulentă să aibă o întindere destul de mare; lichidul să fie abondent; păreții abcesului puțin groși, nu mult întinși; iar cavitatea unică, adică fără despărțituri interioare.

Prin presiunea alternativă este atunci când, cu o mână aplicată pe un punct óre-care, deprimăm ușor tumora; iar cea-altă mână stă aplicată pe punctul opus într'un mod cu totul pasiv. După aceea, mâna pasivă o transformăm în activă și viceversa. Lichidul ast-fel comprimat, neputându-se risipi, se va găsi împins și va lucra asupra tuturor părților cavității și va ajunge în cele din urmă a ridica ușor mâna, așezată pe partea opusă a tumorei.

Pentru buna percepere a acestui fenomen se recomandă precauțiunile următoare: 1) Să așezăm indicatorul și mediul ambelor mâini pe două puncte opuse ale tumorei și la óre-care distanță unele de altele; 2) Să nu ridicăm mâna care așteaptă presiunea provocatrice înainte ca această solicițațiune să fie produsă; 3) Să nu apropiem prea mult degetele, pentru că ar putea atunci să fie respinse lateral de părțile intermediare; cu alte cuvinte să observăm bine ca lovitură să se exercite pe pulpa degetului iar nu pe părțile sale laterale; 4) Să nu ne înșelăm de o ridicare în masă a părților explorate.

Când însă colecțiunea este profundă, lătită sub aponevroze rezistente și mușchi groși, precum de exemplu în unele flegmóne ale còpsei, atunci, aplicăm pe lat ambele mâni în nivelul tumefacțiunii și respingem direct prin una din ele tot ce se găsește de desubt. Dacă atunci există lichid, dânsul va fi silit să fugă și va întinde porțiunile comprimate ale buzunarului ridicând ast-fel mâna pasivă. Explorațiunea acesta va trebui făcută nu numai în sensul direcțiunii fibrelor musculare, dar și în diferite alte sensuri pentru a evita orî-ce eróre.

Un alt mod de a căuta fluctuația, este când ne găsim în fața unor colecțiuni prea mici de puroi, sau când sunt așezate în regiuni prea profunde ca: farinx, vagin, anus, și unde nu putem introduce nici două degete. Atunci, esercităm o presiune bruscă pe vârful tumorei cu indicatorul mânei drepte de exemplu; ce se întémplă? lichidul respins, va veni să isbescă păretele opus și va determina o lovitură sub degetul apăsător. Acastă sensațiune este cea ce Lisfranc a numit *choc en retour*, adică contra lovitură și care ne arată aprópe sigur prezența unei colecțiuni de lichid.

Alte dați, puroiul ni se manifestă numai printr'o simplă deprezibilitate particulară a pielii subțiate, care cedeză într'un punct limitat, pe când împrejur tegumentele rămân încă rigide.

În fine, une-orî și în special în abcesele profunde, precum ale prostatei, orî-ce fluctuație e imposibil de perceput și nu ne rămâne de cât simptomele generale și durerea locală la presiune, ce ne conduc la diagnostic.

Trebue iarăși să spunem că sunt unele cazuri unde cu totă senzațiunea de fluctuație nu avem însă puroi. Ast-fel: în inflamația bazei falangei ungueale, în aceia a articulațiilor ingorjate, în aceia a feței posterioare a degetelor precum și pe dorsul mâinei și picioarelor.

De asemenea, multe tumori solide ca: sarcóme ramolite, grămezi de fungosități, lipóme, etc., apoi unele țesuturi normale ca: mese musculare, tecii aponevrotice îngroșate și comprimate pe planuri osoase subjacente; mușchii còpsei și mușchiul pedios, dau o fluctuație care însă, s'a numit *falsă*, dar care nu e mai puțin adevărat că ne poate adesea induce în eróre.

Pentru a evita erorile, vom avea tot-deauna present în spiritul nostru, că abcesul cald clasic, va poseda tot-deauna cele patru semne cardinale ale inflamației, adică *tumor et rubor cum calore et dolore*, lucru ce în fluctuația falsă nu există de cât în parte, iar nu ast-fei combinat și însoțit de o reacție generală.

Trebue însă să știm că cu totă prezența acestor elemente, diagnosticul abcesului este câte odată imposibil. Și nimic nu ridică saă compromite reputația unui chirurg de cât diagnosticarea acestui puroi, ce une-orî e de o facilitate extremă, chiar pentru orî-ce elev începător. Dificultățile se întemplă mai ales în abcesele basinului, a prostatei, a fosei ischio-rectale și a regiunii ischiónelor.

Dar nenorocirea e și mai mare, când ne închipuim că abcesul, o afecțiune așa de ușoră, se poate confunda cu cea mai gravă bólă, adică cu anevrismele.

Și lucru curios, această greșelă mortală a fost comisă de cele mai mari celebrități. Ast-fel vedem pe Ferrand, Desault, Pelletan Dupuytren, Boyer, Pirogoff, înfigând bisturiul în anevrism, crezând că deschide abcese.

Cu toții știm cum regretatul nostru profesor Turnescu, al cărui intern am avut onórea de a fi, cum această capacitate recunoscută prin erudițiunea și precisiunea sa în diagnostic, a deschis un anevrism al carotidei interne, luându'l drept abces retrofaringian.

Și acesta după o practică de 30 de ani de chirurgie ! Această eróre a contribuit să'i închidă cariera sa bătrână, dar imaculată până aci.

Dar acelaș lucru s'a întemplat lui Broca, care pe cât știu, a deschis unui Român la Paris, un abces al amigdalei, pe când în realitate era un anevrism, ceia ce a produs mórtea individului.

Bergmann din Berlin, deschide și el o presupusă angină flegmonosă, dar individul móre imediat de asfixie; și autopsia arată un anevrism al carotidei interne (Barwell).

Am citat aceste casurî numai pentru a fi preveniți, remâind a insista asupra caracterelor distinctive a acestor afectiuni, când vom vorbi despre anevrisme.

Pronosticul depinde bine înțeleș, de sediul, de raporturile abcesului cu organe importante; de cauze, de întindere, precum și de circumstanțe cu totul individuale. Este deci inutil a insista asupra acestor puncte. Chestiunea mai importantă este: ce devine abcesul lăsat la mersul său natural?

Câte odată, de și rar, se póte ca densusul să se micșoreze treptat și după cât-va timp să dispară complect. În acest cas se produce mai întâi absorpțiunea părții sale seróse, iar globulele purulente trecând prin degenerescenta granulo-gresósă pot să se resórbă și ast-fel abcesul să dispară cu desăvârșire.

Vă declar că 'mî vine greu a admite acest lucru susținut de unii autori. În adevăr, leucocitele odată eșite din vase, nu mai pot reintra în organism, căci, dacă—lăsând la o parte cele-lalte leziuni—n'am lua în considerație de cât faptul că densesle, transformate în puroi, capătă un volum mult mai mare de cât îl avea în starea normală, evident că nu vor mai putea să intre din nou prin aceleași orificiuri (stomate), prin cari au eșit.

Socotesc deci, că acele casurî de resorpție de abcese, erau pur și simplu fenomene de transudație sau exudație inflamatorie. Am urmărit fórté mult acest lucru și nici o dată n'am reușit, prin toate mijlócele întrebuintate ca repaos, compresiune etc., să obțin resorpția unui abces constatat, orî cât de mic era. Am obținut însă resorpția părților indurate ce forma bazei abcesului, remâind acesta mai bine limitat și degajat de părțile profunde; dar pe el însuși nici o dată.

Tendința cea mai obișnuită a abcesului, este de a se deschide către părțile exterióre. Și acesta se face prin două căi: prin cale *fisică* și *vitală*. Prin cea fisică este atunci când țesuturile fiind neîncetat împinse, trase din toate părțile și subțiate în mod continuu prin acumulațiunea gradată a puroiului, ele finesc în cele din urmă a se rupe și astfel abcesul se deschide la exterior sau la interior, unde rezistența e mai mică.

Prin calea vitală este atunci când în urma presiunii lichidului,

vasele capilare se comprimă, circulația se genéză, sosirea materialurilor nutritive se suprimă, și de aci o gangrenă moleculară a țesuturilor, în urma căria ele se pot perfora. Fenomenul acesta a fost deja întrevăzut de Hunter pe care dânsul îl numea *absorpțiune ulcerativă-absorpțiune intersticială* sau *disjunctivă*.

Tratamentul.—De sigur, nu ne vom conduce de vechile idei că puroiul, fiind un depuratif al organismului, trebuie respectat, căci prin el materiile pecante ar eși afară din corpul nostru. Știm în adevăr ce rol a jucat această credință și cum ómenii își provocaú supurațiunii interminabile, prin aplicarea de fântănele și setóne (panglici) cu scop de a fi preveniți de bóle sau o bêtărănețe prematură. Azi din contra, puroiul e considerat ca un produs vătămător sănătăței prin alterațiunile și degenerescentele viscerale ce produce, și deci trebuie să căutăm cât mai repede a'l extermina.

Prin urmare, singurul tratament constă (luând totuși în considerație unele cerințe de estetică) în a practica o deschidere largă și antiseptică a abcesului, imediat ce s'a constatat existența sa. După deschidere, vom răzui prudent, cu lingura lui Volkmann, fungositățile din cavitate; vom face largi spălături; și nu uitați atingerea păretelui cu o soluție de acid fenic 10 %.

Când e posibil, veți face sutura incisiei puind sau nu, tub de drenaj. Și daca am lucrat bine, fórte adesea printr'un bandagiú compresiv, obținem reunirea perfectă prin prima intenție.

Ați văzut și trebuie să știți că, une-orî diagnosticul abcesului e de o dificultate extremă. In cazul acesta, nu trebuie așteptat prea mult pentru ca fluctuația să devie manifestă; căci consecințele pot fi deastrose, prin desorganizarea întinsă a țesuturilor și chiar infeția generală a organismului.

In asemenea casuri de indoială, incisiunile magistrale largi și profunde, recomandate de Dupuytren, adesea scapă viața bolnavului. In adevăr, prin aceste incisiuni, cari trebuie să mERGă până la aponevroasă, se înlesnesce drumul puroiului, daca se găsește la o adâncime mare; căci a II sau III zi, dânsul începe să iasă prin vre un orificiú, sau vine să bombeze în fundul plăgei, când fórte ușor se póte deschide. Dar chiar daca nu ar exista puroiú, aceste incisiuni încă sunt de un mare folos, căci tăind bridele conjunctive și fibróse, determinăm o degorjare a părților, suprimând ast-fel durerile atroce; pe de altă parte, prevenim sfacelul, prin sfărámarea strangulărei de care erau coprînși nervii și vasele sanguine.

Printre multele casuri ce am tratat ast-fel, a fost și o dómna de 65 de ani Safta Cirișianu, care, în urma unor emoroide ulcerate, că-

pătase o limfangită ce se complicase de un flegmon profund, quasi difus, al fesei stângi.

Acastă regiune, tare, durerósă și fôrte roșie, îi cauza niște dureri atroce și frisoane violente, fără să existe cea mai mică urmă de fluctuație. De sigur, dacă aș fi așteptat ca acest semn să se manifeste, aș fi avut neapărat un sfacel, bolnava, fiind destul de bătrână și debilă. Am practicat deci o largă incisie până la aponevroasă, fără însă să fi eșit nici o picătură de puroi. Resultatul imediat a fost suprimarea durerilor, bolnava putând să dormă liniștită; iar a doua zi, scoțând tampónele, puroiul care era numai în stare de infiltrație, a început să iasă treptat în zilele următoare, prin mai multe orificiuri, întocmai ca dintr'un antrax. Regiunea devenită din ce în ce mai môle, roșiața și febra au dispărut; iar bolnava s'a vindecat într'un timp fôrte scurt, când se putea ca viața să'i fie în pericol.

CHESTIONAR

Definiția inflamației. Deosebirea între abces, infiltrație purulentă, epansament, empyem, vomică și hypopion. Definiția abcesului după Denonvilliers și Billroth. Diviziunea abceselor după vechii autori și cei moderni. Abcesele critice, circumvecine, secundare repeđi, monomicrobice și polimicrobice. Sediul abcesului cald și părțile din cari se compune. Modul formării cavității după Rindfleisch și Billroth. Formele cavității și unele particularități. Conținutul abcesului. Definiția puroiului. Puroi de bună și rea natură. Partea solidă a puroiului și diferitele elemente ce conține: celule vii și celule môrte; corpi granuloși ai lui Glüge; globule pioide; nucleina. Partea lichidă a puroiului. Acidul piique, piina și fibrina din puroi. Varietățile și degenerescențele puroiului. Varietăți după organ, consistență, miros, coloré; cauzele și mecanismul acestor varietăți precum și diferitele teorii ce s'au emis.

Acțiunea locală și generală a puroiului asupra organismului. Proprietatea fogogenă și pirogenă. Teoria și experiențele lui Chauveau; teoria lui Verneuil și cea modernă. Diferitele genuri și specii de microbi ce se găsesc în puroi.

Păretele abcesului. Membrana piogenică și elementele din care se compune. Cazurile unde dinsa pöte lipsi. Membrana piogenică nu secretază puroi; experiența lui Van-Buren. Acțiunea puroiului asupra țesutului celular; membranelor seróse, óselor, vaselor sanguine, muschi, aponevrose, nervi etc. Etiologia. Experiențele lui Ruijs, Knapp, Garré etc. Supurație fără microbi nu există. Diferitele căi și moduri de penetrațiune a microbilor în organism. Opiniunea lui Hueter, Cornil, Metschnikoff, Cornil și Babeș; Bouchard, Charrin etc. Diviziunea abceselor după sedii. Fenomenele precursorii de probabilitate și siguranță a desvoltării puroiului. Fluctuația e baza diagnosticului. Modul de a căuta fluctuația: lovire bruscă, presiune alternativă, choc en retour (Lisfranc). Fluctuație falsă. Erori de diagnostic cu anevrismele. Puroiul nu se pöte absorbi; opiniunea autorului. Tendința abcesului la deschidere spontanată prin cale fizică și vitală. Tratamentul. Deschideri largi chiar și în casuri de bănuială.

DESPRE ULCERAȚIUNE ȘI ULCERE

Lecția III.

Domnilor,

Ulceratiunea a preocupat foarte mult spiritele autorilor, și de aeia chiar azi, dînsa, formeză un punct subtil în patologia chirurgicală.

Dar mai 'nainte de a defini ulceratiunea, să ne închipuim un agent ôre-care, fie el format în țesuturile nôstre, sau introdus din lumea externă.

Dacă acest agent este antipatic organismului, dînsul va provoca o reacțiune, și ca atare, natura va căuta prin diferite procedee să'l elimineze, să'l dea afară din sânul său.

Și pentru înlesnirea subiectului să luăm ca exemplu puroiul. Ce se întâmplă în adevăr cu acest produs morbid dacă 'l lăsăm la mersul său natural?

Am arătat deja că dupe unii autori—dar în mod cu totul excepțional și în afară de credințele nôstre — dînsul, trecînd prin diferite evoluțiuni, pôte să se resorbă, să dispară, în imensa majoritate a cazurilor însă, puroiul o dată format nu se mai resorbă, ci se colecteză formând un abces, ai cărui pereți, subțindu-se din ce în ce mai mult, finesc prin a se perfora, determinând o deschidere prin care dînsul iese afară din organism.

Ei bine, acest fenomen patologic, această *soluție de continuitate*, ce se produce în mod spontanat la suprafața sau adîncimea țesuturilor nôstre și prin mijlocul căria natura aruncă afară corpurile streine ce se găsesc în organismul nostru, pörtă numele de *ulceratiune*.

Pentru esplicarea mecanismului său fiziologia patologică a acestuî fenomen, s'au emis mai multe teorii:

I) *Teoria veche* a lui Galien sau a umoriștilor, consideră ulcerațiunea ca rezultatul eliminărei țesuturilor, în urma acțiunii corosive ce exercită asupra lor un lichid vătămător, cu proprietăți iritante și care se desvoltă în nivelul chiar a părții ce se ulcerază.

Fenomenul este cu totul identic, cu ceia ce se petrece când pe suprafața tegumentelor, punem un acid forte ca acidul sulfuric, azotic etc., și care råde în mod mai mult sau mai puțin profund țesuturile asupra cărora se aplică. Vom reveni.

II) *Teoria lui Hunter*, astăzi părăsită, este de sigur cea mai învinsă și aceia care a jucat un rol foarte important. Acest mare fiziologist Englez, a căutat să stabilească o legătură strânsă între ulcerațiune și ceia ce se petrece în nutrițiunea normală. Dînsul zice: în natură, fenomenul atât de complex al nutrițiunii se poate rezuma în definitiv la două mișcări organice: O mișcare de compoziție, de formație, reprezentată prin *asimilațiune*; și o mișcare de descompoziție, de deformație, reprezentată prin *desasimilațiune*.

Cu alte cuvinte am avea doi agenți: unul absorbant—desasimilator; iar altul exalant sau secretoriu—asimilator.

Cu cât agentul absorbant, prin vasele limfatice, tinde a consuma țesutul nostru, cu atât cel secretoriu, prin vasele arteriale, exalază materialuri nutritive, producând organului noui elemente pentru întretinerea sa.

Și viața normală sau nutrițiunea regulată, este tocmai rezultatul jocului acestor doi agenți: creștem, din cauza preponderenței mișcării asimilatorice; rămânem staționari, când echilibrul e perfect; și începem către declinul vieții, când desasimilația sau agentul absorbant capătă preponderență; și în cele din urmă ne stingem, când acest agent rămâne singur în joc, fără intervenirea nici unei alte compensațiuni exalante.

Și dacă de la general ne oprim la particular vedem că, grație distrugerii acestui echilibru, un țesut viu, fiind supus numai la acțiunea agentului absorbant, va suferi o mișcare de regresie putând cu timpul chiar să dispară.

Ast-fel ne explicăm disparițiunea gradată a unui organ sănătos, fără ca forma să fie alterată; ast-fel ne explicăm în diferitele etăți ale omului atrofia timusului, a testiculelor, mamelelor, uterului, alveolelor dentare etc., când funcțiunea unor asemenea organe numai este necesară, sau când individul a ajuns într'o vârstă înaintată.

Este adevărat că azi se objectează lui Hunter că, toate aceste lucruri sunt consecința unei atrofii fiziologice, în urma căria, un organ ce numai funcționează, dispăre, ca nemaî fiind util, și prin urmare nu

are nimic a face cu procesul ulcerativ; dar, totuși, încă o dată, această teorie nu rămâne mai puțin seducătoare.

Dar or cum ar fi, aplicând aceste date la exemplul nostru ce obținem? că dacă acești doi agenți sunt în echilibru perfect, atunci, părțile abcesului va continua a se hrăni, a se menține și a rezista, până când puroiul, în virtutea diferitelor modificări favorabile aduse de fluidele în circulație, poate să reentre în vase și să fie absorbit fără nici un pericol. El, probabil, este dus către organele secretorii sau către o suprafață tegumentară, de unde apoi, va fi asvârlit în afară împreună cu cele alte umori excrementiale. Atunci, neapărat, cavitatea o dată golită, părții săi se vor pune în contact, se vor lipi în virtutea unei inflamații adese și abcesul dispare.

Când însă agentul absorbant va rămâne singur, sau va predomina asupra celui exalant, atunci părțile abcesului se va consuma din ce în ce, se va subția pe fie ce minut și va termina prin a se perfora, iar puroiul va eși afară într'un mod spontanat. În acest caz deci, puroiul nu va mai trece prin căile naturale ca vase sau interstițiile organice; el nu va mai trece printr'o glandă, prin conductul său excretor și apoi afară din organism; el va trece acum prin această efracțiune, prin această soluție de continuitate numită *ulcerațiune* și care, după cum vedem, rezultă din preponderența agentului absorbant.

Eată dar ce este ulcerațiunea. Și aceasta, trebuie să știm, este modul cel mai frecvent prin mijlocul căruia, natura se descarcă de corpurile streine ce se formază sau se introduc în organismul nostru. Căci puroiul, proiectilele de armă de foc, resturile unui os cariat, necrosat sau fracturat într'un mod cominutiv, toate ies din organism prin această cale.

Și dacă distanța între osul bolnav și piele este ceva mai mare, atunci ulcerațiunea formază un canal organizat care ia numele de *fistulă*; căci prin același procedeu natura sapă, organizază și întreține ulcerele ca și fistulele. Singura deosebire rezultă numai din raporturile ce se află între adâncimea și lărgimea lor. Așa, dacă adâncimea este care predomină, zicem că avem a face cu o fistulă; iar dacă este lărgimea, cu un ulcer. Vom reveni.

Acosta este teoria lui Hunter asupra ulcerațiunii, care trebuie considerată: *ca rezultatul disparițiunii progresive a moleculelor organice, ce intră în torentul circulațiunii, în virtutea predominanței agentului absorbant.* Dinsul o mai numește și *absorpțiune ulcerativă*.

Și în sprijinul acestei idei, Hunter, invoca faptul că la suprafața

ulcerațiunii nu se constată nici un detritus bine manifestat, căci imediat elementele desorganizate sunt absorbite de vasele limfatice, pentru ca în urmă să fie date afară prin diferitele căi emonctorii. Astăzi însă, microscopul arată cu totul contrariu și anume că: suprafața ulcerațiunii e plină de molecule ce reamintesc în mod perfect compoziția părților ce se ulcerază: pielea, mușchii, nervii, ficatul, crebrul, etc., ne vor arăta elementele din cari sunt formate, imediat ce vor fi coplesite de fenomenul ulcerativ (vezi pag. 11).

Tot acelaș lucru se întâmplă și cu pretinsa identitate a lichidului de la suprafața ulcerațiunii susținută de Hunter. Și aci iarăși, microscopul a arătat, că nu poate să existe absolut nici o analogie între un ichor canceros, o secrețiune pur mucosă, muco-purulentă, sau de simplu puroi, ce fie-care pe rând e produs de o ulcerațiune. Ast-fel că, lichidul secretat va fi diferit și va presenta varietăți, în raport cu natura țesutului ulcerat, ale cărui molecule desaggregate tot-d'a-una vor fi recunoscute la microscop.

Deci, faptul că Hunter confunda *atrofia senilă cu ulcerația*; că *absența detritusurilor la suprafața ulcerelor precum și identitatea lichidului secretat nu se confirmă dupe cercetările moderne*, teoria sea, care era bazată tocmai pe aceste trei lucruri, căzând ele, a căzut și dînsa.

III. *Teoria gangrenei moleculare, teoria eliminațiunii sau teoria lui Vidal de Cassis.*

Acest autor, bazându-se pe faptele deja constatate că, ulcerația fie-cărui țesut produce detritusuri moleculare unde se găsesc elementele primitive; bazându-se că tocmai acest fapt demonstrează că în fenomenul ulcerativ nu e absorpțiunea care predomină, ci din contra o exagerare de secrețiune și ca probă e prezența puroiului și altor lichide; conchise că: soluția de continuitate adică ulcerația, nu provine din absorpțiunea moleculară, ci din distrugerea părților vii, din desagregațiunea lor, cu alte cuvinte dintr'o *gangrenă moleculară*.

În urma diferitelor condițiuni de slăbiciune în care se găsește bolnavul; în urma situațiunii unui organ mai departe de centru; în urma leziunelor diverse a sistemului circulator sau nervos, o anumită parte vie se va alimenta mai cu greu în elementele sale primitive; dînsel vor fi într'o continuă suferință, până când în cele din urmă vor muri, vor fi coplesite de o gangrenă moleculară, de unde va naște ulcerația; ulcerație, care nu va mai fi rezultatul unui exces de absorpție sau mai bine zis *de autofagie*, ci rezultatul pierderii vieții elementelor chiar; rezultatul unui travaliu desorganizator, al unei gangrene moleculare, din a căria eliminațiune iese ulcerația.

Teoria lui Vidal de Cassis necontestabil este cea mai științifică și admisă astăzi mai de toți autorii.

Noi însă, din cele ce am arătat la pronosticul abceselor precum și la modul formațiunii puroiului dupe teoriile moderne și dupe cari se efectuază deschiderea spontanată a abcesului, ne esplicăm pe o altă cale gangrena moleculară sau ulceratiia.

Noi vedem faptul, produs în urma acțiunii speciale ce microbii exercită: fie asupra celulelor, fie asupra vaselor capilare, unde, împedcând ematosa sau producând trombose, materialul nutritif numai vine în cantitate suficientă, și atunci, elementele fundamentale ale organului, încep a se mortifica și de aci *gangrena moleculară microbiendă*, de aci ulceratiunea. Și pentru a nu părea prea absoluți, am putea admite ca esceptiune, numai unele casuri de ulceratiunii de natură nevro-paralitică unde, cel puțin până acum, nu se pôte invoca în mod hotărît acțiunea microbică.

Pentru noi deci, *ulceratiia este efectul acțiunii microbilor asupra țesuturilor, sau a diferitelor alte viruse aflate în organismul nostru*. Și scopul său este tocmai eliminarea acestor diferite produse morbide. Ulceratiia va persista atât, pe cât diateza ce i-a dat naștere va continua de a fi. Uă ulceratiie sifilitică, tuberculosă, artritică, nu se va vindeca până ce virusul nu va dispere. Și ast-fel luat lucrul, nu știu dacă pe nesimțite nu devenim umoriști! căci nu știu, dacă aceste diferite viruse nu ar represinta materia corosivă a vechilor autori. Mi se pare că nu e vorba de cât de o schimbare de cuvinte!...

Ulceratiunea se pôte desvolta fără deosebire în toate țesuturile, copleșindu-le atât în superfiicie cât și în adincime.

Ast-fel o vedem pe piele, mucóse, tramele celulóse etc. Dinsa atacă ósele, constituind *caria* celor vechi, care nu e de cât o gangrenă moleculară osósă de natură microbiendă.

Puțină îndoiială mai există în ceia ce privește ulceratiia primitivă a nervilor, venelor, muschilor, țesutului fibros etc., dar probabil că, și aceste organe se pot ulcera, de óre-ce organe mult mai puțin nutrite ca cornea și cartilagele, pot fi supuse ulceratiunii.

Mai 'nainte de a termina trebuie să ne oprim asupra unui punct:

Mulți autori nu fac deosebire între o ulceratiune și ulcere. Adevărul este că, lucru e greu în a stabili limita între una și cea altă afecțiune. Cu toate acestea, uzul a făcut ca, soluțiile de continuitate aflate pe mucóse sau unele anumite organe, să se numescă ulceratiunii, de óre-ce sunt întinse mai mult în superfiicie ca în adincime. De aceea

zicem: ulcerarea mucóseii bucale, ulcerarea amigdalelor, ulcerarea mucóseii anale, etc. și iarășii, ulcerarea colului uterin, ulcerarea limbei, ulcerarea buzelor, etc. etc. Pe când zicem: ulcer al stomacului, al intestinului etc. voind să arătăm că leziunea e mult mai profundă.

De asemenea, ulcerarea superficială și lineară a pielii se numește *fisură*, precum și aceia ce se găsește la unirea pielii cu mucósa: ca în fisurile anale, a comisurii bucale, etc.

Deosebirea între fistulă și ulcer am arătat-o deja într-un cât-va.

Prin *erosiune*, se înțelege tot o ulcerare, dar uscată, adică că nu produce la suprafața sea nici puroi, nici ichor, nici vre-un alt lichid. Acastă expresiune este consacrată mai mult când vorbim de sistemul osos, și ne reprezintă adevărata resorpție a elementelor, fără tendința la reparație, și provocată în urma unei compresiuni lente și continue. Și cel mai bun exemplu îl avem în distrugerea boltei craniene de un fungus al durei mater; în distrugerea sternului de un anevrism al aortei; în distrugerea osului femoral de un neoplasm malign, etc. etc.

În fine prin *exulcerare* înțelegem iarășii o ulcerare ușoară și superficială, dar a cărei suprafață este mai pronunțată și mai ridicată d'asupra nivelului tegumentelor.

Ulcere.

Ulcerul este o soluție de continuitate cu pierdere de substanță; cu suprafața fongosă și însoțit de o scurgere de materie puriformă. Densul, de parte de a tinde către cicatrizare, din contra, are tendința a rămâne staționar sau a progresa. Densul, este întreținut de un viciu local al organului, sau de o cauză internă generală.

Acastă definiție, de și în adevăr lungă, este însă una din cele mai complete ce putem da asupra acestei afecțiuni atât de complexă.

Ulcerul naște și se dezvoltă în urma unei distrucțiuni și a unei eliminațiuni succesive de țesuturi vii, prin mijlocul procesului patologic numit ulcerare.

Autorii au desbătut mult pentru a stabili deosebirea între plagă și ulcer. Noi le putem resuma în următoarele:

1. Că plaga rezultă din acțiunea unui corp strein venit din lumea externă; pe când ulcerul apare în mod spontanat.
2. Că plaga este tot-d'auna rezultatul unei traume; pe când ulcerul tot-d'auna idiopatic.
3. Că plaga inevitabil tinde către vindecare, din cauză că acțiunea

ce a produs'o a fost instantanată ; pe când ulcerul, tinde a se mări și a produce pierdere de substanță, din pricină că cauza sea este subsistentă.

4. Că tratamentul plăgei este pur chirurgical ; pe când al ulcerului mai mult medical.

La un ulcer avem de considerat *forma, marginile și fundul.*

1. *Forma.* Ulcerele în imensa lor majoritate sunt circumscrise prin linii curbe, astfel că forma cea mai obicinuită a lor este o *elipsă* puțin regulată.

Acésta este figura ulcerelor scrofulóse ale gâtului și membrelor ; a multor ulcere sifilitice și mai a tuturilor ulcerelor simple.

Altă dată ulcerul ni se presintă sub o *formă angulósă* de la început, saú când ulcerul se află pe o cale înaintată de reparație. Astfel avem ulcerele palmei mâinilor și tălpei piciórelor ; ulcerele aripei nasului mai ales când sunt de natură dartrósă. De asemenea, ulcerele cornei transparente și unele ulcere venerice și serpiginóse profunde ale glandului, presintă aceiași formă. Unghiurile se pronunță încă, în unele ulcere sifilitice înveterate saú chiar în ulcerile simple, când inflamația cronică a îndurat țesutul celular sub cutanat, saú când ulcerile se forméză pe cicatrici largi și vechi. În general, afară de puține excepțiuni, ulcerile angulóse ne arată un ulcer de rea natură : precum sunt ulcerile canceróse saú ulcerile desvoltate pe pielea confundată cu o masă squirósă.

O altă formă de ulcere ce se observă destul de des este cea *circulară*. Câte o dată, aceste ulcere forméză un cerc aprópe complet, precum sunt ulcerile venerice primitive ale glandului și prepuțului ; unele ulcere sifilitice constituționale ca ale fundului gâtului, vălul palatin și a diferitelor puncte ale tegumentului extern.

Altă dată, cercul nu este într'un mod regulat geometric, căci în jurul său, găsim mai multe linii curbe dar nu tóte de aceeaș rază, precum în ulcerele sifilitice consecutive, ulcerile varicóse ale maleolelor, ulcerele scrofulóse ale feței și trunchiului, ulcerile scorbutice, etc.

Aceste ulcere sunt fórte tenace, căci pun mult timp pentru a se cicatriza, ceia-ce a și atras atențiunea vechilor autori cari, căutaú prin tóte mijlócele să le schimbe forma (prin bande aglutinative) pentru a grăbi vindecarea.

Forma însă cea mai rară de ulcere este cea *lineară*. Dinsa se observă tot-d'auna în intervalul degetelor mâinei și piciórelor ; la pliecele anusului ; în sghiabul aripelor nasului ; la unghiul buzelor ; pe limbă, etc. Se mai găsește iarăși pe mâinele spălătoarelor precum și a lu-

crătorilor ce țin mult timp mâinele în apă. Se mai observă pe mamelonul doicilor, plica còpselor, scrotul bătrănilor, rădăcina unghiilor, baza dinților în urma scorbutului său ptialismului mercurial. În toate aceste cazuri observăm acele despicături foarte dureroase care nu sunt de cât ulcere lineare.

II. *Marginele ulcerului.* Acestea câte o dată sunt extrem de subțiri, abia apreciable; altă dată din contra, foarte grose, calose sau umflate. Une ori sunt drepte, perpendiculare și aderente cu fundul (taiate à pic) ca în ulcerile sifilitice; iar alte dați înclinate sau răsfrațe în afară, ca în ulcerile cancerose; câte o dată sunt în totalitate deslipite de fund, ca în ulcerile de natură scrofulosă, sau numai într'un punct, ceia-ce formeză un început către fistulă.

În privința ulcerelor cu marginile resfrante în afară, credem că opiniunea lui Vidal, emisă în această chestiune, este cea mai adevărată. Ast-fel, pielea din jurul ulcerului își conservă retractilitatea, pe când interiorul din aria ulcerului neputând lupta contra acestei retractilități a pielii, marginile ulcerului neapărat vor fi trase în afară și de aci resfrante. Și ca probă avem că, imediat ce ulcerul se transformă în plagă și începe prin urmare a se cicatriza, atunci se dezvoltă în aria sea o membrană retractilă, înodulară, care împedică marginile de a se resfrange în afară, atrăgându-le chiar către centru, adică în năuntru.

Altă dată însă, marginile de la început sunt resfrante în năuntru precum de exemplu în ulcerările mamelonului, scrotului, axilei, fistulelor lacrimale vechi, etc; de sigur din pricina fibrelor musculare lise ce se află în dermul din aceste regiuni.

Vidal mai crede că, la început, or-ce ulcer are forma rotundă, pentru că or-ce ulcerăriune începe printr'un punct, pe care, elasticitatea tegumentelor îl rotunjește într'un mod forțat, trăgând în toate sensurile și într'un chip egal marginile soluțiunei de continuitate de la începutul aparițiunei sale. Când însă pielea nu este uniform întinsă, când densa nu se lasă a ceda unor asemenea tracțiuni, din cauza aderențelor ce a contractat cu părțile subjacente în urma unei inflamații cronice, atunci vom avea o infinitate de varietăți în forma ulcerelor.

III. *Fundul ulcerului.* Câte o dată între marginea și fundul ulcerului se afla o linie de demarcațiune foarte manifestă, precum în ulcerile sifilitice. Alte dați însă, marginea și fundul se confundă într'un mod imperceptibil așa în cât, nu putem spune unde începe unul și finește cel alt. Ulcerul ni se presintă atunci cu o formă foarte regulat concavă, părând format dintr'o mulțime de linii concentrice, convergând toate de la periferie către centru într'un punct care e cel mai profund.

Acésta se observă mai ales în ulcerile produse prin caustice solide, ferul roșu și contuziuni.

De ordinar însă, fundul ulcerului este lat și unit, ca în cele scrofulóse și varicóse; altă dată, póte fi ușor convex, mai ales la început, precum de exemplu când ulcerul naște pe o glandă, pe o pustulă saú pe o bază tumefiată ca în șancărul îndurat. Acéstă formă convexă se mai observă și în ulcerile sifilitice simple în timpul reparațiunei, când se numește *ulcus elevatum*.

Fundul ulcerului câte o dată e uniform regulat; altă dată prezintă o mulțime de inegalități, anfractuosități, burgeoni cărnoși de rea natură saú fungosități, etc. Din el iese un lichid mai mult saú mai puțin murdar și cu totul deosebit de calitățile puroiului de bună natură.

Divisiunea. Autorii cei vechi, multiplicaseră într'un mod de necrezut numărul ulcerelor, din cauză că ei luaú în considerație mai mult formele exterioare și din fie-care creau o varietate de ulcer. Astfel, când ulcerul avea un mers repede și se însoția de o distrugere în adâncimea țesuturilor, se numia ulcer *fagedenic* (din grecescul *φαγεῖν* a mânca, a róde): saú când se întindea mai mult în suprafață, îl numia *serpiginos*. Când se aflaú pe gambă și se însoțiau de perderi mari de substanță se numiau *lupi*, voind a arăta analogia între aceste animale vorace și procesul ulceratif. Când aveaú un aspect cu totul murdar și fetid se numiau ulcere *sordide* saú *cacoethi*, după Delpech. (*κακὸς* rău și *ἦθος* caracter).

Precum de asemenea se numiau ulcere *Telephiene*¹⁾ saú *Chironiene*²⁾ când durata lor era foarte lungă și oferiaú o tenacitate foarte mare către vindecare.

Noi însă, fără a mai numera saú discuta cele-l'alte multe divisiuni, vom spune că ulcerile se împart în trei mari grupuri:

I) *Ulceres specifice saú diatesice* precum sunt ulcerile canceróse, sifilitice, scorbutice, scrofulóse, etc.

II) *Ulceres simptomatice* ca cele cauzate prin prezența unui corp strein, o leziune osóasă, saú cari vin în urma unor profesiuni.

¹⁾ Telefon, un rege din Misia, pe care Achil rânindu'l, i-a produs o plagă care a durat un timp nemărginit; și se zice că nu s'a vindecat de cât după ce a pus d'asupra rănei rugină, luată după lancea lui Achil care îl rânise.

²⁾ Chironiene (*χαιρων* rău) saú din Chiron un centaur care a educat pe Achil, S'aú numit astfel aceste ulcere, fie din cauza aspectului lor urât, fie pentru că spre a obține vindecarea lor, se cerea o abilitate și înțelepciune din partea chirurgului, ca și aceia a lui Chiron învățătorul lui Achil.

III) *Ulcere simple* cari nu sunt nici diatesice, nici simptomatice; acelea adică a căror cauză nu ne este cunoscută, — ulcere idiopatice.

Cele din grupa I, nefiind de cât o manifestațiune a unei afecțiuni generale, nu formeză o entitate morbidă, ci vor fi deci studiate împreună cu diatezele cari le dau naștere. Cele din grupa II, fiind sub dependența unui corp strein sau a întrebuințării unor substanțe iritante, vor dispărea, îndată ce vom suprima cauza ce le-a dat naștere; deci, nici de acestea nu ne vom ocupa. Prin urmare, nu ne rămâne de cât *ulcerele simple*.

DESPRE ULCERAȚIUNE ȘI ULCERE

(CONTINUARE)

Lecțiunea IV.

Domnilor,

Astăzi vom continua studiul ulcerelor, începând cu *Etiologia*.

De și ulcerul simplu se poate întâlni în diferite regiuni ale corpului, sediul său de predilecțiune însă, este gamba stângă și membrele inferioare.

Pouteau, Richerand, Parent Duchâtelet și Boyer prin statisticele lor au confirmat în totul acest fapt. Ast-fel, din 227 ulcere, 133 erau la stânga, iar 94 la dreapta. Statisticile au mai arătat că, ulcerul se găsește de preferință pe partea internă a membrului și pe terțul său inferior. Frecvența ulcerelor pe membrele inferioare, se datorește unor cauze predispozante și determinante.

Cea mai principală din cauzele predispozante este, gena la care e supusă circulațiunea de întorcere adică cea venoasă, genă determinată prin stațiunea verticală. Gerdy a arătat, că indivizii înalți, aceia a căror profesiune cere o imobilitate în stațiunea verticală precum: lacheii, bucătarii, tipografil, spălătoarele, etc. sunt foarte predispuși la această afecțiune. După Pouteau, la acesta s'ar mai adăoga compresiunea venei iliace stângi de către S iliac; iar după Boyer, obiceiul ce au lucrătorii de a înainta tot-d'auna cu piciorul stâng pentru a-și mări baza de sustentăție și deci, membrul acesta este mai des supus traumatismelor. Alții, au invocat prezența splinei și slăbiciunea relativ mai mare a jumătăței stângi a corpului de cât cea dreaptă. Richerand, autorul acestei idei susține că, arterile chiar din partea stângă a corpului au un calibru mai mic ca cele din dreapta, de unde și slăbiciunea consecutivă!

Or cum ar fi, nu este însă mai puțin adevărat că în privința acesta există, dupe cum știți, observațiuni foarte curioase datorite faptelor clinice. Și étă proba: buza de epure tot-d'auna e la stânga; or-ce femei, afectată de inflamațiuni reu definite ale organelor

genitale interne, tot-d'auna se plânge de dureri în stânga; kistele ovarice și sarcómele, fórte des se găsesc la stânga; cancerul buzei inferioare, tot-d'auna la stânga; până și starea fiziologică ne arată că partea stângă e mai delicată, mai mică, mai slabă ca cea dréptă căci, testiculul stâng e mai mic ca cel drept; piciorul stâng de asemenea mai mic ca cel drept, de unde și încălțăminte în proporție! Pentru ce tóte aceste lucruri? Nu se știe. Embriologia însă a arătat că, în general, partea stângă a corpului se desvoltă mai încet ca cea dréptă și că arcurile fetale din stânga se desvoltă mai încet ca cele din drépta. Și singura exceție se găsește numai în creer, și probă este că circonvoluția lui Broca, sediul limbagiului, se găsește la stânga iar nu la drépta; ceia-ce denotă o desvoltare și o activitate mai mare în partea stângă, contrariu cu restul corpului.

Tóte aceste considerațiuni fac, ca ulcerul să fie mai frecuent la stânga ca la drépta.

Femeile sunt mai rar atinse de cât bărbații, sigur din cauza ocupațiunilor mai aspre la cari dinșii sunt expuși. Pe lângă acestea, tóte circumstanțele cari pot să debilitizeze constituțiunea individului precum: escesele de tot felul, etatea înaintată, oboselile, privațiunile etc. predispun la desvoltarea ulcerelor. Etatea cea mai propice pentru ulcere, este de la 40 de ani în sus, după Schreider.

Sub influența acestor predispozițiuni, este destul ca un traumatism, o obosélă puțin mai mare, să provoce aparițiunea ulcerului jucând rolul de cause determinante, ocazionale.

În ceia-ce privește sediul ulcerului, faptul se esplică ușor daca ne reamintim că fața internă a gambei, este în majoritate ocupată de osul tibia, care nu e acoperit de cât de un strat celular lax și de piele, prin urmare o regiune fără multă vitalitate.

Adevăratele cauze însă intime ale ulcerelor le putem resuma în trei categorii: *Varice, degenerescenta ateromatósă a arterelor și leziunile trofice nervóse.*

1) Rolul pe care îl jócă varicele în ulcere este așa de mare, în cât azi, când voim a vorbi de ulcer simplu, îl numim d'adrechtul ulcer varicos.

Și în adevăr, atât clinica cât și cercetările anatomo patologice au demonstrat până la evidentă nu numai legătura strânsă ce există între aceste două afecțiuni, varice și ulcere, dar și o relațiune de cauză la efect: ulcerul, fiind tot-d'auna efectul varicelor.

Remânea însă această observație curiósă și anume că, indivizi cari posedă niște dilatațiuni varicóse enorme, niște varice ajunse în ultimul grad de desvoltare, când pórtă numele de cap de Medusă, totuși, sunt

scutiți sau nu oferă de cât un ulcer de o însemnătate foarte mică; iar alte dăți, din contra, vedem ómenī cu niște varicosități cutatanate abia perceptibile, și cu tóte acestea posedă pe membrele lor inferióre, ulcere de o întindere și gravitate foarte mare.

Ast-fel că, formula deja stabilită cum că, ulcerele ar fi sub dependența directă a varicelor pare a nu avea o bază solidă.

De aceia Boyer și autorii Compendiului susțin că: varicele prin ele însăși nu exercită asupra desvoltării ulcerelor de cât o influență indirectă, și anume prin mijlocul edemului ce provócă. Și étă proba: cea mai mică escoriațiune, făcută pe o gambă varicosă, se inflaméză, supuréză și degeneréză în ulcer, cu condiție să existe simultaneu cu varicele și un edem; căci daca acest din urmă element lipsește, atunci orī-cât de mare ar fi volumul venelor varicoase și orī-cât de considerabilă ar fi plaga, dinsa se vindecă de obiceiú foarte repede. Decī, edemul varicos este care întreține ulcerul, iar nici de cum varicele prin ele însăși.

Modul acesta de a vedea este pe cât se póte de ingenios, dar, dupe cum cu drept cuvânt objectéză Gilson, în dicționarul de medicină și chirurgie practică, daca edemul ar fi o cauză eficientă și frecuentă a ulcerelor, ar trebui ca acestea să apară foarte des pe indivizii afectați de anasarcă, ceia-ce tocmai nu se constată de loc.

Noī credem dar că, în definitiv, nici varicele nici edemul nu forméză principala cauză a ulcerelor, ci modul dupē cum circulația membrului se efectuezá. Și ca probă, avem faptele clinice unde, ulcere mari, pot să existe fără cea mai mică urmă de edem; pe când, niște simple varicosități ne oferă și edem și ulcere întinse, sau câte o dată numai pe acestea din urmă. Causa, cu multă siguranță, rezidă în defectuositatea circulației. Și această defectuositate o atribuim mai de grabă unei stări generale diatezice a individului, de cât dilatațiunei venulelor pielei și stagnațiunei sângelui prin compresiunea varicelor, dupē cum crede König. Căci dupē noi, fenomenul este identic cu ceia-ce se petrece la tuberculoși sau scrofuloși unde, fără nici o cauză apreciazabilă, niște simple sgărieturī se perpetuă în ulcere interminabile, tocmai din cauză că, circulația periferică este viciată în urma unei influențe generale. Vom reveni.

2) Schreider, insistă mult și atribue desvoltarea ulcerelor unei degenerescențe ateromatóse a arterelor, care se adaogă la leziunile venóse. De altfel atențiunea a fost deja atrasă asupra acestui lucru de Picard și Rienzi cari au arătat coecidența varicelor cu ateromul arterial. Astăzi decī se susține că, toți indivizii atinși de ulcere au arterile bolnave; lucru pe care il constatăm, sau prin palpațiunea di-

rectă a vaselor superficiale, sau prin ascultațiunea cordului or prin examenul atentif al traseului sfigmografic. In tóte casurile s'aú constat alterațiunii indiscutabile a vaselor arteriale. Credem, că aci e vorba de o arterio sclerosă locală sau generală.

Daú aci următóarele trasee luate de la bolnavi din serviciul meú, afectați de ulcere cronice, și unde, prin simpla privire ne putem convinge de starea ateromatósă arterială mai mult sau mai puțin înaintată, in raport cu pronunțarea platoului care înlocuește vârful undeí arteriale.



Fig. 5.

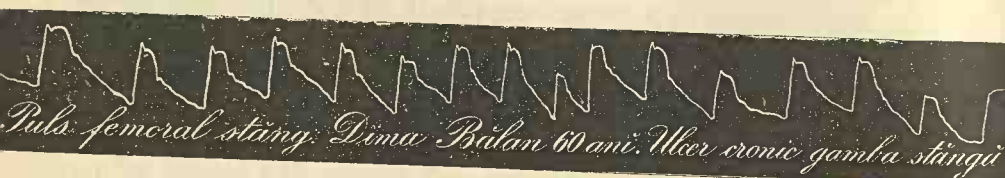


Fig. 6.

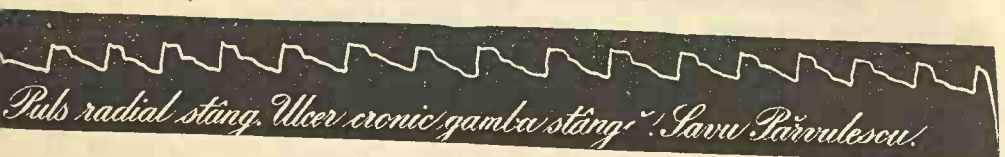


Fig. 7.



Fig. 8.

3) O altă idee care are perspectiva de a fi cea mai acreditată sunt leziunile trofice nervóse. Și de când Morat și Duplay au arătat influența leziunilor trofice în producțiunea acelei tenace bóle numită *mal perforant*, autorii au căutat să găsească etiologia ulcerului simplu, tot in acest proces morbid.

Și mai cu deosebire Terrier încă din 1876 prin cercetările sale, a demonstrat acest fapt într'un mod foarte palpabil; și probă adaogă dînsul, sunt turburările termice ce observăm; sunt perversiunile sensibilităței în raport cu frigul și căldura cari câte o dată se întind foarte departe.

Dar mai ales Quenu în 1882, ocupându-se mai în special cu acest studiu a adus o adevărată lumină în chestiunea ulcerelor. Acest autor a arătat că, procesul ulcerativ începe mai întâi printr'o nevrită pur intersticială, cronică și de ordinar perifasciculară. Țesutul perifascicular se ipertrofiază și acesta merge treptat până când se produce o adevărată sufocațiune a țesutului nervos, determinată printr'o sclerosă atât extra cât și intra-fasciculară. Atunci, în grosimea cordonului nervos se formeză un quasi țesut cavernos. La acesta contribuie dilatațiunea venelor trunchiului nervos care în cele din urmă și ele finesc prin a suferi degenerescenta ateromatósă, când, dilatându-se și devenind varicóse prin faptul unei nutrițiuni nesuficiente, nervul degenerază. Mai târziu, putem observa fenomene de endarterită cu infiltrațiune calcară a părășilor vasculari, și câte o dată chiar trombose a rămurilor mai voluminóse, dar cauza primordială a ulcerelor, rămâne în alterațiunea trofică a nervilor, iar dilatațiunile varicóse vin în al doilea rând.

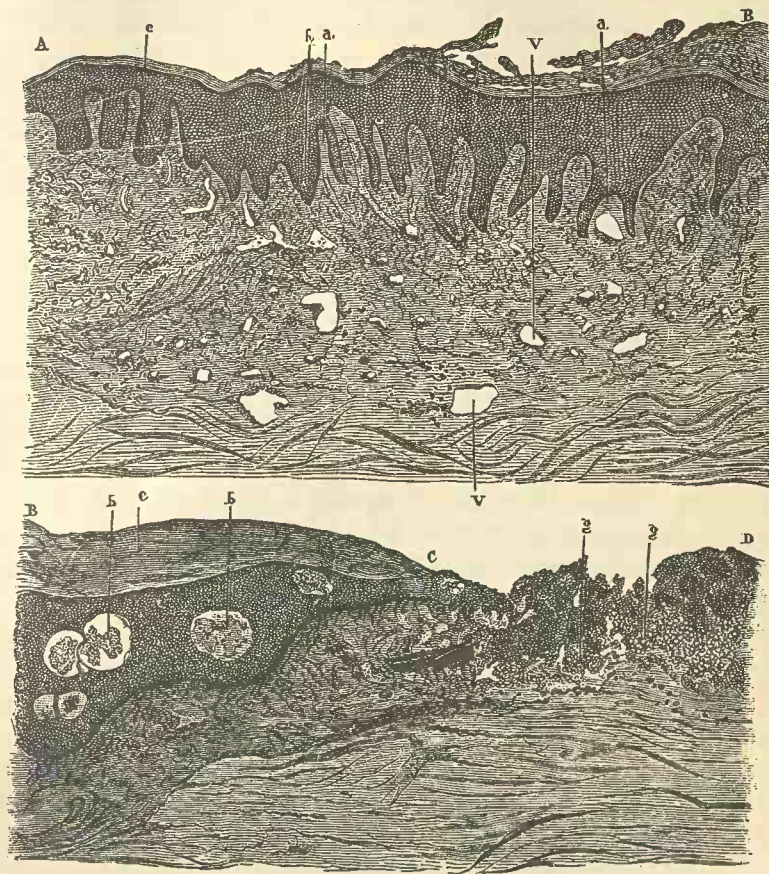
Dar din numeroásele discuțiuni ce au avut loc în privința patogeniei ulcerelor precum și a cercului vițios în care ne găsim, a reeșit faptul că, starea constituțională a individului și în special diateza artritică a lui Bazin, saú erpetică a lui Lancereaux, jócă cel mai principal rol. Și noi admitem această ultimă idee, cu atât mai mult că, erpeticul oferă tóte leziunile ce formeză trepiedul ulcerului. În adevăr, dînsul póte fi și varicos și ateromatos și nevro-trofic; căci dînsul, fiind arterio-scleros are totul, pentru a fi de tóte. Și lucrul pare a fi cu atât mai adevărat cu cât observațiunile clinice vin în ajutor. Și étă proba pe care o dăm: ulcerul simplu, idiopatic, nici o dată nu'l observăm pe un scrofulos, tuberculos, sifilitic, etc. dar pe un individ în general bine făcut, cu aparența unei sănătăți perfecte, dar care, examinat mai de aprópe, nu întărziem a recunóște într'însul pe omul erpetic, al cărui tabloú îl voi descri mai departe. Și daca am lua lucrurile mai în larg, aș putea invoca și faptul că, ulcerul cronic, cu timpul, póte să degenereze într'un adevărat epitelioma, luând ast-fel un caracter cu totul malign. Și pentru ce? óre din cauza varicelor, ateromului, leziunelor trofice, saú a unei inflamații îndelungate ce ar aduce o iritație continuă? nici de cum; ci din cauza predispozițiunei la care individul este supus, când se află sub stăpânirea acestei diateze artritice saú erpetice.

Pe de altă parte, cancerul uterului, nu începe și el tot printr'o simplă eroziune, printr'o simplă ulceratiune a colului? Dar cancerul buzei inferioare la bărbați? dar cancerul limbei? nu începe prin acelaș proces în aparență foarte benign și neluat în sémă de bolnavi și chiar de medici? Și ce sunt leucoplasiile bucale, psoriasisul lingual, de cât niște ușore ulceratiuni la început, dar cari curând sau mai târziu ne trădeză cancerul? Dar aceste leziuni, la unii indivizi se vindecă în mod definitiv, pe când la alții degenerază în neoplasm, și pentru ce? Pentru că erpeticul, având în el germenul neoplasic, produce un ulcer simplu, care este cea mai inocentă leziune ce densusul pôte să ne ofere. Dar acest ulcer, înlocuește cancerul din alte organe, sau cel puțin este reprezentantul său în miniatură. Și daca une ori, contusiunea sau ruperea unor vesicule de herpes sunt direct transformate în cancer, iar alte dăți în ulcer, acésta, putem zice, este un capriciú al organismului, sau un ce încă necunoscut nouă.

Proba însă nu rămâne mai puțin evidentă că, aceste leziuni sunt surori între dinsele; și că cea mai mică (ulcerul) pôte cu timpul să devie în totul asemenea cu cea mai mare (cancerul). Și daca din curiositate am pune întrebarea pentru ce erpeticul posedă în el germenul canceros? Acésta nu'și ar avea respunsul, precum nu'și are încă respunsul de ce un om este tuberculos, epileptic, nevropatic etc, căci, invocarea eredităței, insuficiența eliminărei materiilor excrementiale și chiar intervențiunea microbilor, forméză de multe ori un cuvânt, pus, pentru a esplica lucruri pe cari nu le înțelegem. Tot ceia-ce am putea emite, dupe noi, ar fi că, fie-care om are ast-fel în-lănțuite celulele din cari organismul său e format, în cât, la un moment dat, unul e în stare să devie canceros, un altul tuberculos, un altul eczematos, etc., grație predispozițiunei sale diatesice; dar încă o dată, pătrunderea intimă a acestui lucru, nu o posedăm cel puțin pentru moment. Trebuie însă să adaog, că aci nu e vorba de acele bóie pe cari le producem pe calea experimentală, nici de acelea ce căpătăm în urma esceselor și debilitărei organismului, dar de faptele clinice, așa precum ni se presintă în mod natural.

Daca mi-am permis a emite o asemenea idee, pe care de sigur o găsiți stranie, este tocmai pentru a vă îndemna ca împreună cu toții să facem noui cercetări asupra adevăratei cauze în ceia-ce privește patogenia ulcerului simplu; căci or-ce s'ar zice, dinsa astăzi este încă obscură, sau cel puțin nu împacă toate spiritele.

Anatomia patologică. Partea microscopică, după cercetările lui Billoth și alți autori, ne oferă leziuni diferite. Pielea, roșie și inflamată, se infiltréză de un lichid seros. Celulele epidermice din stratul lui Mal-



Gilson (Dict. Jacoud.)

Desemnul preparațiunii a fost secționat din cauza impresiunii. În prima se vede un fragment de piele luat din jurul unui ulcer. La stânga figurei (A) se vede pielea normală. La dreapta figurei (B) se vede pielea într'un punct ce se apropie de ulcer. Deja papilele (a) sunt mai voluminoase ca cele precedente; vasele (v) prezintă un calibru mai considerabil; leziunile sunt încă mai pronunțate în a doua figură (B) unde se vede calibrul considerabil al papilelor (b) tăiate transversal. Afară de aceasta, în această regiune se vede imediat sub stratul mucos al lui Malpighi o scleroasă foarte pronunțată a dermului. Din c până la D se vede suprafața ulcerului formată de un țesut embrionar sub care întâlnim un țesut fibros foarte dens. Se poate vedea cât stratul cornat (e) devine mai gros pe măsură ce se apropie de ulcer.

pighi proliferéză, iar pătura superficială a epidermului nu se mai keratinizéză ca în starea normală. De aci rezultă că, cea mai ușoră frecare e capabilă de a distruge acest strat cornat, iar rățiauua lui Malpighi să remăe denudată și să constituie o suprafață supurantă mai mult sau mai puțin întinsă. Aceste leziuni însă, cari forméză începutul ulcerului, sunt greu de constatat, de ôre-ce în general, bolnavii ni se presintă când bóla este deja înaintată.

În această periódă, în nivelul ulcerului, pielea este deja dispărută, iar dermul înlocuit printr'un țesut fibros fôrte dens. Glandele sebacee și sudoripare se găsesc atrofiate sau chiar distruse; vasele fôrte mult dilatate și în mijlocul unui număr considerabil de celule embrionare, ce ne represintă efectul inflamațiunei de care regiunea e coprinsă. Arterele ne oferă leziuni ateromatöse din cele mai caracteristice.

Mușchi, după Quenu, sunt coprinși de o miosită intersticială cronică cu infiltrație gresôsă; degenerescență granulo gresôsă a fășiilor primitive.

Nervi, iarăși după cercetările lui Quenu și mai multor autori, sunt coprinși de o ipertrofie a țesutului conjunctif intra și extra fasciculară care degeneréză într'o sclerosă, determinând un țesut cavernos în grosimea cordonului nervos. Acastă leziune, după Quenu, este primitivă și ar proveni din dilatațiunile varicöse ale venelor nervilor. Or cum ar fi, consecința acestor leziuni aduce o micșorare în tubii nervoși și chiar disparițiunea lor, grație acelei ipertrofii a țesutului conjunctif.

În figura No. 9 (planșe) se pôte vedea pe cât posibil aceste diverse leziuni ce ne procură un ulcer cronic.

Din studiul anatomiei patologice microscopice, reese cele trei perióde sub care ni se presintă ulcerul cronic din punctul de vedere clinic.

I) La început, în *prima periódă*, soluția de continuitate formată de ulcer și însoțită de varice, nu presintă prin ea însăși nici un caracter particular: marginele—după casuri—sunt ridicate, pronunțate, tari, moi, deslipite, sinuöse, festonate, răsturnate etc. Fundul câte o dată neted, alte dăți neregulat, anfractuos și pierdut în mijlocul unei trame de țesut conjunctif. Pe suprafața sa observăm muguri cărnoși turțiți, atonicii sau fôrte exuberanți, formând adevărate fungosități.

În orî-ce caz, această primă periódă nu atrage mult atențiunea bolnavilor, mai cu sémă că, în urma unor fôrte ușore îngrijiri, se pôte obține, daca nu o vindecare pasageră, cel puțin o ameliorare fôrte sensibilă, ceia-ce tocmai amăgește pe suferindii.

În fig. 10 (planșe) se vede manifest ulcerul în prima sa perioadă, ulcer luat după natură din serviciul meu.

II) În *perioada a doua*, procesul inflamator cronic se propagă mai departe. Ulcerul ia o întindere mai mare, prezentând ici colea mici porțiuni cu tendințe către vindecare, probă acele insule și punți cicatrizate și cari dau ulcerului un aspect variat. În această perioadă, pielea se desquamază, se sclorescă, țesutul celulo-gresos se edemațiază, se îngroșe, iar țesutul fibros se ipertrofiază. Substanța amorfă depunându-se în mare cantitate, ansele vasculare numeroase se degenerază, devin friabile, se rup cu înlesnire și provoacă acele mici puncte emoragice, acele efelide galbui închise cari pătează pielea, dându-i aspectul clasic de *piele de tigru*. În acest stadiu de ipertrofie a pielii și țesutului celulo-gresos subcutanat, toate glandele sudoripare și aparatul pilo-sebaceu se găsesc sugrumate, se atrofiază și pot chiar să dispară; prin excepțiune, părul une-orî crește în mod demăsurat. Unghiile se îngroșe, se lungesc și mai în urmă se deformază luând aspectul de adevărate córne. Aceste leziuni de sigur sunt în legătură cu alterațiile trofo-nervoase.

Ca probă de suprimarea glandelor sudoripare avem experiențele lui Clado și Gilson cari, injectând 1—2 miligrame de pilocarpină pe gamba bolnavă, au constatat întârziere în aparițiunea sudorei locale, precum și absența completă în excrețiunea sudorală înprejurul ulcerului.

Din parte-mi am repetat aceste experiențe în casurile următoare :

Dima Bălan, afectat de ulcer cronic în perioada III, al căruia desen e reprezentat în fig. 13 (planșă). Am făcut o injecție cu pilocarpină de un miligram pe fața externă a gabei și în jurul ulcerului unde pielea era pestrue și vernisată; și o altă injecție d'asupra ulcerului pe fața anterioară a gabei, la 3 laturi de degete sub rotulă unde pielea era cu totul sănătoasă. După *un minut* au apărut în părțile sănătoase un număr destul de mare de picături de sudore ca și niște perle; pe când, pe pielea bolnavă, tocmai după *două minute*, abia au apărut 2—3 picături în jurul locului înțepat și alte câte-va la o distanță mai depărtată.

Ion Părvulescu, de 65 ani, din comuna Petroșani, jud. Vlașca, este atins de un ulcer cronic al gabei stângi ce copleșește mai totă fața internă, anterioară și cea externă, formând un cerc. Ulcer cu totul imobil, cu părțile moi sclerosate și complicat de osteo-periostită, căci cu stiletul se simte ușor și manifest tibia denudată; deci avem aface cu ultima perioadă din grădul III. Inceputul acestui ulcer datează de la anul 1850! Alternative de vindecare și recidivă.

La 1860, după sfatul unui cărciumar, pune pe ulcer un *ariciu* spintecat de viu! pe care, după câte-va zile, ridicându-l, scote din rană mai mulți vermi considerați ca adevărata cauză a bôlei! Dar de atunci, ulcerul încetul cu încetul se închide și iar se deschide până ajunge în starea prezentă. Am făcut o injecție cu pilocarpină mai întâiu pe gamba dreaptă, și după *două minute* a apărut o sudație locală destul de pronunțată. Aceiași injecție făcută pe pielea sănătoasă a gabei stângi, d'asupra ulcerului cu 3 laturi de deget sub rotulă, n'a provocat de cât numai câte-va picături discrete și la o distanță de 6 c. m. de puncție și încă după



un interval de *patru minute*. Am introdus apoi o altă seringă chiar în pielea sclerosată imediat d'asupra ulcerului și tocmai după $4\frac{1}{2}$ minute abia aș apărut 2—3 picături de sudore.

Acésta ne arată în mod evident că, mare parte din glandele sudoripare sunt distruse ca și nervii ce le animă, iar unele numai atrofiate, ceia-ce ne și explică pe de o parte, absența de sudamină în unele puncte (glandele fiind dispărute) iar pe de alta, întârzierea aparițiunei acestui fenomen ce nu se însoțește de cât de 1—2 puncte de perle, (glandele fiind atrofiate).

De aci rezultă că, gamba ulcerată e uscată și ne oferă un *luciu vernisat* care împreună cu aspectul pestrui de piele de tigră, forméză aspectul clasic al ulcerelor cronice așezate pe membrele inferioare, după cum se vede în fig. 11 luată după natură din serviciul meu.

III) În acésta *a treia perioadă* alterațiunile merg și mai departe: aponevrozele o dată prinse, mușchii devin sediul unei miosite intersticiiale cronice cu infiltrațiune gresosă și cu o degenerescență granulo-gresosă a fasciilor primitive. Tecele sinoviale la rândul lor sunt prinse; în interiorul lor se desvoltă bride, flocóne fibrinóse, plăci indurate, ce sunt urma manifestă a unui travaliu inflamator cronic. O dată mușchii degenerați — și aceștia în general sunt extensorii, din cauza sediului ulcerului pe partea anterioară a gambei — iar tecele sale fixate, ei numai pot funcționa, nu mai pot lupta contra flexorilor, și de aci tendința aceia către *equinism* ce ne oferă bolnavii ajunși în acésta perioadă.

Dar lucrurile nu se opresc aci: inflamația copleșește periostul, și în urmă, ósele devin sediul unor alterațiuni foarte profunde, dând naștere diferitelor forme de osteoperiostite.

Aceste ultime leziuni aș fost studiate mai cu sémă de Reclus, care a ajuns la conclusiunile următoare: că, ulcerele gambei pot să provóce în ósele subjacente diferitele forme de osteoperiostită, care de și în adevăr este foarte rar destructivă, determină însă mai tot-d'a-una o creștere de volum a osului, ce devine ușor, spongios și acoperit de osteofite, dupe cum se arată în fig. 12 luată din Duplay și Reclus.

În casuri rari însă, țesutul diafisei póte să devie dur, de consi-

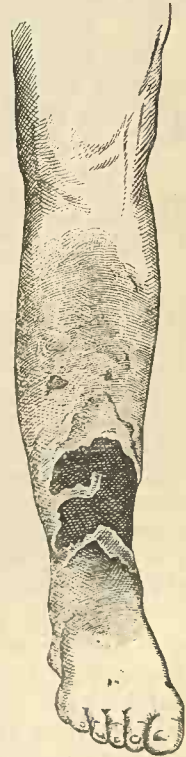


Fig. 11.

stența fildeșului, putând chiar să mērgă până la obliterațiunea complectă a canalului medular, lucru care deja a fost observat de Lallemand în 1831. Din observațiunea acestor fapte mai rezultă că,

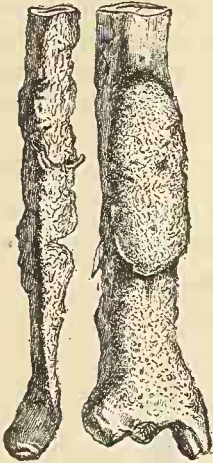


Fig. 12.

Iperostosa tibiei și osteofite ale peroneului dezvoltate sub un ulcer cronic al gambel. (Muzeul Dupuytren).

dacă ulcerul se desvoltă pe indiviți tineri, atunci când epifisele nu sunt încă sudate, osul pōte să crească în lungime și să întrēcă pe congenerul său cu 2—3 centimetri. În acest cas, osteofitele devin mai abondente și se produce o diateză o-sosă, manifestându-se prin osificațiunea aponevro-selor, a ligamentelor, a tecelor vasculare și nervōse, transformēnd întrēga gambă într'un țesut fibros, compact, osteoid; ast-fel că, întregul membru pare a fi îmbrăcat într'o adevērată carapace. În acest ultim moment, putem observa producțiunii de exostose fōrte pronunțate, cari adesea au fost luate drept producțiunii sifilitice.

Ulcerul în acest cas, provēdūt cu enorme fungosități, ia o desvoltare așa de mare în cât, prin jena circulației ce produce, determină un edem fōrte pronunțat, care, unit cu ipertrofia de-măsurată și neregulată a pielēi, dă organului aspectul unui adevērat elephantiasis ast-fel precum

il vedem în figura 13 (planșe) originală din serviciul meu.

Iată în scurt observația :

Dima Bălan de 60 ani, din comuna Salcia de Munte, jud. Prahova, plugar, ne declară că sunt 8 ani de când suferă de acest ulcer ce a provenit dintr'o lovitură cu toporul, producându'i o mică pierdere de substanță. După 2 săptămâni plaga a fost vindecată; dar după 3 ani, din nou s'a lovit, când rana nu s'a mai vindecat ci a crescut mereu până a ajuns în starea reprezentată prin figură. Ca antecedente ereditare nimic de remarcat. A avut 9 copii din cari 6 au murit încă de mici. În copilărie a zăcut de variolă, mai târziu de frigur. De și zice că n'a suferit de reumatism, este însă ateromatous, probă traseul din fig. 5 și 6.

Ulcerul ne oferă o suprafață întinsă și cu o mulțime de ridicături și afundături datorite enormelor fungosități de care e provēdută. Materia secretată e un adevērat ichor însoțit de un miros fōrte respingător. Acest ulcer, a cărei întindere măsură 9 c. m. în sens vertical iar 12 transversal, ocupă mai totă partea internă a gambel, trece pe partea anterioară, întinându-se fōrte mult și pe fața externă. În această regiune se ved în mod manifest muschii extensori, dar mai ales extensorul propriu al marelui deget cu totul denudat și oferindu-ne mișcări în timpul extensiunii și flexiunii piciorului. Întregul ulcer este așa de fix și aderent de părțile subjacente că e cu totul imobil. D'asupra ulcerului, pielea presintă acele pete caracteristice de tigr; iar în jos, tegumentele sunt așa de edemate și cu niște ridicături inoforme, în cât membrul capătă aspectul unui picior coprins de elephantiasis.

Ulcer cronic in perioda III vindicat prin circonvolație
vezi Fig. 17.

Fig. 13 (P1)



Iată și măsurătoarele :

	<u>Membru bolnav</u>	<u>Membru sănătos</u>
De la călcâi d'asupra gâtului piciorului	39 c. m.	35
La extremitatea inferioară a gambei	33 c. m.	23
La jumătatea gambei	39 c. m.	36
La tuberositatea tibiei	37 c. m.	35
D'asupra rotulei	39 c. m.	37
In dreptul ulcerului, la mijloc	35 c. m.	28 în aceeași parte corespondentă.

De aci putem vedea de ce edem colosal era coprins membrul bolnav, și cu toate acestea varicele nu erau de cât puțin manifeste. Acest ulcer l-am tratat prin circonvalație, cu totă prezența unei iperostose înaintate a osului tibia. Resultatul îl voi arăta la tratament.

DESPRE ULCERAȚIUNE ȘI ULCERE

(CONTINUARE)

Lecțiunea V.

Domnilor,

Pentru a termina cu această chestiune, ne rămâne a studia următoarele capitole.

Simptome. Acestea sunt foarte insidioase. Câte o dată, fără cauză cunoscută, un individ, debilitat dar mai ales artritice, vede că apare pe unul din membrele sale o placă roșetică, o bulă, o flictenă care, provocând o mâncărime insuportabilă, bolnavul se scarpină, rupe flictena, ridică epidermul și ast-fel se formeză primul stadiu al pierderii de substanță.

Alte dați, bóla începe în urma unui traumatism ușor, a unei escoriațiuni, a ruperei unei varice, în urma unui furuncul, a unui antrax, a unei pustule de ectimă sau a unei plăgi vechi etc. În toate aceste cazuri, se produce o soluție de continuitate cu tendința în a persista și a se mări, constituind ast-fel adevăratul ulcer, a căruia fisionomie poate să varieze la infinit. Cele alte simptome locale cu privire la fund, margini și secrețiuni, le-am descris deja.

Ne rămâne să ne oprim puțin asupra *turburărilor termice și de sensibilitate* ce ne oferă suprafața ulcerelor.

În privința căldurii locale, toate cercetările întreprinse au rămas fără rezultat. Căci, de și Auzilhon susținea că gamba ulcerată avea o temperatură cu $0,5^{\circ}$ mai ridicată ca cea sănătoasă, s'a dovedit însă că acesta provenia de acolo că ulcerul se găsea într'o perioadă inflamatorie; căci în stadiul indolor și în afară de orice complicație, temperatura ulcerului este chiar mai scăzută ca cea normală. De aceea Gilson și Schreider declară, că din toate observațiunile culese nu se poate deduce nici o lege precisă în această chestiune.

În ceea ce ne privește, nu admitem aserțiunile acestor din urmă autori, căci noi, chiar fără să fim armați de instrumente speciale, tot d'a-una am constatat o temperatură manifest mai mare pe tegumentele peștrui și sclerosate din jurul ulcerului, în raport cu pielea sănătoasă; și acesta nu numai în părțile corespondente a gambei opuse, dar și în părțile imediat superioare celor îndurate, și fără ca ulcerul să fi fost însoțit de cea mai mică complicație inflamatorie. Și am fost surprins de această enormă deosebire atât eu cât și întregul meu personal ce însuși s'a convins de acest fapt. Căci cu toții am constatat în mai multe cazuri că, prin simpla aplicare a mâinei pe pielea sănătoasă d'asupra ulcerului, căpătam senzațiunea unei răceli de marmură; pe când, pe pielea alterată din jurul ulcerului, simțiam în mod vădit o ridicare de temperatură. Dar oricine se poate convinge de acest adevăr, repetând această încercare. Și socotesc că perversiunea sensibilității în raport cu corpurile reci ține poate și la acest fapt; căci în adevăr, aplicând un corp rece pe părțile bolnave deja încălzite, corpul rece sustrage imediat o parte din căldură și, puindu-se în aceleași condițiuni cu dânsul, dă bolnavului senzațiunea de corp cald pe când dânsul e rece. În orice caz, noi cercetări trebuiesc făcute pentru elucidarea acestei chestiuni.

Nu este însă tot astfel cu turburările de sensibilitate cari, în urma cercetărilor întreprinse mai ales de Terrier, posedă niște caractere cu totul stabile, arătându-ne diferitele graduri de alterațiune a nervilor. Nu numai la suprafața ulcerului, dar chiar și în jurul său constatăm un grad destul de pronunțat de anestezie. Mai mult, avem perversiunea sensibilității, căci corpii reci provocă senzațiunea de corp cald sau de căldură; pe când, un corp fierbinte dă numai o senzație de un corp cald sau o durere de arsură, și în orice caz, într'un mod mult mai lent în raport cu cele alte părți sănătoase; deci întârziere în percepțiune. Sensibilitatea dureroasă de și nu e stinsă, observăm însă o parezie precum și erorea de loc: bolnavul manifestă durerea la o distanță de 10—15 c. m. departe de punctul înțepat. Sensibilitatea tactilă asemenea este atinsă, dar trebuie să experimentăm cu corpuri mici și să frecăm foarte ușor suprafața ulcerului, căci la din contra, deșteptăm sensibilitatea profundă, care în general nu e compromisă. Și Terrier arată că toate aceste alterațiuni se constată chiar în pielea neulcerată, dar care candidază la ulcer.

Totă aceste turburări ne reprezintă, adăogă Terrier, diferitele grade de alterațiuni ale nervilor și dintre cari, turburarea sensibilității termice este cea mai ușoară formând primul grad; iar abolirea sensibilității tactile, ne indică o alterațiune mai profundă. De aci și cele trei zone ce caracteriză ulcerul: o zonă centrală ocupată de ulcer, unde sen-

sibilitatea tactilă e perdită aprópe cu totul — alterațiunile fiind foarte înaintate; o a doua zonă imediat în afară de margini, unde nu constatăm de cât simplă analgesie — părțile fiind mai puțin profund alterate; și în fine o a treia zonă mai în afară și mai întinsă, care nu oferă de cât unele turburări de sensibilitate termică — părțile fiind la începutul alterațiunilor. Nu mai încape îndoială că, în ulcere cu totul vechi și complicate, să existe óre-cari neregularități în ordinea acestor zone, dar faptul nu rămâne mai puțin stabil, mai ales la începutul ulcerului.

Iată și experiențele mele personale în această direcție:

Ión Párvulescu. Pe fundul ulcerului întins, aderent, fără muguri cărnoși și uscat, aplicând o înțepătură cu un ac găsim: puncte foarte sensibile, unele mai puțin, iar altele pe o largă suprafață în completă anestezie. Această anestezie se întinde chiar dincolo de ulcer mergând până la 9 c. m. Dar ce este mai mult, chiar sensibilitatea profundă e atinsă, căci înfigând acul până la o adâncime de 1 c. m. bolnavul nu manifestă nici o durere. Plimbând pe pielea alterată a gambei o sondă canelată cu un tampon de vată, constatăm că sensibilitatea tactilă e foarte mult micșorată iar pe alocurea chiar dispărută. În plus, mai constatăm și fenomenul numit *eróre de loc* căci bolnavul confundă degetul I cu al IV-lea, al III-lea cu al II-lea și vice-versa. De asemenea, când înțepăm suprafața ulcerului la mijloc, bolnavul spune că e marginea; și iarăși, înțepând pielea la 2 c. m. în afară de margine, ni se spune că am atins însăși rana. Puind fundul de sticlă al unei lampe de spirt pe părțile sănătoase din jurul ulcerului, bolnavul declară că simte un corp rece; dar tot același corp pus pe părțile bolnave, procură senzațiunea unui corp cald, pe când el e rece.

Dima Bălan. Anestezie superficială completă pe suprafața ulcerului; mai puțin însă pe cicatrice. Anestezia iarăși e foarte pronunțată pe calositățile ce se află la extremitatea inferioară a gambei, unde chiar sensibilitatea profundă e atinsă de óre-ce, trebuie să înfigem cu putere acul pentru a provoca durere bolnavului. Aplicând un tampon de vată, muiat în apă fierbinte, pe cicatrice, obținem perversiunea sensibilității; ba încă, același corp pus pe suprafața ulcerului nu produce nici un efect; bolnavul neputându-și da seama de natura corpului.

Nu mai încape îndoială că toate aceste fenomene sunt în strânsă legătură cu alterațiunile nervoase; dar iarăși, cercetările trebuiesc împinse și mai departe pentru ca acest studiu să se completeze și mai bine.

Ca fenomene generale nu avem nimic de remarcat: ulcerele neproducând nici un răsunet asupra organismului. În adevăr, cu o bună igienă, indivizii afectați de această bolă își pot continua ocupațiunile lor fără cea mai mică genă. Neglijate însă, ele se pot complica până a pune în pericol, dacă nu viața pacienților, cel puțin membrul bolnav.

Complicațiuni. Acestea provin mai ales din depărtarea de regim, dintr'o oboselă prea mare, din traumatisme des repetate, din aplica-



țiunii locale de substanțe iritante și în special din lipsa de precauțiuni antiseptice în îngrijirea ulcerelor. De aci acel mare număr de varietăți.

1) *Ulcer inflamator* este când în jurul său pielea e coprinsă de o inflamație acută, prezentându-se cu toate caracterile clasice: durere, tumefacție, roșiata și căldură, plus reacția generală. Nu este rar ca în acest cas ulcerul să se complice de linfangite tronculare cu prinderea ganglionilor corespondenți și chiar de erisipel; și cea ce este curios, e faptul ce s'a observat că, în urma unei asemenea grave complicațiuni, cu disparițiunea aceștia, bolnavul scapă de ulcerale sale cronice. De sigur că aci e vorba de efectul asociațiunii microbilor(?).

2) *Ulcer iritabil sau eretic* (Billroth). De și fără nici o leziune anatomică apreciabilă(?), totuși este însoțit de o hiperestezie și de niște dureri atât de intense, în cât cea mai mică atingere face pe bolnavi să tremure și să țipe. Această sensibilitate exagerată a pielii și burgeonilor cărnoși se observă mai ales în ulcerale recente și superficiale, Dînsa coincidă, după Broca, cu persoanele nervoase.

3) *Ulcer atonic* ce se observă pe indiviđii tineri, debili și cu o constituție scrofuloasă, este caracterizat printr'o paloare escesivă, prin muguri cărnoși rari, flasci, abia desvoltați și lipsiți de orice plasticitate. Câte o dată, mugurii cărnoși cresc într'un mod demăsurat luând aspectul unor ciuperci și trecând peste nivelul suprafeței cutanate, formînd cea ce se numește *ulcer fungos*. Atunci, ulcerul devine foarte prominent, rar dureros, dar sîngerază cu cea mai mare înlesnire și secretă un puroi mucos, seros, fără consistență și une-orî destul de fetid. Dînsul, ajuns în această stare fungoasă, ne reamintește producțiunile sinoviale din tumorile albe, și este incapabil de a se mai cicatriza fără intervențiunii severe; ba încă une-orî pôte să degenereze chiar în cancer epiteliomatos.

4) *Ulcer calos* este acela a cărei bază, margini și părțile de prin prejur sunt îngroșate așa în cât căpătă o tărie de lemn, cartilaginósă. Acesta este rezultatul unei inflamațiuni cronice și se observă de preferință în ulcerale foarte vechi. În orice caz, dînsul daă ulcerului o adîncime mult mai mare ca aceia ce are în realitate. Și probă e că, în urma unui repaos sau tratament apropiat, infiltrația caloasă resorbindu-se, ulcerul devine foarte manifest superficial, Causa intimă a acestor producțiunii caloase nu e încă bine cunoscută; am putea invoca alterațiunile nervoase, mai ales că dînsul sunt foarte puțin sensibile la presiune și une-orî chiar cu totul anestesice. Or cum ar fi, această îngroșare sau hipertrofie a țesuturilor ce produc calositățile, nu se observă numai în jurul ulcerului ci și în părți mai mult sau mai puțin depărtate de locul bolnav; și încă, nu numai pielea și țesuturile moi.

dar și periostul și însăși oșele cari cu toate iaș parte la această turburare de nutrițiune, desfigurând cu totul aspectul normal al membrului precum arată figura 13 din planșa noastră.

5) *Ulcer emoragic* este când dēnsul se află aședat pe o venă varicosă care, rupându-se, dă naștere unei scurgeri de sange câte o dată foarte îngrijitoare. Acesta se observă mai cu sēmă în ulcerele gangrenoase și pe indiviđi cachectici sau coprinși de scorbut, al căror apanagiū sunt tocmai emoragiile.

6) *Ulcer verminos și gangrenos* se observă pe indiviđi cu totul neglijenți și al căror ulcer e lipsit de cea mai mică îngrijire; viermi apar pe suprafața sea câte o dată într'un număr considerabil. In ceia ce privește gangrena, dēnsa se observă tot în aceste condițiuni de necurătenie, la care se adaogă însă, diabetul și albuminuria.

7) *Ulcer fagedenic* este când dēnsul se întinde nu numai în lăr-gime dar chiar și în adâncime. Forma această de și se observă rar, este însă de o gravitate excepțională, căci când apare, merge foarte repede către distrucțiune: pielea, țesutul conjunctif subcutanat, mușchi, aponevrose și chiar vasele pot fi nimicite, nerămâind de cât oșele denudate. In asemenea cas, emoragiile pot deveni foarte abundente și cu totul periculoase.

Pronosticul. Ulcerul lăsat la mersul său natural care e emina-mente cronic, de și în realitate nu constituie o bōlă pericolōsă ci mai mult o infirmitate, totuși pōte deveni îngrijitor prin diferitele compli-cațiuni la care e supus și prin aceea că, ajuns în periōda III, individul este în imposibilitate de a se mai servi de membrul său, mai cu deo-sebire când piciorul a devenit cu totul *equin*.

In afară de aceste casuri, pronosticul ulcerului este benign căci nici o dată nu pune viața în pericol. Tratat din timpuriū și cu îngrijiri igienice ulterioare, ulcerul se pōte vindeca. Rămâne însă bine în-țeles, că vindecarea va fi în raport cu etatea individului, cu starea sa generală, cu forma și întinderea ulcerului.

Diagnosticul. Atât cât e vorba de ulcerul simplu este foarte ușor, fiindu-ne dat sediul și caracterile sale. Atențiunea ne va fi atrasă pen-tru a stabili daca avem aface cu un ulcer cutanat, sau aședat la o adâncime oarecare a organului. Vom examina cu multă atențiune și vom explora cu multă băgare de sēmă pentru a ne convinge în ce anume periōdă a ulcerului ne găsim. Iar când e vorba de a stabili natura sa, această o vom ajunge printr'un examen minuțios al anteceden-telor ereditare și personale ale bolnavului, când vom descoperi dia-teza sub stăpânirea căria dīnsul se află. Cât privește caracterile ulce-relor sifilitice, tuberculōse, scrofulōse, cancerōse, scorbutice, erpetice

etc. acestea le vom vedea când vom trata despre fie care din aceste bóle. A priori, vom spune că ulcerele cu marginile deslipite sunt proprii diatesei scrofulóse; cele cu marginile tăiate drept (à pie), sifilisului; cele superficiale și cu mărgini subțiri, artritismului; iar cele cu marginile resfrante în afară ne denotă un ulcer de rea natură. Ulcerele scorbutice vor fi însoțite de pete de purpură, de emorații și o stare inflamatorie fongósă a gingiilor cu tendință la ulceratie și deslipire. Trebuie iarăși să facem deosebirea între un ulcer varicos simplu și ulcere ibride, distincțiune stabilită deja de Broca și reluată acum în urmă de Verneuil.

Ulcerele simple propriu și sunt exclusiv sub influența varicelor. Sediul lor de predilecțiune este pe fața internă a gambei și la terțul sêu inferior; forma lor e mai mult eliptică cu axul cel mare vertical; marginile puțin indurate și ridicate se continuă pe nesimțite cu fundul cenușiu și puțin murdar; în fine mai tot-d'a-una acest ulcer e unic (Veđi fig. 10—planșe).

Cu totul altfel ni se presintă ulcerele ibride cari se caracteriză prin aceia că, pe lângă starea varicósă a venelor, intervine și starea generală a individului. Aceste ulcere în general recunosc influența sifilisului; sunt multiple și nu se găsesc pe fața internă și inferióră, ci mai tot-d'a-una pe fața anterióră și externă a gambei. Dênsele une-orî sunt reunite, dar mai des separate prin piele pigmentată de o culóre arămie de șuncă afumată și cicatrice subțiri; marginile rotunde, nedeslipite, dar presintă ușóre neregularități semănând ca cum ar fi róse de șóreci.

Aceste ulcere ibride, numite de Verneuil *ulcus elevatum tertiar* începe prin ulceratiuni de mică întindere dintre cari unele se închid, iar altele se deschid reunindu-se în plăgi mai mult sau mai puțin largi, luând un aspect neregulat, semănând cu liniile de hartă geografică.

Dar orî-care ar fi forma și întinderea, dênsele de și aú o bază fermă, elastică și aderentă cu părțile subjacente, nu presintă însă nici o dată acea consistență osósă ce ne oferă ulcerul simplu așezat pe o exostósă sau diferite ridicături osóse și care decî ni s'ar impune drept un *ulcus elevatum* banal. Și tocmai caracterele acestea locale stabilește diagnosticul diferențial în afară chiar de antecedentele bolnavului.

Și numai după aceste caractere, putem bănui sau chiar afirma că aci este amestecat elementul sifilis.

Daú aci doué figurî 14 și 15, al căror desemn îl posed încă din timpul internatului meú (1881) și care represintă aceeași gambă a unui sergent de oraș, afectat de ulcere sifilitice tertiare, date de re-

gretatul meu profosor Turnescu, ca tip de tubercule sub-cutanate și cari s'au vindecat perfect numai prin iodur de potasium la interior. O simplă comparațiune între aceste figuri cu cele de la No. 10 și 11 este suficientă pentru a arăta enorma deosebire între un ulcer simplu și altul de natură sifilitică și prin care diagnosticul îl stabilim *de visu*.



Fig. 11.
Ulcer simplu.



Fig. 14.

Ulcere sifilitice terțiare.

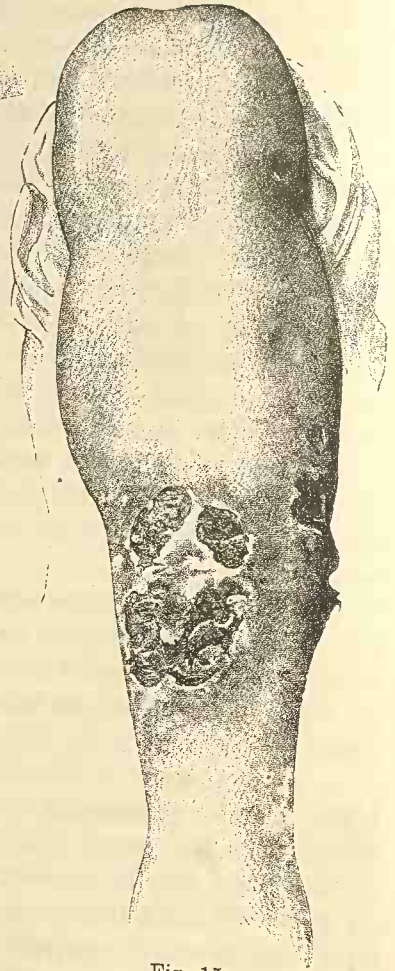


Fig. 15.

Pe lângă acestea mai avem *ulcere simple de natură pur trofică*. Acestea după Nepveu sunt direct sub dependența unei leziuni nervoase fără să fie nici complicată, nici produsă de dilatațiuni varicoase ale

venelor saŭ degenerescență ateromatósă a arterelor. Ele nasc și se întind pe membrele isbite de paralisie infantilă.

Aceste ulcerăriuni atacă de o potrivă piciorul ca și gamba ; ele sunt în general multiple și încep adesea printr'o mică vesiculă ce plesnește lăsând să curgă puțină serositate sanguinolentă ; în locul seŭ rămâne o perdere de substanță de formă circulară, mai mult o exulcerațiune de cât un ulcer, cu marginile netede, precise, nedeslipite, cu fundul roșu, violaceu, puțin profund, fără fungosități, aproape fără papile, netedă și regulată. Ele sunt nedureróse, dar cea mai mică atingere deșteptă o suferință vie. Mersul lor e cu desperare cronic ; cu tóte acestea ele se pot închide și cicatricele ce le acopere sémănă cu acelea de arsuri superficiale. (Duplay și Reclus).

Tot în acéstă categorie de ulcere putem alipi și acea bôlă tenace numită *mal perforant* căci și dênsa este sub dependința tot a unor leziuni nervóse originală.

Iarăși un punct, ce nu trebuie neglijat în diagnostic este examenul urinei, pentru a vedea daca individul este saŭ nu diabetic or albuminuric, căci acesta este un factor principal al întreținerii ulcerului.

Tratamentul póte fi medical și chirurgical. Cel medical se va adresa la diateză ; cel chirurgical coprinde mai multe metode : In prima linie, și orî-care ar fi metoda, repausul membrului și îngrijirile anti-septice sunt de rigóre cerute. Bolnavul va sta în pat avénd gamba pe un plan mai ridicat ca cóspsa ; prin acéstă circulațiunea de întórcere se favoriséază și, cu o bună igienă, adesea putem obține chiar vindecarea ulcerelor.

Metóda care s'a bucurat de o reputațiune mai mare este *compresiunea*, instituită pentru prima óră în Englitera de către Underwood, 1787. Baynton, în 1797, a înlocuit compresiunea simplă prin pansament cu bandetele de diachilom aplicate în formă de spică. Acest procedeu, fu introdus în Franța de către Roux 1814, și vulgarisat de către Philippe Boyer de la care, acest tratament a rămas clasic și care azi încă, se întrebuințéază destul de des și de multe orî ne dá fórte bune rezultate.

Modul aplicațiunei acestor bandetele e fórte simplu, după cum se póte vedea în figura 16 și care ne dispenséază de orî-ce descriere. Vom adăoga numai că, încrucisarea bandeletelor va conrespunde cu suprafața ulcerului. In plus, bandetelele nu vor fi mai late ca un centimetru, și de o lungime ast-fel în cât să póta îmbrățișa a treia parte din grosimea membrului. Bandetelele vor fi aplicate unele asupra altora prin încrucisare acoperindu-se reciproc fie-care în jumătatea lățimeii sale. Și pentru a ajunge la acest rezultat, aplicăm întâi o bandeletă de sus

în jos și în mod oblic; pe acésta punem o a doua bandeletă în sens invers, de jos în sus. Restul va urma precum descrierăm mai sus, căutând în acelaș timp și estetica, pe care o realizăm dacă ținem ca încrucișarea bandeletelor să păstreze aceeași linie, dupe cum arată figura.

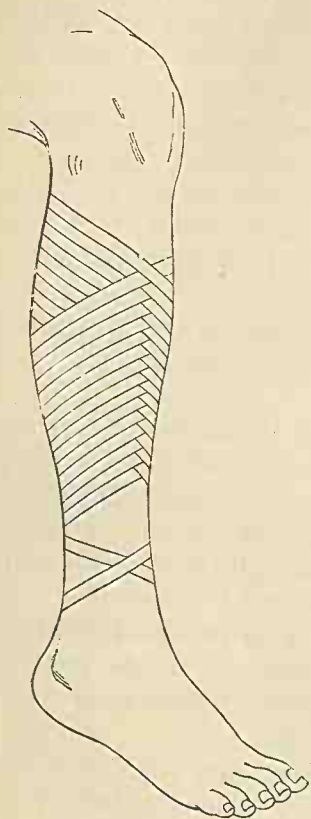


Fig. 16.

Din parte'mi recomand ca, în loc de bandelele simple de diachilom e mai bine să întrebuițăm bandelele făcute din emplastru de Vigo extens, care este mai anti-flogistic și puțin mai excitant, grație mercurului ce conține.

Acéstă spică va fi protejată cu tifon, vată și feși antiseptice și se va reînoui la fie-care 4—5 zile, dupe cum supurația va fi mai mare sau mai mică.

Metóda americană, reprezentată prin dr. Martin din Boston, constă tot în compresiune, dar obținută prin mijlocul unei bande elastice coprinđând tot piciorul până d'asupra genunchiului. Autorul recomandă ca banda să se aplice dimineața înainte de ori-ce ocupațiune, atunci prin urmare când venele nu sunt întinse de greutatea colónei sanguine. Séra, putem ridica banda dacă jeneză, puind însă gamba pe un plan mai ridicat.

Intrebuițarea *electricității* s'a făcut mai ales de către Spencer Wels, 1848, în Anglia; iar în Franța de Onimus, 1877. Cu tóte că la început se părea că dá óre-care rezultate, astăzi însă e aprópe cu totul părăsită.

Fiind dat faptul că ulcerul simplu este întreținut de o dilatație varicósă a venelor, unii autori ca Trendelenburg și Cerné din Rouen au propus suprimarea cauzei pentru a obține suprimarea ulcerului. De aci: excisiunea sau legătura venei safene interne, precum și cauterizarea sau diferite injecțiuni coagulante în interiorul varicelor. Acéstă metódă însă nu s'a putut vulgarisa, pe de o parte că efectele sunt contestate, iar pe de alta, că une-orî se póte însoți de flebite și alte consecințe ale acestei inflamațiuni. Dar chiar dacă luăm chestinnea în principiul său, prin legarea safenei interne nu distrugem, cel mult și încă cu un mare punct de întrebare, de cât varicele superficiale, pe când cele pro-

funde rămân cu totul intacte; așa că, în definitiv, obținem o parte minimă din totalul imens ce întreține ulcerul. De alt-fel, din discuțiunile ce au avut loc în societatea de chirurgie din Paris anul acesta, mai toți autorii au recunoscut insuficiența, dacă nu chiar inutilitatea acestei intervenții, din pricină că patogenia ulcerului se datorește unui grup complex de condițiuni patologice pe cari deja le-am arătat. E posibil că legătura safenei să dea unele bune rezultate când ulcerul e mic și în prima perioadă; căci trecând în perioada II-a și mai ales în a III-a, atunci, nu suprimarea varicelor superficiale va aduce vindecarea ulcerului, ci intervenții mult mai radicale, din pricină că leziuni mult mai profunde și întinse sunt în joc și cari de sigur nici o dată nu vor dispărea prin simpla legătură a safenei.

De aceia mai toți autorii sunt ași de acord că, tratamentul pur chirurgical și pe o cale sângerândă a ulcerului, trebuie împins mai departe.

Deja în 1853 Guy, chirurg Englez, a imaginat o nouă metodă numită *peritomie saŭ circumvalațiune*, care fu introdusă în Franța de către Faure, 1866, și apoi vulgarisată de Dolbeau 1874. Acest metod constă în a face o incisie de jur împrejurul ulcerului care să meargă până la aponevroasă. În incisie interpunem vată, pentru a ne opune la reunirea imediată.

Metodul acesta e bazat pe datele anatomo-patologice cari ne arată că ulcerul este întreținut de leziuni trofice nervoase. Deci, prin peritomie nu facem de cât secționăm tocmai acești nervi bolnavi și suprimăm ast-fel cauza bôlei.

În plus, prin această incisie periferică, mobilisăm pielea sclerosată și permitem ast-fel apropierea marginilor ulcerului ce se găsesc întinse la extrem. Dar mai mult, prin circumvalație, ne adresăm chiar contra varicelor, căci prin cicatricea ce se formează, izolăm pachetul varicos, întocmai ca în procedeul meu în tratamentul emoroidelor, precum lucrul este expus pe larg în teza de doctorat a d-lui Cristea Pascal, internul meu.

Deci, metoda de circumvalație, secționând nervii trofici alterați, mobilisând ulcerul și suprimând indirect dilatația varicosă a venelor, este singurul metod care înlesnește în cel mai înalt grad posibil cicatrizarea ulcerului. Și când acest metod nu reușește, nu ne rămâne de cât a face amputația membrului, căci atunci, având aface cu leziuni profunde în oșe, de sigur circumvalația rămâne inferioară amputației.

Acest tratament este foarte rațional și a dat bune rezultate. I se împuță însă că nu împedică recidiva și atunci, în locul unui ulcer vom

avea două, adică și pe cel care rezultă din incisia circumferențială; lucru însă nu e probat.

În ceia-ce me privește, am aplicat această metodă încă din 1887 și 1888 cu cel mai mare succes posibil, reușind a vindeca în 2—3 săptămâni ulcere de o vechime de 20 și mai bine de ani. Am ramas surprins de rapiditatea cu care se obține cicatrizarea imediat după circonvalație. Bolnavii nu numai că ies pe deplin mulțumiți și complect vindecați, dar această vindecare se menține, având ocazia să revadă bolnavi după 2 ani fără nici o urmă de recidivă.

Dați aci o mică observație ce am publicat în Spitalul din 1887, unde am descris operațiile mai principale ce am făcut în ambulanța din Muscel în luna Iunie din acel an.

II. Ulcer cronic, operație prin metoda de circonvalație. 13 Iunie. — Niță Kivu, de 63 ani, din Valea Popei, avea un ulcer varicos cronic pe fața externă a gabei stângi, datând de la 1848.

Acest ulcer era mai mare ca o piesă de 5 lei, și nici o dată, după declarația bolnavului, nu s'a vindecat într'un mod definitiv și durabil. Mărginele sale erau caloase, fundul cenușiu, murdar și înconjurat de părți tumefiate și indurate. Această indurație quasi sclerósă coprindea mai totă gamba care, în plus mai era provăzută și de dilatații varicoase.

La o distanță de 1 c. m. am circumscris ulcerul de jur împrejur cu bisturiul, făcând o incisie ovalară. Această incisie nu a coprins de cât pielea și puțin din țesutul grăsos, și cu toate acestea grosimea tegumentelor incisate era aproape ca un centimetru. O emoragie venoasă foarte abondentă a avut loc; și mai ales către marginea internă a plăgei, emoragia pe lângă că era pronunțată, mai era provăzută și de niște mișcări pulsatile ca și cum ar fi fost o emoragie arterială. Imediat am introdus între buzele incisiei, vată muiată în acid fenic 5%, pe de o parte pentru a opri emoragia, iar pe de alta pentru a mă opune la reunirea imediată a incisiei.

Am aplicat un pansament antiseptic foarte larg coprinzând totă gamba. După trei zile am găsit ulcerul foarte mult micșorat de volum și cu o mare tendință către cicatrizare. Un nou pansament, pe care l am ținut opt zile, când desfăcându'l, ulcerul avea cel mai frumos aspect și nu era mai mare ca o piesă de un leu. La 29, trebuind să se ridice ambulanța, am examinat din nou pe bolnav, și cu multă bucurie am constatat că rezultatul a fost din cele mai frumoase căci atât ulcerul cât și plaga (făcută de incisia liberatrice) erau aproape cu totul vindecate.

De atunci am mai tratat cu bună reușită mai multe casuri de ulcere prin circonvalație; dar nici o dată ulcerul nu a fost așa de întins și complicat ca acela reprezentat în fig. No. 13, (planșe). Eî bine, rezultatul a fost neașteptat și ca probă dau acelaș membru după operație pentru o mai bună convingere.



Etă în scurt continuarea observației:

La 24 Martie 1992, am făcut circonvallația printr'o incisiune mergând până la aponevrosă și înconjurând totă periferia ulcerului. După acesta, cu o rugină bontă am deslipit puțin din tôte părțile baza ulcerului, după care am introdus în șianțul format de incisie, bandetele de tifon muiate în creolină; apoi un pansament larg, antiseptic. Bolnavul a fost cloroformisat.

La 26 Martie se ridică pansamentul ca și bandetelele. Șanțul ni se prezintă foarte larg dar curat, iar suprafața ulcerului este deja mai roșie și cu muguri proeminenți. Ușor sfacel superficial pe marginea superiără și internă a bureletului ulcerului. Se aplică un nou pansament.

În zilele următore, cicatrizarea atât a sghiabului cât și a ulcerului a mers progresând.

La 1 Aprilie, aprópe tot edemul a dispărut iar membrul și-a reluat întru cât-va forma regulată. Luându-se din nou măsurătórele, s'a constatat o micșorare de 2 c. m. în tôte punctele luate înainte de operație.

La 24 Mai, ulcerul era peste tot vindecat, afară de o porțiune ovalară cât o piesă de 5 lei, așezată pe partea anterioră a tibiei care nu avea tendință către cicatrizare. Atunci am practicat carlagiul numai pe această suprafață, făcând cu bisturiul trei incisii verticale și trei transversale, împărțindu-se ulcerul în mai multe mici figuri patrâte (12). Cu această ocazie am constatat, că ulcerul era așezat pe osul tibia, ce s'a găsit cu totul denudat și acoperit de o mulțime de asperități.

La 29 Mai, am răzuit cu Volkmann aprópe jumătate din fața externă a ulcerului, ce poseda muguri cărnoși fongoși fără tendință la cicatrizare, descoperind astfel suprafața tibiei care era imediat subjacentă, și se găsește că era de e consistență tare, compactă, (fildes) iar nici de cum spongiosă.

În fine, pentru a scurta, voi spune că, mugurii cărnoși devenind de bună natură, am recurs la aplicare de grefe dermo-epidermice și cu încetul am ajuns la rezultatul ce se vede în fig. 17 (planșe).

Din această observație reiese în mod clar că, circonvallația e capabilă să vindece or-ce ulcer cronic, or cât de întinse și profunde ar fi leziunile pielii și a țesutului subjacent. Iar când la acestea se adaogă și inflamația osului, atunci de sigur lucru e mult mai greu; dar în or-ce cas, tot obținem o ameliorație, ce se póte considera ca o quasi vindecare.

În figura 18 (planșe) originală și luată după natură din serviciul d-lui prof. Assaky, spitalul Colția, se vede în mod clar, modul cum trebuie făcută circonvallația și la ce anume distanță de ulcer.

Acésta represintă încă un succes al acestui mod de a trata ulcerele, de óre-ce, cu tótă sclerosarea părților moi, cu tótă imobilitatea absolută a ulcerului și etatea de 63 ani a individului Nicolae Ștefan ce era purtătorul acestui ulcer pe gamba dréptă, totuși, dupe 20 de zile de la aplicarea circonvallației a eșit complet vindecat.

În 1881, Vidal, de la Spitalul, St. Louis din Paris, a preconisat aplicațiunea de sub carbonat de fer pe suprafața ulcerelor vechi, care ar lucra după dînsul ca un medicament tot de o dată excitant și sedatif. Am văzut pe însuși autorul în 1886 întrebuițînd acest metod, dar nu am observat de cît ameliorări.

În fine, acum în timpurile din urmă s'a preconisat un fel de *sca-rificare* sistematică a ulcerului, care nu e însă de cît tot circonvalație, dar aplicată numai pe fața ulcerului și ast-fel făcută, în cît acesta să formeze mai multe mici patrate, de unde și numirea de *carlagiū*.

Principiul este acelaș ca și în peritomie. Pentru prima oră am văzut pe d-nu d-r. Assaky întrebuițînd de două ori această metodă pe ulcere vechi și întinse; rezultatul a fost foarte satisfăcător.

Se înțelege că, tôte aceste metode pot da ore-care rezultat; dar încă o dată repet, cu condiție ca ulcerul să nu fi trecut de perioada II, căci ajuns în perioada III, atunci avem a face cu uă gambă compromisă; și adesea, cel mai radical tratament nu rămăne de cît amputația.

Iarăși un lucru trebuie adăogat, că la început, or care ar fi metoda, ulcerile trebuie pansate în fie-care zi, pînă ajungem ca, prin diferite medicamente, să curățăm plaga de detritusurile și lichidele murdare aflate la suprafața sea. Iar o dată acest rezultat obținut și ulcerul fiind acoperit de muguri cărnosi de bună natură, atunci, pansamentele se vor face din ce în ce mai rar, căci cu atât vindecarea se va obține mai repede. Acest principiu se găsește deja stabilit de Ambroise Paré care zicea: *ne deshabillez pas trop souvent les ulcères*.

C H E S T I O N A R .

Definiția ulcerațiunei. Teoria lui Galien saū a umoriștilor. Teoria lui Hunter. Agenți absorbanți și exalanți. Explicarea ulcerațiunei prin absorpția ulcerativă. Causele pentru cari teoria lui Hunter a căzut.

Teoria gangrenei moleculare saū a lui Vidal de Cassis. Teoria modernă saū gangrena moleculară microbienă, opinia autorului.

Deosebirea între ulcerațiune și ulcer; fisură, eroziune și exulcerație.

Definiția ulcerului. Deosebirea între ulcer și plagă. Enumerarea celor patru caractere distinctive. Părțile de considerat ale unui ulcer.

1) Forma; elipsă, angulósă, circulară, lineară. Semnificațiunea și circumstanțele în cari se dezvoltă aceste diferite forme.

II) Marginile ulcerului. Diferite aspecte. Teoria lui Vidal în privința marginelor restrânse în afară ale ulcerului.

III) Fundul ulcerului. Varietăți. Ulcus elevatum. Diviziunea celor vechi: Ulcer fagedenic, serpiginos, lupi; ulcere sordide sau cacoethi; ulcere Telefiene și Chironiene.

Diviziunea modernă: ulcere specifice sau diatesice; simptomatice și simple.

Etiologia. Sediul. Statisticile. Opinia lui Gerdy, Pouteau, Boyer, Richerand relativ la sediul ulcerului pe gamba stângă. Reflexiunile autorului. Sexul, etatea, etc.

Causele intime ale ulcerului sunt: Varicele, ateromul și leziunile nervoase.

Varicele după Boyer și autorii compendiului lucrază prin edemul de care se însoțesc. Obiecțiunea lui Gilson. Opinia autorului invocând defectuositatea circulației.

Influența degenerescenței ateromatose a arterelor.

Probe prin observații.

Leziunile nervoase. Cercetările lui Terrier și Quenu. Rolul diatesei artritice sau erpetice. Reflexiunile și opinia autorului în această privință.

Anatomia patologică. Primul stadiu. Rețeaua lui Malpighi. Stadiul al doilea: pielea, glandele sebacee, sudoripare, vasele, mușchii, nervii.

Cele 3 perioade clinice ale ulcerului.

Perioada I. Leziuni mici, superficiale.

Perioada II. Sclerosă părților moi. Piele de tigru. Atrofia și disparițiunea aparatului glandular. Esperiențele lui Clado, Gilson și ale autorului. Aspectul membrului în această perioadă.

Perioada III. Degenerescența tuturilor părților moi. Equinism. Leziuni profunde în oase. Consecințe. Edem colosal cu aspect elefantiasic.

Simptome. Inceput insidios și foarte variat.

Turburările termice. Opinia lui Auzilhon, Gilson și Schreider. Opinia autorului.

Turburările de sensibilitate. Cercetările lui Terrier. Sensibilitatea tactilă, analgesia și sensibilitatea termică formază cele trei zone ale unui ulcer. Modul grupării lor și gravitatea lor relativă. Esperiențele autorului.

Complicații. Causele.

1) Ulcer inflamator. Caracterile. Coecidența de limfangite și crisipel ce determină câte o dată vindecarea ulcerului.

2) Ulcer iritabil sau eretic. (Billroth). Broca.

3) Ulcer atonic. Caractere. Ulcer fongos. Semnificarea și posibilitatea degenerării în cancer.

4) Ulcer calos. Caractere. Causa. Consecința.

5) Ulcer emoragic. Cause.

6) Ulcer verminos și gangrenos. Cause. Diabetul.

7) Ulcer fagedenic. Caractere.

Pronosticul. În raport cu perioada și starea diatesică locală și generală.

Diagnosticul. Diferitele perioade ale ulcerului. Diatesele. Examenul urinei.

Ulcere simple propriu zis; ulcere ibride și ulcere trofice. Caractere distinctive.

Tratamentul medical și chirurgical. Repaosul și Igiena.

Metoda de compresiune. Underwood-Baynton-Roux-Philippe Boyer. Modal aplicării.

Metoda Americană. Dr. Martin din Boston. Banda elastică. Modul și timpul când trebuie aplicată.

Metoda prin electricitate. Spencer Wels; Onimus.

Metoda legăturii și secțiunii venelor și în special a venei safene interne. Trendelenburg și Cerné din Rouen. Obiecțiuni. Efectele contestate și posibilitate de complicații. Această metodă nu se adresează la complexul leziunelor anatomo patologice a ulcerului.

Metóda prin peritomie sau circonvalație inventată de Guy 1853 și vulgarisată de Dolbeau 1874.

Avantajele acestei metode și superioritatea ei adresându-se la toate leziunile ce întrețin ulcerul.

Metóda lui Vidal din Paris (St. Louis).

Metóda prin scarificare sau carlagiú.

Pansamente dese și pansamente rare în ulcere. Principiul lui Ambroise Paré.

DESPRE FISTULE IN GENERAL

(Din cuvântul latin *fistula*: bucium, fluer, gaură, canal, trestie. Sinonim cu $\sigma\acute{\upsilon}\nu\acute{o}\varsigma$ =sinus, cavitate, încovoetură).

Lecția VI.

Domnilor,

Studiul fistulelor a fost întreprins chiar de Hippocrat, căci în tratatul său *de fistulis* se ocupă pe larg de această chestiune, studiind mai ales fistulele anusului.

Celse, indică principalele varietăți de fistule; iar Galien, le compară cu ulcerele, în cari deosibește trei suprafețe supurante: *ulcer*, *sinus* și *fistulă*.

Dar tocmai către finele secolului al XVIII, descripțiunile asupra fistulelor se precisază mai bine, prin tratatul lui Percival Pott și memoriul lui Marvidès, încoronat de Academia regală de medicină. Vin apoi cercetările lui Boyer, Denonvilliers, Cruveilha, Marjolin și Verneuil. Pozzi, în momentul de față, printr'un studiu amănunțit, în dicționarul Dechambre, contribue la completarea acestui studiu.

Definițiunea. Dificultățile chiar azi sunt mari când e vorba a da o definiție exactă a fistulei; căci, voind a o defini, descriem mai mult caracterele și forma exterioră sub care ni se presintă, de cât esența însăși a bôlei.

Ast-fel: vechii autori numiau *fistulă or-ce orificiū anormal însoțit de un traect*.

Cu ocazia studiului ulceratiunei, s'a căutat a se face o analogie între acest proces morbid și fistulă. Și identitatea era împinsă până

acolo, în cât nici nu se măi descria fistula ca bôlă a parte, ci ca o *simplă specie saii varietate de ulcer*. (Heister).'

Dar măi presus de toți, Boyer, reluând ideia deja emisă de Celse că fistula este un *ulcer canaliculat*, dădu o definiție în acest sens, definiție care a făcut epocă, grație înaltei sale autorități medicale. În adevăr, după Boyer, *fistula este un ulcer strîmpt, măi mult saii măi puțin profund, dispus în formă de canal și întreținut de o cauză locală*.

Dupe Cruveilhier, *fistulele*, considerate dintr'un punct de vedere general, *sunt conducte excretorii accidentale saii suplimentare, destinate a da afară un lichid fiziologic saii patologic*. Soluția de continuitate este elementul oricărei fistule, dar un element secundar, subordonat cauzei care îl întreține; căci cauza odată distrusă, soluția de continuitate tinde iresistibil către vindecare. Istoria fistulelor este prin urmare aceia a cauzelor ce le produc.

După Duplay și Reclus, *fistulele sunt depresiuni canaliculate și conducte anormale de origină congenitală saii patologică*. Acastă definiție pe cât e de scurtă, pe atât e de complectă, putând cuprinde toate cauzile de fistule.

Cu toate acestea noi, modificând puțin definiția deja dată de autorii compendiului și alți chirurghi, vom zice că: *prin fistulă înțelegem un traect accidental saii congenital, măi mult saii măi puțin profund, dispus în formă de canal și de o lungime variabilă. Prin acest traect se scurge purotu, produse de secrețiune saii unele materii de natură diferită cari circulă în canalele naturale. Aceste traecte patologice sunt sub dependența, saii a unei alterațiuni locale a țesuturilor vii ce întreține leziunea, saii a unei cauze generale a organismului care împedecă cicatrizarea de a se realiza*. Definiție lungă, dar necesară din punctul de vedere clinic.

Clasificațiunea.

Fistulele se împart în mod natural în *congenitale și accidentale*.

Cele congenitale numite și canaliculate resultă dintr'o oprire de desvoltare a organelor.

Ast-fel: fistulele gâtului recunosc drept origină necoalescența arcurilor branchiale; cele ombilicale, persistența uracului; cele rectale, putându-se deschide în vagin saii bășică—o lipsă în despărțitorea cloacului ce există în viața embrionară; cele sacro-coxigiene—o lipsă saii viciu în desvoltarea colonei vertebrale și a despicăturei uro-genitale, etc.

De acestea nu ne vom ocupa în special, formând un studiu a

parte în fie-care regiune. Dênsele se împart, dupe Pozzi, în *ostiale* și *canaliculate*. Veđi mai departe.

Fistulele accidentale se împart după Cruveilher, în două mari clase : fistulele destinate a da trecere produselor naturale de secrețiune (fistule propriu zise) și în fistule destinate a da trecere la produse ca-identale (fistule purulente).

Și unele și altele pot fi *incomplete* și *complete*.

Se numesc *incomplete*, *necomunicante* sau *órbe*, din pricină că nu au de cât un singur orificiú, prezentându-se sub forma de fund de sac aflat în mijlocul țesuturilor.

Dênsele se zic *idiopatice* când nu recunosc cel mult de cauză, de cât un abces cald sau rece, desvoltat în țesutul sub-cutanat; iar *simptomatice*, când depind de o afecțiune osósă, de un ganglion scrofulos, de o tuberculosă viscerală, de un corp strein óre-care înfipt în părțile moi sau osóse etc.

Fie-care din ele pórta numele de *fistulă órbă internă* sau *externă* după cum orificiul său se află în interiorul unui organ, sau la suprafața cutanată.

Fistulele sunt *complete* sau *comunicante*, când au două orificiuri: unul de origină și altul de terminare sau descărcare.

Ele se împart în trei varietăți: *cutanate*, *seróso-cutanate* și *mucóso-cutanate*.

Se numesc cutanate când ambele orificiuri se află pe tegumentul extern, în care cas ia numele de *bicutanate*. Ast-fel avem unele fistule ale perineului, cóspei, brațului, antebrațului, obrazului etc.

Fistulele seróso-cutanate, sunt atunci când, prin orificiul lor intern, comunică cu o cavitate serósă naturală sau accidentală, iar cel extern se află pe tegumente. Exemplu: fistulele tecelor tendinoase, a burselor seróse, fistulele pleurale, peritoneale, pericardice etc.

Fistulele mucóso-cutanate, sunt acelea cari prin orificiul lor intern comunică cu o cavitate mucósă, iar cel extern, iarăși pe piele, precum: fistulele tracheale, esofagiene, stomacale, intestinale, rectale, uretrale, etc. Acestea se sub-divid în *tubulare* și *glandulare*. Tubulare când fistula se deschide în nivelul unui conduct excretor: ca acela al canalului lui Stenon, canalul lui Warton, canalul choledoc etc., iar glandulare când fistula se deschide chiar în rezervoriul glandei, precum: fistulele sacului lacrimal, bășica biliară, bășica udului, basinetul etc.

Afară de acestea mai avem: fistule *bimucóse* atunci când ambele lor orificiuri stabilesc o comunicațiune între două cavități mucóse vecine precum: fistulele vesico-vaginale, recto-vaginale, utero-vaginale, entero-vaginale, bi-intestinale (între două anse intestinale), etc. Ele pot fi

traumatice, vitale—ca în urma unui cancer, tubercule, etc. sau *congenitale*.

După Pozzi s'ar mai putea admite, de și foarte rar, o fistulă bi-mucosă cutanată, ca în fistulele *vesico-recto-cutanate* sau *uretro-recto-cutanate*.

Fistulele *bi-seroase* sunt fără exemplu; căci cele două foițe seroase sudându-se între ele, produc o altă varietate de fistule *seroaso-mucosă*, ca fistulele entero-peritoneale, recto-peritoneale, broncho-pleurale sau pleuro-bronchice, etc.

Ca o grupă cu totul aparte putem pune fistulele limfatice, cari nu intră nici în cele seroase nici în cele mucose.

T A B L O U

F i s t u l e	congenitale	{ ostiale canaliculate	{ idiopatice simptomatice mucose seroaso-mucose	{ orbe interne și orbe externe
	grupă a parte: <i>fistule limfatice</i>	{ tubulare glandulare traumatice vitale congenitale		

Etiologia. Pentru ca o fistulă să se stabilēscă, se cere ca părțile soluțiunei de continuitate să nu pōtă contracta între dēnsele aderențe obliterante. Prin urmare, într'un mod general, tōte condițiunile ce se opun la cicatrizațiune și favorizēză transformarea unei leziuni temporare în leziune permanentă, sunt susceptibile de a da naștere unei fistule.

Dar fenomenul acesta se realizēză prin mai multe căi: Când se produce o soluție de continuitate în țesuturile nōstre, două lucruri se pot întēmpla: sau că acēstă perturbare în echilibrul vital se repară repede, prin intervenția reacțiunei organismului, și atunci obținem cicatrizarea naturală numită prin prima intenție, când vindecarea e imediată și totul isprăvit; sau că acēstă reparație, din diferite cauze, se face

mai încet, pe socotéla unei supurațiunii, constituind cea ce se numește cicatrizare mediată sau prin a doua intenție. Dar și într'un cas și în altul, rezultatul este același: disparițiunea leziunii, vindecarea definitivă a organului afectat, o *restitutio ad integrum* mai mult sau mai puțin perfectă. Acesta ne represintă o victorie a organismului, în lupta întreprinsă contra efectului produs de agentul vulnerant.

Când însă toate forțele organismului puse în joc rămân împedicate, slăbite și chiar distruse în scopul urmărit, atunci rezultatul este transformarea acestei leziuni timporare în leziune permanentă, de unde va naște un ulcer sau fistulă; și acesta, din cauza imposibilităței de a se obține cicatrizarea sau vindecarea plăgei.

În fine, alte dăți, vindecarea se efectuează, dar această vindecare, în loc de a restabili părțile în starea lor primitivă, le lasă într'o situație respectivă și foarte adesea cu totul depărtată de tipul normal.

Acest fel de evoluție patologică, dice Pozzi, desfigurează starea fiziologică locală a organismului și chiar a individului, substituind stărei normale, o stare patologică, durabilă și definitivă, dacă arta chirurgicală nu intervine.

Din aceste scurte considerațiuni reese și diferitele cauze ce pot provoca formațiunea de fistule și cari după Pozzi le putem reduce la doué mari categorii:

A) *Fistule provenind dintr'o lipsă de cicatrizare*, și B) *Fistule produse printr'o cicatrizare anormală sau defectuoasă*.

La ambele aceste doué categorii, pe lângă alte multe circumstanțe, se adaugă și diatezele și în special cea sifilitică și tuberculósă, cari predispun în mod foarte simțitor pe bolnavi la fistule.

Pe de altă parte, patogenia fistulelor bazată pe aceste considerațiuni, are meritul că pote coprinde și fistulele congenitale, căci și acestea în definitiv, se pot privi ca rezultatul unei cicatrizațiuni defectuoase. Incepem dar cu studiul fie-cărui grup în parte:

A) *Fistulele prin lipsă de cicatrizare se întâlnesc în casurile următoare:*

1) Absența de plasticitate. Dacă de exemplu întârziem prea mult în a deschide un abces sub cutanat, puroiul va distruge într'un mod continuă țesutul celular, și ca consecință vom avea: că pielea se va subția prea mult, se va deslipi, separându-se de țesuturile subjacente; dînsa își va perde vitalitatea sea, va lua o colóre albăstrie, nu se va mai bucura de o organizațiune vasculară suficientă și de aci lipsa de produțiune a unei limfe plastice perfectă. Pielea, ajunsă în această stare de debilitate și desorganizațiune, devine improprie de a se lipi

cu părțile subjacente, și atunci, de la orificiul de deschidere până la fundul abcesului, se va stabili un traect lipsit de cicatrizare și care constituie ceia ce numim fistulă sub cutanată și în specie orbă externă.

2) *Topirea repede saii distrugerea unei cantități mari de țesut celulo adipos.* Ca exemplu avem abcesele ce se desvoltă în regiunea axilară care, după cum știm, e foarte bogată în grăsime. Când deci acest țesut celulo gresos va dispărea, o dată cu deschiderea abcesului ne va rămâne o enormă cavitate, ai căror pereți nu se vor mai putea lipi și de aci formațiune de traecte fistuloase mai mult saii mai puțin lungi și foarte persistente. Tot acelaș lucru putem zice de abcesele din reg. inguinală, a gâtului, ischio rectală, etc.

3) *Depărtarea părților rezultând dintr'o dispozițiune anatomică specială a regiunii.* Dacă ne închipuim două membrane mult întinse, rigide, saii menținute prin aderențe cu planuri osoase, cartilaginose or aponevrotice; dacă țesutul celulo gresos interpus între aceste membrane este copleșit și distrus prin supurație; abcesul o dată deschis, pereții săii—grație acestei dispozițiuni particulare a regiunii—nu se vor putea pune în contact pentru a se lipi, ci vor rămâne separați; și în asemenea condițiuni vom avea formarea unei fistule. Ast-fel se întâmplă cu abcesele din fosa ischio-rectală, din spațiul pelvi rectal superior, cari mai tot-d'auna sunt urmate de fistule. În acelaș mod se produc și fistulele pleurale din cauză că, perețele toracic nu se poate apropia de plămânul retractat, deci, fusiunea celor două foi seroase nu se poate face și de aci fistula, pentru a cărei vindecare trebuie să recurgem la o operație specială.—Estlander.

4) *Mobilitatea prea mare a părților.* Se înțelege de la sine că dacă printr'o contractiune musculară saii diferite alte mișcări a unei regiuni, împedicăm punerea în contact a suprafețelor burgeonante, aderența între aceste suprafețe nu se va putea efectua, și atunci, fie-care părete se va cicatriza separat și de aci formațiunea de fistulă.

Ast-fel se întâmplă cu abcesele anale, ale rectului, regiunii axiare, ale gâtului, etc. cari, din cauza mișcărilor acestor organe, după deschidere, tot-d'auna dau naștere la fistule, adesea cu o durată indefinită.

5) *Iritațiunea continuă a traectului.* Trecerea puroiului saii a diferitelor lichide conținute în cavitatea abcesului; eșirea resturilor caseoase dintr'un ganglion atins de tuberculosă; eșirea materiilor stercorale printr'o ulceratiune intestinală; saliva prin canalul lui Stenon; urina printr'o plagă a bășiceii saii a uretrei, toate se opun la lipirea pereților abcesului, în urma acțiunii lor mecanice și iritantă, și favorisază astfel formarea traectului fistulelor.

6) *Prezența corpurilor străine*. Când o plagă este produsă printr'o armă de foc, foarte adesea ori dînsa se complică de prezența proiectilului precum și de diferiți alți corpi străini aduși în momentul exploziunii. De asemenea, plăgile făcute cu o bucată de sticlă sau cu un instrument înțepător, după ce au trecut prin părțile moi, pot să înțelnescă un os în care să se înfigă, să se rupă, și ast-fel vârful instrumentului să rămăe prins în fundul plăgei. În toate aceste casuri, fie că nu am putut recunoște de la început prezența unor asemenea corpi străini; sau, din cauza învecinării lor cu organe foarte importante, ne abținem de a le extrage; acești corpi străini, lăsați în mijlocul țesuturilor, prin inflamația și supurația la cari vor da naștere, întretin la infinit o deschidere, un traect fistulos, care nu se va închide până ce corpul strein nu va fi scos afară din organism. Ast-fel avem acele fistule ce se află sub dependența unei leziuni osose ca necrosă sau carie, și al căror traect pe cât e de lung, tot atât e și greu de vindecat.

7) În fine, când soluția de continuitate a fost prea considerabilă, cicatrizarea neputându-se obține într'un mod complet, tot-d'auna se va forma un traect fistulos.

B) *Fistule cari rezultă dintr'o cicatrizațiune anormală*. Dacă ne închipuim o plagă sau un ulcer care deschizând o cavitate naturală, o pune în contact cu exteriorul său cu o altă cavitate; dacă în acest cas se va produce o cicatrizare anormală, precum de exemplu între mucosă și piele sau între mucosele a două cavități, atunci se va forma un traect cu totul organizat, o fistulă, în care or-ce tentativă de reunire va deveni imposibilă. Ast-fel avem de exemplu fistulele uretrale cari nu recunosc altă cauză de cât cicatrizarea pielii cu mucosă uretrală; de asemenea fistulele vesico-vaginale, recto-vaginale, etc. unde mucosă bășiceii rectului și a vaginului sunt reunite între ele într'un mod anormal.

Aceste fistule numite încă de Roser *fistule labiforme* iar de Pozzi *ostiale*, sunt caracterisate prin lipsa totală a unui traect între cele două orificiuri, așa că nu au de cât buze, margini strimpte, reprezentând un simplu orificiu și având cea mai mare analogie cu orificiurile normale.

Mecanismul producerii acestor fistule ar fi acesta, după Verneuil. În urma unui traumatism sau unei compresiuni prelungite (capul fetului), se determină un sfacel al țesuturilor, după care, rezervoriul urinar se deschide în vagin. Dar această pierdere de substanță este urmată de un mic lisereu ulcerat, așezat între buzele ambelor mucose. Dînsul, cicatrizându-se foarte repede, se unește pe de o parte cu mucosă bășiceii iar pe de alta cu a vaginului, și servind

ast-fel ca o trăsură de unire, fistula este constituită, fără să aibă un traect propriu zis. — Vom reveni la anatomia patologică.

Anatomia patologică. In orî-ce fistulă completă avem de studiat trei lucruri principale :

I) *Orificiul de intrare sau intern* care de ordinar nu presintă un interes prea mare, căci dinsul în majoritatea casurilor este unic, mic și rotund, deschizându-se în diferite cavități, după felul fistulei ce observăm. Rar e dublu și excepțional multiplu.

II) *Orificiul de eșire sau extern.* Póte fi unic sau multiplu. Ca aspect, ne oferă trei varietăți:

1) *orificiū proeminent* când se găsește așezat în centrul unei ridicături, unui mamelon, 2) *orificiū turtit* sau plan, când este în acelaș nivel cu pielea sau perdut în unele din îndoiturile (plicele) pielii. 3) *orificiū înfundat sau deprimat* (cul de poule, șezut de găină) este caracterizat prin aceea că, este așezat în fundul unor fungosități care 'l acoperă și 'l maschează prezența; așa că spre a găsi orificiul, trebuie să mergem mai mult la întâmplare prin aceste vegetații și câte o dată chiar nu reușim să 'l descoperim de loc.

Acéstă înfundătură cu îndoituri a orificiurilor fistuloșe se explică, zice Follin, prin retractilitatea membranei granuloșe a fistulei și prin tumefacția părților vecine.

Când avem mai multe orificiuri, fistula se zice în stropitoare (arrosoir) din cauză că aceste orificiuri, comunicând fie-care prin câte un traect separat cu fistula mamă, direct sau indirect, atât puroiul cât și diferite alte lichide ies de o dată prin mai multe orificiuri întocmai ca printr'o stropitoare; lucru ce se observă mai ales în cazul când fistula este anală iar bolnavul efectuează actul defecațiunei.

III) *Traectul.* Fórte variabil, presintă o mulțime de caractere demne de notat, atât din punctul de vedere al configurațiunei sale exterioare, cât și al constituțiunei sale anatomice sau elementare. Ast-fel: traectul póte câte o dată să fie cu totul scurt, în cât să credem că nu există, așa precum 'l am descris în fistulele ostiale sau labiforme; pe când alte dată, este enorm de lung reprezentând un adevărat canal. Lărgimea de asemenea póte fi capilară iar une orî fórte mare.

Cât despre direcție, traectul póte fi direct, flexat, rectilin, curb sau angulos. In fine, traectul póte fi unic, dublu sau multiplu, când se forméză adevărate galerii sinuoșe și anastomosate între ele, prin carî circulă și stagnează puroiul precum și alte materii excretate.

Și nimeni ca Gallien, zice Berne, nu a descris mai clar și mai concis tóte aceste diferențe când zice: *Genera fistularium plura sunt: Aliae brevae, aliae altius penetrant. Aliae rectae feruntur, aliae mul-*

toque plures transversae. Aliae simplices, aliae duplices, aliae triplices sunt; aliae rectae, aliae flexae et tortuosae sunt; aliae faciles, aliae cum difficultate curatae, atque, aliae quaedam insanabiles.

Reproduc aci în figura 19 un desemn luat din lucrarea publicată de Pozzi, în dicționarul Dechambre, și care ne reprezintă în mod foarte fidel imaginea traectelor multiple și complicate ce pot însoți unele fistule.

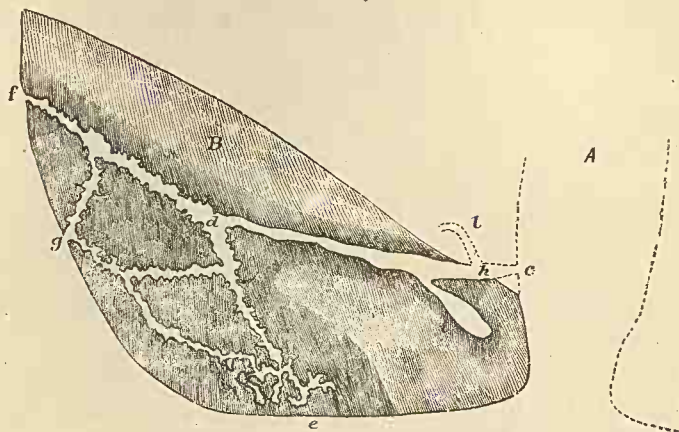


Fig. 19.

Calosități formând tumoră înprejurul fistulelor anale.

A Rectum. B, Porțiune ridicată cu bisturul; toate părțile cu umbre pe figură eiău indurate. — c, d, Partea internă a traectului principal, netedă cu aparență tegumentară; lungime 3 $\frac{1}{4}$ c. m. — d, f, g, e. Traecte fongóse cari brăsdéză tumora și forméză în e o mică scorbură (clapier). — i fund de sac la origina traectului principal. — h, l. — Mic traect secundar.

DESPRE FISTULE IN GENERAL

(CONTINUARE)

Lecțiunea VII.

Domnilor,

Vom continua azi studiul fistulelor, prin examenul microscopic al acestei afecțiuni.

Or care ar fi aspectul sub care ni se presintă traectul unei fistule, două lucruri foarte importante de studiat ni se oferă din punctul de vedere microscopic:

1) Uă membrană internă vilosă și lesne săngerândă, care de mulți autori a fost luată drept o membrană mucosă de nouă formațiune. Dar această analogie nu e de cât aparentă, de óre-ce în învâlișul intern al traectului fistulos nu se găsește nici glande particulare, nici circulațiune specială, nici papile sau folicule, nici epiteliu ca într'o mucosă.

Tot ceia-ce microscopul a arătat este că, acest strat format de o membrană granulósă, este identică cu aceia pe care o găsim pe suprafața ulcerelor, adică posedă muguri cărnosi, foarte vasculari și exuberanți, semănând în totul cu acele vilosități ce forméză țesutul fongos.

Dar Pozzi prin cercetările sale mai minuțioase a arătat că lucrurile nu se petrec în acelaș mod și cu aceleași leziuni.

Intr'adevăr, dinsul, examinând traectele fistuloase represintate în fig. 19, a constatat că ele nu au aceeași organizație tipică, ci cu totul diferită. Astfel, luând traectul principal *c f* a vădut că jumătate din porțiunea sea, adică cea coprinsă între *c d*, oferă o organizație cu totul deosebită de cea altă jumătate precum și de tóte cele-alte traecte secundare.

Și pentru a fi mai clari, reproducem întocmai cuvintele autorului, din dicționarul Dechambre: Prima parte a traectului principal co-

prinsă între literile *c d* oferia o structură mult mai complexă. Rari-tatea examenului acestui gen ne face a'1 descri cu óre-care detalii.

În tótă acéstă lungime, pe o secțiune a păreților fistulei, se gă-sește un țesut dermo papilar acoperit de un strat epitelial stratificat. Epiteliul represintă exact pe acela ce se găsește pe piele, căci el ne oferă aceeași dispozițiune a diferitelor straturî adică: stratul lui Mal-pighi cu micile sale celule prismatice; d'asupra, celule poligonale; după aceea, celule din ce în ce mai turtite, iar la urmă un adevărat strat cornat.

Suprafața de învălișu epitelial este de alt-fel cu totul lucie, fără să presinte ridicături corespunzënd papilelor; ast-fel că, acestea din urmă (papilele) rămân infundate în mijlocul celulelor epiteliale. Țesu-tul dermo papilar, el însuși, e format de papile în carî nu constatăm de cât substanță amorfă, nucleî, vase și de un strat dermic gros, format de țesutul laminos fasciculat, între ochiurile căruia vedem nu-meróse leucocite.

Tóte aceste leziuni sunt represintate în figura 20 luată din Pozzi.

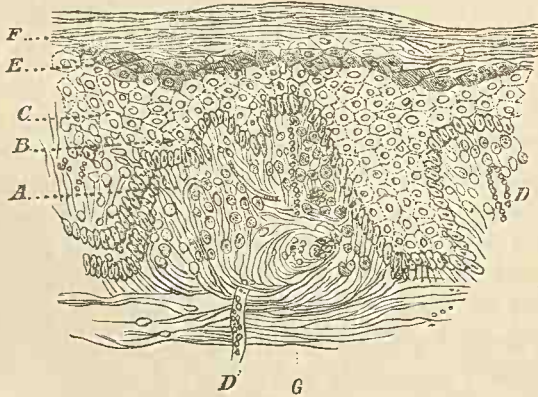


Fig. 20.

Membrană organizată a unui vechi traect fistulos.

A Papilă embrionară cu anse vasculare. — B Stratul profund al corpului Malpighi format din celule cilindrice. — C Strat de celule dentelate și angrenate. — D Vasele papilelor. — D' Trunchiurile profunde de unde dâsele provin. — E Strat de celule cilindrice pigmentate. — F Strat superficial de celule turtite, cu nucleî atrofiat și sudate între ele. — G Țesutul conjunctiv lax formând incolă-cituri împrejurul vaselor ce se află la baza papilelor.

În ceia privește a doua parte din traectul principal precum și din traectele secundare carî brăsdéză fistula, tóte sunt provezute de

un țesut fongos, cu o culóre roșetică, cu aspect vilos și având un calibru foarte neregulat.

Constatarea acestui lucru în prima porțiune a fistulei, e de o importanță colosală, căci aci e vorba de un punct de doctrină din cele mai mari și încă neresolvat și anume: prezența acestui țesut ce se apropie de piele sau mucosă prin constituția sa, și care se găsește în traectele fistuloase, este el rezultatul unei grefări continue și treptate a celulelor mucóse cu care fistula e în contact? sau că dinsul rezultă din transmormarea directă a celulelor mugurilor cărnóși ce căpтуșesc traectul unei fistule? Cu alte cuvinte, suntem óre în fața unei formațiuni autoctone sau de transformism a unor celule provenite din nașterea unui produs neoplasic? Sau e vorba de continuarea lentă și progresivă a unor celule deja existente în mucósa cu care fistula e în contact, fapt susținut de șcóla Germană?

Pozzi susține origina neoplasică, căci étă cum se exprimă în articolul său: mi-a fost imposibil a constata în acest derm de nouă formație: nici fibre elastice, nici glande, nici foliculii piloși; și acéstă particularitate e din cele mai importante. Dinsa probéză origina neoplasică a membranei și arată că, forța plastică care i-a dat nascere, a fost destul de puternică pentru a forma un țesut analog cu țesutul vecin din jurul marginiei orificiului anal; dar n'a reușit cu tóte astea să ajungă a produce un țesut cu totul identic.

A ne pronunța în mod categoric în acéstă privință ne este foarte greú. Cu tóte acestea, reproducând un mic pasagiu din cele ce am scris asupra inflamațiunei, relativ la neoformațiunile inflamatorii persistente, am putea conchide la *independența și còservarea caracterului celulelor embrionare*, prin care am putea ușor să ne esplicăm acest fenomen aflat încă în litigiú, de óre-ce dinsele se găsesc tot-d'a-una în traectele fistuloase. „Un singur lucru ne mai rămâne pentru a fini, că acest țesut inflamator are tot-d'a-una tendința ca să reproducă țesutul care i-a servit drept matcă. Ast-fel, cicatricele pielei, vor reproduce structura dermului; acelea ale óselor vor reproduce iarăși óse; ale țesutului nervos dau nascere la tubi nervoși și așa mai departe. Pentru organele însă mai complexe, precum sunt glandele de exemplu, aceste nouă formațiuni numai sunt capabile de a reproduce organul distrus.¹⁾

Deci, mugurii cărnóși ce căpтуșesc traectul unei fistule, care mai tot-d'a-una se găsește în grosimea pielei și a țesutului sub dermic, au tendința irezistibilă pentru a reproduce aceste ultime țesuturí. Și

¹⁾ Veđi lucrările din laboratorul de clinică chirurgicală al d-lui prof. Assaky vol. II pag. 31 anul 1888.

daca în urma diferitelor circumstanțe, arătate la etiologie, apropierea părților nu se poate obține, atunci fie-care din părțile fistulei se va cicatriza separat, acoperindu-se de un strat cu totul analog de acela ce ne oferă pielea sa mucosă. Iar daca acest rezultat nu se obține pe întregul traect fistulos, este că mugurii carnoși în părțile profunde ale fistulei se alterează în natura lor; iaă un caracter fongos, și devenind improprii de orice cicatrizare fie dînsa chiar individuală, continuă a vegeta, însoțindu-se de o neîncetată scurgere purulentă.

Dar or cum ar fi, consecința practică din punctul de vedere clinic este că: traectele fistuloase, fie că sunt captușite de o membrană analoăă cu pielea sa mucosă; fie că posedă mugurii carnoși de rea natură adică fungosități, acestea le fac cu totul improprii pentru o reunire spontanată și deci, pentru a obține vindecarea, trebuie neapărat să distrugem aceste produse prin diferite mijloce, pentru ca în urmă, favorisând desvoltarea mugurilor carnoși de bună natură, să obținem coalescența părților și prin ea, vindecarea definitivă a fistulei.

Trecem acum la o altă cestiune.

II) În jurul acestui învălișii intern al traectului fistulos găsim— ca rezultat al unei iritațiuni cronice — un alt strat de țesut mai gros, de o aparență fibrósă și cu o putere retractilă ca orice cicatrice, din care rezultă acea depresiune a tegumentelor ce observăm în nivelul traectelor fistuloase. Când acest țesut este mai desvoltat și mai îndurat în unele puncte, atunci ne dă acele calosități saă cordone rigide, pe cari le simțim sub piele, formând *fistulele complicate* și cari încă de mult aă atras atențiunea chirurgilor, dându-le cu drept cuvânt o importanță foarte mare.

În adevăr, aceste calosități, de și nu sunt de cât rezultatul unei exagerațiuni a zonei de iritațiune cronică a traectelor fistuloase, totuși, dinsele câte o dată iaă niște proporțiuni așa de considerabile, în cât formeză injurul fistulelor adevărate tumori mai mult saă mai puțin voluminoase, chiar cât un ou de găină (Pozzi), luându-se de unii drept tumori maligne, pe când în realitate sunt o simplă hipertrofie a țesuturilor inflamate, și impregnate de lencocite pline cu microbi, dar cari după unii, trebuiesc câte o dată distruse, neputându-se vindeca numai prin simpla operațiune a fistulei.

În general, aceste calosități le întâlnim mai des împrejurul anusului și regiunea perineului, fistulele fiind sub dependența rectului și a uretrei. Se poate însă după observațiunile lui Pozzi să le întâlnim în părțile laterale ale gâtului, iar după noi, și chiar în regiunea inguino scrotală, după cum am avut ocașie să vedă mai multe exemple în

casuri de adenite cronice multiple și reunite, formând ceia ce se chiamă pachet ganglionar.

În ceia ce privește patogenia acestor calosități, mai toți autorii sunt de acord a recunoște iritațiunea neîntreruptă a părților, determinată de inflamația cronică; iar această, de trecerea prin fistulă a puroiului său altor lichide alterate.

Dar această idee se găsește foarte clar exprimată de Marvidès în memoriul său când zice: „Causa cea mai frecventă este retenția puroiului care, neputându-se evacua cu înlesnire, degenerază prin șederea sa, în ulcer: se subțiază, devine acru (iute) și råde țesutul celular; puroiul formază galerii în intersticiul părților; circumferența acestor sinusuri unde puroiul se stabilește, se inflamază încet prin o ușură flogosă, și această ingorjare (îmbuibare) inflamatorie or cât de ușor ar fi, neputând nici să supureze nici să se resorbă — din pricina prezenței constante a cauzei ce a produs-o — se termină prin indurație. De aci vin țăriile și calositățile ce cresc mereu prin sosirea noilor sucuri ce stagnează în părți și unde găsesc obstacole la circulațiune. (Pozzi. Dict. Dechambre).

Din fericire, grație progreselor civilizațiunii, aceste grave complicațiuni se observă foarte rar și anume pe acei bolnavi cu totul neglijenți și lipsiți de cea mai elementară cultură. Și lucrul e așa de adevărat că, în tot timpul internatului și în practica mea chirurgicală n'am întâlnit o asemenea mizerie de complicație, de cât pe un țigan numit Ghiță Stan din Ploești, de ani 53, și care a intrat în serviciul meu, în Martie 1892. Am căutat să'i reproduc bóla prin desennul din figura 21 (planșe) pentru a servi ca tip de fistule complicate și unde se găsesc aproape toate varietățile acestei leziuni.

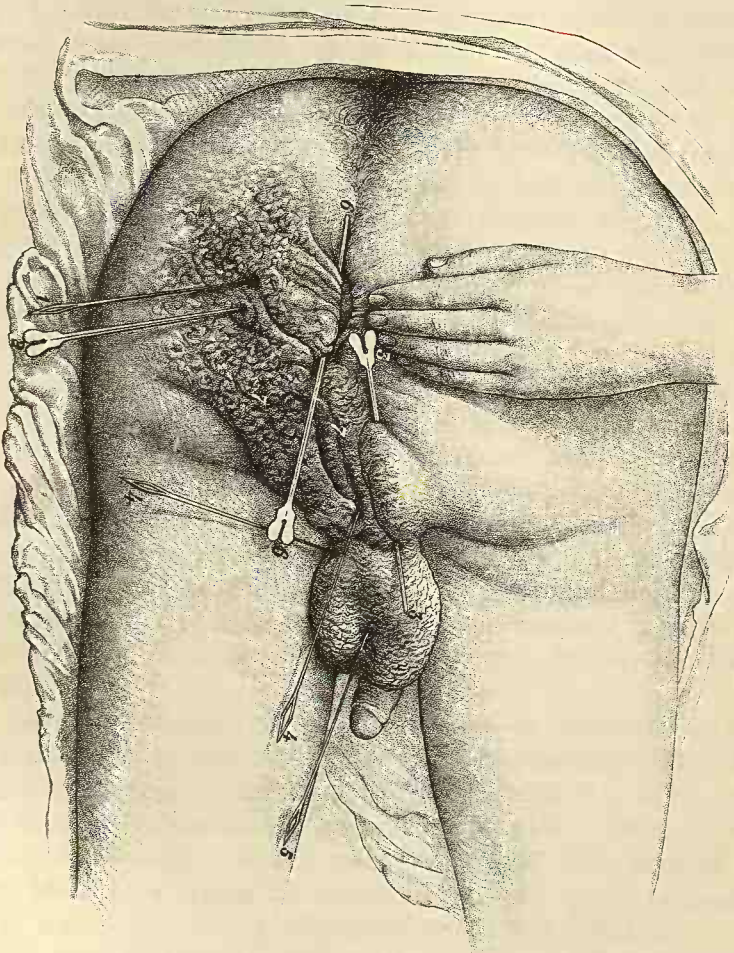
Pentru a termina, trebuie să ne oprim puțin asupra patogeniei fistulelor congenitale, cari după Pozzi, ne oferă două varietăți: *fistule ostiale* provăzute numai de margini și de cari deja am vorbit; și în *fistule canaliculate*, posedând un traect și un grad mai mult sau mai puțin complet de organizațiune.

Partea clinică a acestei chestiuni fiind foarte bine făcută de Pozzi în dict. Dechambre, voi reproduce multe puncte:

Se știe din cercetările lui Heusinger, că aceste fistule sunt formate prin fusiunea sau coalescența defectuoasă a celor două arcuri branchiale vecine, pe socotela cărora se formază părțile moi ale gâtului în timpul perioadei embrionare. Partea internă a acestor arcuri destinate viitoarelor cavități faringienă și laringienă, este acoperită de epitelium vibratil. Partea externă ce corespunde la tegumentul extern, oferă un epitelium pavimentos. Pe marginele despicăturilor branchiale

Fig. 21 (Pl)

Fistule ano - perineo - scrotale complicate. (Figurã originalã din serviciul meu)



1-2 Fistule dinde externe sau cutanate. 3-3 Fistulã bicanalã. 4-4-6 Fistulã mucozo - cutanate comunã, cu mucoza amabilã, uretri. 6-6 Fistulã completã sau comunã, apãnd un orificiu de intrare cutanatior altul de esoe prin mucoza amabilã. 7-7 Calositiãile ce formeazã caracateristica fistular complicate.

coprinse între arcuri, cele două feluri de epiteliuri se reunesc între dênsele.

Lipirea arcurilor la embrion este precedată de resorpția epiteliului, cea ce represintă o avivare naturală și permite aglutinarea părților în contact. Când această avivare lipsește într'un punct, sudura saü cicatrizarea fiziologică nu se face, și în acest nivel se forméză o fistulă cu tôte formele cunoscute.

Dinsa va fi complectă, când deschiderea branchială remâne nelipită în tótă întinderea sea. Iar când oclusiunea se obține într'o parte, atunci avem fistulă incomplectă. Și va fi órbă externă, când lipirea se obține din partea faringelui, remâind numai un traect mai mult saü mai puțin lung care, străbătând prin părțile moi, vine de se deschide numai pe piele. Alte dată, spintecătura branchială este obliterateată din partea tegumentelor și nu remâne de cât un traect ce se deschide în cavitatea faringienă, și atunci se forméză fistula numită órbă internă.

Și această ultimă varietate este origina unor fistule cari apar târziu, adică la o epocă fórte depártată de naștere, chiar la pubertate, lucru pus în evidență de Duplay. Fenomenul se esplică astfel: că acest canal intern, așezat în mijlocul țesuturilor gâtului, prin micșorimea și situația sea profundă nu se manifestă în momentul nașterei; dar mai târziu, în urma unei iritațiuni saü or cărei alte cauze necunoscute, membrana ce căptușește traectul secretéză celule lichide mai abondent, cari prin acumulațiunea lor, întinde păreții, transformând această cavitate la început virtuală într'o pungă manifestă și apreciabilă. Dinsa apoi mărindu-se din ce în ce, va fi coprinsă de inflamație și deschizându-se, va da naștere unei fistule permanente, a căria patogenie și structură va demonstra că este tot o fistulă branchială congenitală.

Din punctul de vedere clinic, aceste fistule se caracterisă că dau loc la o scurgere puțin abondentă, câte o dată intermitentă iar alte ori continuă. Scurgerea se manifestă în mod simțitor în urma unor influențe ca frigul, menstruația, emoțiunile morale, masticăția, etc.

Lichidul de obicei e clar, limpede, filant, mai puțin dens ca albumina de ou, aprópe analog cu mucusul nasal saü uterin și prezentându-ne la microscop celule pavimintóse saü cu cilii vibratili.

Tôte acestea contribue fórte mult în stabilirea diagnosticului în casuri dificile.

Un lucru iarăși important a acestor fistule este că, în momentul cateterismului, putem observa reflexe din partea aparatului respirator, precum tuse, schimbarea vocii, răgușială, opresiune etc., datorite

după Casset prezenței și iritațiunii firisoarelor nervoase din pneumogastric, ce ar determina o iritabilitate reflexă, analogă cu aceia ce se produce, când cu un corp strein atingem mucósa faringelui său a trachei.

Simpptomele. Se caracteriséză pe de o parte pe existența unui orificiú anormal așezat fie pe piele sau pe o membrană mucóasă or serósă; iar pe de alta, pe lichidele ce ies prin acest orificiú. Studiul acesta nu se póte face într'un tablou general, de óre-ce fie-care regiune imprimă fistulelor o fisionomie specială și caractere particulare. Ast-fel, simptomele fistulelor anale vor diferi cu totul de cele biliare, vesico-vaginale sau ale canalului lui Stenon.

Totuși putem stabili câte-va semne constante și comune or căreí fistule. Ast-fel vom avea în vedere :

1) Traectul și orificiurile cu tóte variațiunile și configurațiunile pe cari deja le-am studiat. Aci însă vom nota că, unele fistule se strimtoréză câte o dată când păreții se inflaméză și se tumefiază : fie în urma opririi în traectul lor a diferiților corpí streiní și materii întărite, sau în urma unei lipse de îngrijirí igienice.

De aci va resulta o întrerupere parțială sau totală a lichidelor, care va produce mai întâi o dilatație, iar în urmă o rupere a părților așezate d'asupra obstacolului; de unde nouă fuzee purulente, nouă creațiuni de fistule secundare.

II) Scurgerea constantă de diferite lichide prin fistulă, fie într'un mod continuú sau intermitent. Acéstă scurgere mai de obiceiú este purulentă, póte însă să fie înlocuită prin urină, bilă, lacrimi, salivă, etc., dupe organul afectat. Or cum ar fi însă, părțile din jurul fistulei vor fi coprinse de un eritem, exulecrațiuni și chiar ulcere, dupe natura mai mult sau mai puțin iritantă a lichidului ce se scurge, precum și delicateția regiunei. Și ca exemplu avem escoriațiunile și desquamatiunile vulvei și a cópselor în fistulele vesico-vaginale, în afará de mirosul particular ce exaléză.

In fine III, că organele ale căror lichide secretate se scurg într'un mod anormal, ajung cu timpul se presinte aberațiuni funcționale mergând chiar până a se atrofia. Ast-fel avem fistulele uretrale, vesicale, testiculare, unde nu numai că aceste organe se depártéză de rolul lor fisiologic, dar au tendința către o atrofie considerabilă sau micșorare de capacitate: calibrul uretrei se micșoréză putând chiar să dispară; testiculul se distruge; iar bășica se reduce ast-fel, în cât numai póte să conție de cât fórte puțin lichid.

Diagnosticul se bazéză pe totalitatea simptomelor descrise : con-

statarea unui orificiū, a traectului și a lichidelor ce se scurg, cari tôte asigură în mod suficient stabilirea diagnosticului.

Vom căuta a descoperi origina și cauzele fistulei, numărul orificiurilor, lungimea și direțiunea traectului, starea părților de prin prejur precum și diferitele complicațiuni. Atențiunea trebuie să ne fie atrasă asupra faptului, că sunt unele fistule intermitente prin aceea că, o mică peliculă cicatricială acopere orificiul și'l face să scape or cărei investigațiuni.

Pe de altă parte, unele orificiuri sunt profund așezate, ascunse între diferite pliuri sau acoperite de fungosități, ast-fel că ne trebuie o îndoită atențiune și numai prin stăruință și ajutați de deget, specul și stilet putem reuși în descoperire. În fine, foarte adesea, orificiul intern nu se pôte găsi și numai injecțiuni de lichide colorate ne pôte convinge de existența sea. Comemorativele și sediul anatomic ne vor arăta dacă fistula este congenitală sau dobândită. Prima se va găsi în anume regiuni, arătându-ne o dispozițiune anatomică particulară a vieții embrionare sau fetale, pe când cea accidentală o putem găsi în orî-ce regiune.

Pronosticul. — Unele fistule constituie mai mult o infirmitate de cât o bôlă; exemplu: fistulele órbe externe ale anusului; altele se însoțesc de turburări locale destul de grave, produse prin contactul lichidelor iritante pe piele, ca fistulele urinare; altele în sfârșit, aduc turburări generale serioase, cauzând slăbirea indivișilor: ca fistulele stomacale, stercorale, salivare etc.

Pronosticul devine mai grav când avem aface cu fistule complicate, adică cu prezența acelor çalosități mai mult sau mai puțin numeroase și mari; căci ele nu numai că împedecă libera scurgere a lichidelor, dar, provocând retențiune, pot fi punctul de plecare al unor adevărate infecțiuni, în urma resorpției continue a materiilor putrede ce stagnează în mijlocul țesuturilor.

Starea generală a individului și în special diatezele, jôcă un rol foarte important: căci de sigur, altul va fi pronosticul unei fistule de origină emoroidală și altul când e consecința unei tuberculose. Precum de asemenea, o fistulă așezată în părțile moi, va avea un pronostic cu totul deosebit de o fistulă osôsă etc.

În orî-ce cas însă, nu trebuie să ne așteptăm nici o dată că o fistulă s'ar putea vindeca în mod spontanat; de aceea trebuie să intervenim.

Tratamentul. — Sunt foarte rari casuri în care o fistulă să se pôtă vindeca fară un tratament chirurgical. Totuși, autorii susțin că la indivișii sifilitici, scrofuloși și debili, să se încerce o medicațiune internă

reconstituantă și specifică care, însoțită de compresione și lichide modificătoare topice, ca nitrat de argint, tinctură de iod etc. ar putea aduce vindecarea unor fistule. Dar în afară de aceste casuri excepționale, trebuie să recurgem la următoarele două metode :

Excisiunea totală a fistulei, după care vom căuta să obținem reu-nirea prin prima intenție. Metoda acesta susținută de Alphonse Guerin, este aprópe părăsită: pe de o parte că e dificilă, iar pe de alta că reu-nirea prin prima intenție neputându-se obține tot-d-a-una, ne rămâne în loc o plagă foarte întinsă care póte da loc la o cicatrice diformă; plus că, une-ori a survenit accidente regretabile compromițând viața indiviđilor.

A doua metodă mai simplă și ușóră constă în spintecarea traectului fistulos, fie cu bisturiul său fórfecele, dar mai de preferat cu ferul roșu, cea ce constituie metoda lui Bonnet de Lyon. Astăđi procedăm în modul următor: Prealabil se introduce prin cele două orificiuri o sondă canelată, sub căpătăele căria să nu uităm a pune câte un mic tampon de tifon, spre a evita arsurile pielii ce s'ar produce prin încăldirea sondei în timpul operației. Rămâne însă bine înțeles că înainte de a interveni, vom prepara bolnavul prin băi și spălături antiseptice după casuri.

Pierre de Marchettis recomandă cauterizarea traectului cu un stilet încăldit la foc; lucru care ađi se póte înlocui cu mult avantajii prin galvano-cauterul, având superioritatea că stiletul, îl introducem în stare rece și numai după ce am străbătut întregul tracet, atunci îl roșim prin electricitate.

Tóte aceste metode aű de scop de a modifica și distruge päretele fistulei provăduť cu fungosităđi și a' l face apt pentru a se lipi prin desvoltarea unor muguri cărnoși de bună natură. Când fistula este simplă, orice secțiune e suficientă; în casuri însă de fistulă complicată, atunci trebuie să distrugem tóte cele alte traecte secundare precum și răđuirea tuturilor fungosităđilor ce ar exista. Unii mai susțin încă și ridicarea calosităđilor. Dar noi în privința excisiunii calosităđilor, suntem de aceeași opiniune cu Pozzi că, nu trebuiesc atinse, de óre-ce, în urma operațiunei fistulei, dênsele de la sine se modifică, ramolindu-se încetul cu încetul, până finesc a dispere prin topire, fără să avem trebuința a recurge la acele mari devastări determinate cu o tenacitate vrășmașiască de vechii chirurđi.

Ingrijiri antiseptice ulterióre vor complecta în majoritatea casurilor vindecarea perfectă. În timpul operației vom căuta să scótem or-ce corp strein aflat în țesuturi precum: eschile, sequestre, dinți ca-

riați și la necesitate să aplicăm tuburi de drenaj și să facem contra deschideri.

Trebue însă să mărturisim că sunt unele fistule cu totul greu de vindecat; ba unele chiar în afară de resursele artei. Ast-fel avem fistulele prin cari se scurge un lichid de secrețiune sau excrețiune. Aci câte o dată căutăm mai întâiu să împuținăm sosirea lichidului care întreține fistula: așa, în casuri de fistulă salivară compresiunea parotidei adesea a avut drept efect să împuțineze secrețiunea salivei, și în acest timp s'a profitat de ocazie pentru a se grăbi cicatrizarea traectului prin mijloce apropiate.

Alte dăți căutăm să creăm o cale artificială mai favorabil dispusă pentru scurgerea lichidelor. Ast-fel, în unele fistule salivare sau lacrimale perforăm obrazul sau osul unguis, în urma căria saliva și lacrămile scurgându-se prin această nouă cale, fac ca diformitatea să fie mai suportabilă.

Alte dăți, unim fistula cu cavitatea vecină cu care comunică, formând un singur și același canal, precum de exemplu în fistulele recto-vaginale, ca cel puțin escrementele să nu mai potă stagna în acest din urmă organ, cauzând noi complicațiuni.

Alte dăți în fine, suntem siliți să sacrificăm un organ întreg, să schimbăm sexul! ca în fistulele vesico-vaginale unde, ca ultimă resursă, nu ne rămâne de cât ocluziunea vulvei sau chiar a vaginului.

CHESTIONAR

Istoricul. Definiția fistulelor după cei vechi și în special dupe Boyer. Definiția lui Cruveilher, Duplay și Reclus. Definiția actuală.

Clasificațiunea: congenitale, accidentale și limfatice.

Etiologia. Considerațiuni generale. Fistule prin lipsă de cicatrizare și cicatrizare anormală sau defectuoasă.

Casurile unde se întâlnesc fistulele prin lipsă de cicatrizare: absența de plasticitate; topirea repede a țesutului gresos; depărtarea părților; mobilitatea prea mare; iritațiunea continuă a traectului; prezența corpilor streini; suprafața întinsă a soluției de continuitate.

Fistule prin cicatrizare anormală: fistule labiforme sau ostiale. Opiniunea lui Verneuil. Anatomia patologică. Orificiul de intrare și eșire. Orificiū proeminent, turtit, deprimat și în stropitoare.

Traectul cu diferitele sale forme și direcții foarte variate.

Examenul microscopic al traectului. Chestiunea de doctrină. Opinia lui Pozzi și a autorului.

Calositățile, fistule complicate. Semnificațiunea, importanța și patogenia calosităților dupe Marvidès.

Fistulele congenitale: ostiale și canaliculate. Patogenia prin absența de coalescență a arcurilor branchiale. Diferite varietăți și caracterile clinice. Fenomenele reflexe.

Simptome. Variabile. Semnele constante și comune or-cărei fistule: dupe traect, scurgere și organe.

Diagnosticul. Se basază pe simptome; diferite manipulații, injecții colorante, comemorative și sediul.

Pronosticul, variabil și depinde de natura, organul afectat și complicații. Diatezele.

Tratamentul. Excisia totală (Alphonse Guerin). Spintecarea (Bonnet de Lyon). Canterisarea traectului cu un stilet roșu (Marchettis). Scopul final. Măsurī excepționale.

DESPRE GANGRENĂ

(Γάγγραινα din γράειν, mănânc, sfășii, consum, devorez).

Lecția VIII.

Domnilor,

Gangrena, bôla cu tendință irezistibilă către distrucție, este caracterisată printr'o lipsă absolută și definitivă de hrană a unui țesut sau organ, care însă, de și lipsit de nutrițiune, sensibilitate și motilitate, totuși continuă a face parte din restul organismului viu.

Punctul principal din această definițiune este *lipsa absolută și definitivă de hrană sau de circulațiune*, căci, în adevăr, putem avea un membru cu o abolițiune totală a sensibilității și motilității, ca în paralisii, fără cu toate acestea să avem gangrenă, tocmai din cauză că viața există, grație integrității vaselor și a lichidelor nutritive, cari continuă a hrăni organul fără simțire și fără mișcare.

Pe de altă parte, prin acești termeni, gangrena se deosebete de *asfixia locală* sau mórtea aparentă a unei părți, unde viața este numai suspendată, având însă posibilitatea de a reînvia; și acesta iarăși pentru cuvântul că lipsa de hrană nu e definitivă. Sunt în adevăr exemple de asfixie locală unde căldura, sensibilitatea, mișcarea, bătaile arteriale și în fine toate fenomenele vieții par a fi stinse, și cu toate acestea, puțin câte puțin, totul pôte fi reanimat și organul adus la vigórea sa primitivă. Această distincțiune are importanță în chirurgie, oprindu-ne de a recurge imediat la amputațiunea unui membru, când prin alte mijlóce îi putem reda viața.

Usagiul a făcut că în gangrenă să se adopteze mai multe numiri, cari, de și exprimă una și aceeași idee, totuși trebuie să le menționăm. Ast-fel avem:

Sfacel (sphacelus din σφάκελος) represintă mórtea unui membru întreg și în tótă grosimea sa: piele, țesut celular, aponevrose, muschii și însuși ósele.

După Galien, gangrena ne arată fenomenele preparatorii pentru distrucțiunea țesuturilor; pe când sfacelul arată mortificațiunea definitivă a acestor părți.

II. *Eschara* (εσχάρα=crustă neagră sau brună), este partea neagră, brună, care rezultă din mortificațiunea și desorganizarea părților moșt atinse de gangrenă și destinată a se elimina după 12—20 zile în urma unei inflamațiuni și supurațiuni.

III). *Necrobiosa*, cuvânt introdus de Virchow, este iarăși o gangrenă, însă a părților celor mai fine ale unui țesut și cari nu se pot constata de cât cu microscopul.

Jacoud, numește necrobiosă orice mortificațiune a părților cari nu este în contact cu aerul Ast-fel zicem : necrobiosa crebrului, a splinei, a ficatului etc. Iar când aceste elemente microscopice mortificate (gangrenă moleculară) sunt în contact cu aerul, ia numele de ulcer.

IV). *Infarct* este o gangrenă a unui teritoriū limitat din organele splashnice, precum: uter, splină, ficat, intestine, mesenter, etc.

Dénsul diferă de necrobiosă prin aceea că, pe când prima nu se constată de cât cu microscopul, infarctul se pôte observa chiar cu ochiul liber, avënd o suprafață destul de întinsă.

V). *Necrosa* (νεκρὸς=mort) este mortificațiunea óselor și a cartilajelor; iar *sequestru*, porțiunea de os mort care trebuie să iasă afară din organism.

Necrosa represintă gangrena părților moșt, iar sequestru pe acela de eschară.

Etiologia.—In nutrițiunea și viața elementelor anatomice, se cere trei lucruri principale : I) Ca structura țesutului să fie intactă și cu o compoziție chimică normală ; II) ca un material bun de nutrițiune să fie continuū adus de sânge, descărcându-se în acelaș timp organismul de resturile devenite netrebuincióse, cu alte cuvinte, ca asimilațiunea și desasimilațiunea să se efectue regulat ; și III) ca sistemul nervos, adică inervațiunea să se facă într'un mod fórte fiziologic. Când unul din acești factori cari forméză trepiedul vieței organice va lipsi, atunci gangrena pôte fi rezultatul fatal al unei asemenea stări de lucruri.

De aci trei marī clase de gangrenă :

1) *Gangrene directe* sau după Berne, *morfopatic*, cari rezultă din schimbarea de formă și de structură a organismului.

2) *Gangrene indirecte* sau *emopatic*, cari provin din leziunile părților vascularī, sau din supresiunea or alterațiunea lichidului nutritiv.

3) *Gangrene de origină nervósă* sau *nevropatic*, acelea cari rezultă dintr'o alterațiune de inervațiune generală, sau limitată numai la un membru.

§ I. Gangrene morfopatice sau directe.

Or-ce cauză care într'un mod brusc, instantaneu sau lent, aduce o modifi cațiune profundă în structura elementelor anatomice sau a țesuturilor, puindu-le într'o stare imposibilă pentru schimbul lichidelor nutritive necesare vieții, pōte să dea naștere la gangrenă. Căci, în aceste casuri, celulele își perd raporturile reciproce, precum și raporturile ce au cu terminațiunile nervōse și rāțelele vasculare. În această clasă putem număra :

a) Tōte cauzele de ordine mecanică, precum : contusiunile forței, sdrobirile, plăgile prin armă de foc, ruperile, smulgerile violente, compresiunile mult timp prelungite și în general tōte traumatismele mari.

Nu trebuie însă să uităm puterea de rezistență a vaselor în asemenea casuri, grație constituțiunei lor, de unde rezultă că, chiar în urma unor traumatisme mari, circulațiunea încă se pōte restabili, cu tōtă desorganizarea elementelor anatomice a părței traumatizate. Iar când și vasele, cu tōtă rezistența lor, totuși, nu au putut scăpa de acțiunea unui traumatism fōrte violent și când pe lângă acesta se mai adaogă și un agent septic, atunci gangrena apare imediat luând numele de gangrenă instantanee, fulgerătoare (foudroyante) pe care o vom studia mai târziu și anume la complicațiunile plăgilor.

b) *Agentiū fizicū*. — Temperaturile anormale (căldura și frigul), pot provoca gangrena : sau când ating grade extreme, sau când acțiunea lor chiar medie fiind, este însă prelungită mult timp asupra organului. Ast-fel, Conheim a arătat prin experiențele sale că : puind urechia sau laba unui epure în apă ferbinte la 54—58°, sau într'un amestec refrigerent de 16—18° minus, aceste organe se mortifică definitiv și într'un mod cu totul iremediabil. La o temperatură însă de 46—48° plus, sau la 7—8° minus, chiar daca prelungim contactul pentru câte-va minute, nu provocăm de cât cel mult puțină inflamație. Iar daca căldura nu întrece 42° plus, sau 1—2° minus, obținem o simplă iperemie pasageră. Ținând însă membrul mai multe ore într'un mediu de căldură sau frig, chiar fără a întrece o temperatură medie, putem observa o mortifi cațiune mai mult sau mai puțin întinsă.

Se susține că gangrena, în aceste circumstanțe de căldură excesivă, provine din coagulațiunea albuminei aflată în țesuturi; pe când frigul, care represintă excitatorul prin escelență a contractilităței vaselor, determină, fiind împins prea departe, o micșorare a calibrului vaselor, decī o ischemie, urmată repede de o formațiune de trombosă în vene, și de aci o oprire complectă a circulațiunei. E posibil, că și alterațiunile în terminaările nervōse să jōce vre-un rol.

Trebue însă să adăogăm că acțiunea acestor agenți depinde și de constituțiunea organului. Ast-fel, o ansă intestinală supusă la o temperatură de $+8^{\circ}$ sau -10° în timp de 2 ore, se va mortifica la sigur; pe când un muschiu sau pielea nu va suferi absolut nimic (?).

c) Cauterisațiunile profunde cu ferul roșu, moxele, arsurile cu gaz pot lucra în două feluri: Câte o dată ard țesuturile într'un mod complet distrugând și gazeficând în totalitate totă materia organică. Aci de sigur nu mai e vorba de gangrenă, căci țesutul se evaporă sub formă de oxigen, idrogen, azot și cărbune dispărând sub diferite stări de combinațiune. Alte dată însă, combustiuinea este incompletă și atunci, după acțiunea caloricului, rămâne o parte mortificată sau carbonisată, o adevărată eschară tare, aspră, de o colóre galbenă sau neagră dupe țesuturile atinse, și în sânul căria putem să deosebim elementele anatomice alterate.

d) Agenții chimici determină gangrena în două moduri: Unele acide și săruri ca acidul sulfuric, chlorur de zinc, de mercur, de antimoniu etc. fiind foarte avide de apă, răpesc acest lichid aflat în țesuturi; iar când densul s'a isprăvit, atunci se produce o nouă formațiune de apă pe socotela oxigenului și idrogenului din materiile animale. Când totul s'a întrebunțat și coagularea sângelui s'a efectuat, rămâne cărbunele singur expus, și lui se datorește formațiunea acelei eschare negre și tare care succedază acțiunei unor asemenea acide.

Alți agenți chimici, ca bazele de potasă, sodă, amoniac etc. au o acțiune mai complexă în mecanismul lor. Densii răpesc mai înteiu apa din țesuturi și în urmă se combină cu materiile grase, spre a forma săpunuri, și cu acidele pentru a da naștere la carbonați, acetati, lactati și fosfati alcalini. Gangrena decî în aceste casuri, recunoște o alterațiune forte profundă a elementelor anatomice.

e) *Electricitatea* lucră în două moduri diferite: daca cu ajutorul unei pile încăldim până la roșu un fir de platină sau un cuțit galvanic, și daca acest corp incandescent îl aplicăm pe un țesut, densul va determina o gangrenă prin simplă arsură, în urma enormei călduri de care e provădit.

Când însă electricitatea va lucra separat prin unul sau cel alt pol al său, atunci acțiunea sea va fi identică cu aceia a agenților chimici. În adevăr, s'a demonstrat că curentul electric descompune sărurile chimice aflate în țesuturi și anume că: acidele se duc la polul pozitiv, iar bazele la polul negativ. Decî, în acest cas, presupuind că o regiune este străbătută de polul pozitiv, escharea va fi tare, neagră și uscată; pe când, fiind străpunsă de polul negativ, escharea va fi iden-

tică cu aceia determinată prin acțiunea bazelor, adică mai môle și mai fluentă.

Aceste cunoștințe sunt de mare folos în studiul electro-terapiei și mai ales în tratamentul tumorilor. Ast-fel, dându-ni-se o tumoră vasculară, vom face uz de polul pozitiv, care, atrăgând acidele, vom obține o eschară solidă, puindu-ne la adăpostul emoragiilor primitive sau secundare; pe când, fiind vorba de o tumoră mai mult sau mai puțin solidă și nevasculară, putem întrebuința polul negativ; căci prin acțiunea chimică a bazelor, vom obține o eschară môle, care deslipindu-se în urmă, putem ajunge cu timpul la fragmentarea treptată a tumorei, atingând chiar disparițiunea sa completă, prin repețirea producțiunei unor asemenea eschare.

Recapitulând speciile de gangrene morfopatiche avem:

- 1). Gangrene prin *traumatisme*;
- 2). „ „ *ustiune* (arsuri);
- 3). „ „ *congelatiune* (frig);
- 4). „ „ *caustice* (chimice);
- 5). „ „ *fulgurațiune* (electricitate).

§ II. Gangrene emopatiche sau indirecte.

De la integritatea funcționarei cordului, arterelor, capilarelor și venelor, depinde mersul regulat al curentului sanguin, care, la rândul său, asigură nutrițiunea elementelor anatomice. Cu totă această integritate însă, dacă sângele va întâmpina în drumul său un obstacol destul de simțitor, ast-fel în cât puterea cordului să nu fie suficientă pentru a-l învinge, atunci partea organului așezată sub obstacol, va fi lipstă de hrana necesară și prin urmare va cădea în gangrenă.

Acesta este cazul când aplicăm o legătură pe un vas arterial principal, și care de sigur ne represintă mecanismul cel mai simplu pe care ni-l putem imagina, spre a suprima într'un mod total și definitiv circulațiunea sângelui într'un teritoriū anumit. .

Vin apoi plăgile complete ale arteriilor și compresiunile forți prin bandage, precum și diferite alte tumori, unde gangrena este produsă tot prin acelaș mecanisim de întrerupere a curentului sanguin.

Este însă o altă clasă foarte mare de gangrene cari rezultă din alterațiuni mai mult sau mai puțin profunde a diferitelor organe ale circulațiunei.

Și de ôre-ce trombosa, ateromul și embolia sunt strâns legate

cu aceste leziuni și jăcă cel mai mare rol în producerea gangrenei, trebuie să le dăm óre-care dezvoltare. Decí vom studia :

- 1). Gangrenă prin trombosă ;
- 2). „ „ aterome ;
- 3), „ „ embolii.

Gangrenă prin trombosă. — (*Τρόμβωσις, Θρόμβος, grumus, grunjiú*).

Trombosa este un proces morbid, fórte bine studiat de Virchow, caracterisându-se prin coagulațiunea sângelui în timpul vieței, în interiorul sistemului vascular: cord, artere, capilare sau vene. Coagulul ia numele de *trombus*.

Pentru a înțelege mecanismul producerii unui trombus, trebuie să ne reamintim că fluiditatea sângelui se datorește la două factori: primo, la un motor—cordul—care să'i imprime o mișcare continuă; și secundo, la o capacitate determinată de calibru a vaselor, prin care sângele să pótă circula cu înlesnire. Când dar cordul va avea mai puțină forță, iar vasele o micșorare, sau mărime prea mare a capacităței sale, va determina fie-care la rëndul lor coagularea sângelui, trombosa. De aci:

Gangrenă prin trombosă de origină cardiacă.

„ „ „ „ „ vasculară arterială sau venósă.

Acéstă din urmă însă, nu are mare importanță, căci óri-care ar fi cauza de micșorare sau dilatare a venelor, coagulul ce se va forma nici o dată nu va fi în stare să producă o gangrenă, din cauza enormelor anastomose și a numărului considerabil de vene ce există în organism; ast-fel că, o întrerupere totală a circulațiunei venóse nu se póte realiza, afară numai daca trunchiul principal va fi astupat, precum vom vedea în capitolul următor. De aci rezultă că, în dilatațiunii mari venóse, ca varice; sau în strâmtorare ca în compresiuni de diferite naturi, trombusurile de și destul de voluminoși, rămân fără nici o putere în determinarea unei gangrene propriu zise. Tot așa vom zice și de trombusurile de origină capilară; căci ca și cele-l'alte nu pot produce de cât mici gangrene, sau mai bine zis necrobiose sau cel mult infarcte, interesând mai mult medicina.

Nu e tot ast-fel cu trombosele arteriale, despre care însă vom vorbi la aterome. Ne rămâne decí a studia :

Gangrenă prin trombosă de origină cardiacă.— Bólele cordului nu jăcă un rol din cele mai principale în acéstă cestiune, căci or-carí ar fi turburările sale funcțiionale, dênsele nu vor putea ajunge să'i mic-

șoreze activitatea până a aduce o oprire a circulațiunei, fără ca în acelaș timp să nu ridice și viața individului. Decî am putea zice a priori, că pe cât timp cordul va bate, pe atât gangrenă din cauza sa nu se va produce.

Cu tóte acestea, dacă ne închipuim un cord bolnav, fie că posedă obstacole anatomice la orificiurile sale (leziuni valvulare sau aortice); fie că musculatura sea e atinsă de o degenerescență gresósă, atunci densusul își va perde o parte din forța contractilă; sângele va fi împins cu mai puțină putere în vase; tensiunea sanguină va fi mai mică; și prin urmare, în fața celui mai neînsemnat obstacol, curentul sanguin se va opri, neavënd destulă forță pentru a'l învinge; decî consecutiv producere de gangrenă. Și în adevăr, în bólele infecțioase ca: tifus, cholera, febrele eruptive, cachexia de miserie și ftisia pulmonară, carî aű proprietatea de a determina asemenea leziuni cardiace, vedem producându-se gangrene în locuri fóрте ușor comprimate ca: sacrum, trohantere, călcăe etc.

Causa intimă a producățiunei trombosei, de și aparține mai mult de domeniul patologiei interne, totuși e bine să ne oprim puțin asupra ei.

Din discuțiunile ce aű urmat, aű eșit mai multe teorii: Unii autori observând că: tifosul, difteria, ftisia, cancerul, supurațiunile abondente și mult timp prelungite, febrele paludeene și anemia generală profundă, sunt mai tot-d'a-una însoțite de acest accident, aű conchis că trombosa forméză apanagiul bólelor generale grave. De aceia, Virchow a adoptat numele de *trombosă de marasm*; Wagner de *trombosă de sleire a organismului*, iar alții de *trombosă spontanată*, toți voind să arate că acest proces morbid, este cu desăvêrsire independent de or-ce leziune a păreților vasculari (?).

Alți autori ca Bouillaud, Trousseau și Bertin aű mai adăogat un nou factor și anume că: aceste bóle generale, imprimă sângelui o proprietate neobicinuită, o modifacățiune specială, în urma căria densusul se póte coagula cu cea mai mare înlesnire, fenomen căruia Vogel i-a dat numele de *inopexie* (*ἰσ-ἰνώσις*=fibră și *πέσις*=coagulare). Decî, fibrina sângelui, căpêtând calitatea de a se coagula într'un mod fóрте ușor, póte să dea naștere la trombosa în fața celui mai mic obstacol. Și daca la acésta se mai adaogă, dic densusii, și faptul că globulele albe își mărssc viscositatea, vom avea tot ce ne trebuie pentru obstrucțiunea vaselor; pentru întrepruperea lichidului nutritiv; pentru producerea unei gangrene. Și cu atât mai mult se părea că acéstă teorie e solidă, cu cât Feltz, în 1871, descoperise în sânge, în asemenea casurî de bóle infecțioase, prezența de filamente fibrinoase (hyperinosă) aflate în suspensiune în acest lichid, circumstanță care putea să favo-

riseze în mod sigur dedublarea plasminei sângelui, sau mai bine și formarea de trombosă.

Cu toate acestea, unii autori, și în special Picot, nu admite iperinoza cu inopexia, și iată pentru care cuvinte: Este adevărat, și ce acest autor, că trombosă se arată în bólele generale infectioase, dar densa are acest lucru particular, că se stabilește mai tot-d'a-una în vene și în special în venele membrelor superioare sau inferioare și câte o dată în sinusurile durei mater. Este iarăși foarte adevărat că în bólele infectioase cari aduc o turburare considerabilă în nutrițiunea generală, cordul se alterează în structura sa normală, muschiul cardiac este atins de o degenerescență granuloasă sau gresosă mai mult sau mai puțin înaintată și în urma căria forța de propulsie a sângelui se micșorează în raport cu această degenerescență; dar trebuie să ne reamintim că circulațiunea venoasă nu depinde atâta de cord pe cât de actul respirator. În adevăr, fiziologia ca și cercetările lui Bérard, confirmate de Lancereaux, ne arată că, circulațiunea sângelui venos se face grație golului ce se produce în timpul inspirațiunii (aspirațiune toracică). Și în această privință, Lancereaux a stabilit următoarea lege: coagulațiunea sângelui este supusă unei legi fizice: densa se produce acolo unde acest lichid are mai multă tendință către stază, adică la limita de acțiune a forțelor de impulsie cardiacă și de aspirațiune toracică. Pentru membrele inferioare, trombosă ocupă venele femorale în nivelul punctelor unde aceste vene încetază de a adera cu pânza aponevrotică și prin urmare acolo, unde circulațiunea venoasă nu mai este supusă la forța aspiratrice a toracelui. Pentru membrele superioare, trombosă se produce la rădăcina acestor membre, adică în vena axilară; iar pentru regiunea superioară a corpului, în sinusurile cerebrale. Se cere dar, pentru îndeplinirea circulațiunii venoase, ca venele să fie în permanență deschise, lucru ce este asigurat: pe de o parte prin stratul musculos de care ele sunt provădute, iar pe de alta și mai ales, prin conexiunile ce aceste vase au cu organele vecine. Pentru venele mari însă, ca axliara, iliaca, femorală etc. niște asemenea aderenți nu există, ast-fel că, deschiderea lor este încredințată numai stratului musculos.

Este probabil deci, că în bólele generale grave, nu numai cordul dar și muschii venoși sunt atinși de degenerescența gresosă, așa că, vena axilară și iliacă fiind lipsite de contractilitatea musculară, nu vor mai putea rămâne deschise, și prin urmare sângele, întimpinând un obstacol se va opri, se va coagula și va da naștere la o trombosă.

Iată dar pentru ce în bólele infectioase tot-d'a-una trombosă se va găsi în vena axilară sau iliacă. Sângele nu se va putea coagula în artere sau capilare, din pricină că or-cât de mare ar fi degeneres-

cența cordului, contracțiunile sale de și slabe, totuși îi asigură propulsiunea; densusul iarăși nu se poate coagula în cele alte vene, căci ele, grație aderențelor de cari am vorbit, rămân deschise, cu totă alterațiunea stratului lor muscular, așa că sângele, animat numai de *vis a tergo*, poate să-și continue drumul. Densusul însă se va opri în mod fatal în vena axilară sau iliacă, nu prin faptul inopoxiei sau iperinozei, ci prin lipsa de contractilitate musculară; prin închiderea pasivă a orificiurilor sale, contra căria *vis-a-tergo* nu va putea lupta.

Teoria acésta e pe cât se poate de ingenioasă dar, dupe cum vom arăta mai la vale, trombosa se datorește mai probabil acțiunii microbilor și modificațiunelor ce densesii imprimă globulelor sângelui, precum și iritațiunii păreților vasculari, în urma cărora, degenerescentele musculare ale vaselor urmăză ca o consecință inevitabilă.

În orî-ce cas, fenomenul acesta este cel mai rar și cel mai mortal ce se poate observa în chirurgie, căci în general, trombosa iliacă dă mai des *flegmatia alba dolens* proprie parturientelor. Nu este însă mai puțin adevărat, că circulațiya venosă întreruptă, fie printr'o trombosă totală a venei femorale sau poplitee, fie printr'un bandagiū prea compresiv, dă naștere la gangrenă.

Pentru a termina vom spune că trombozele ce nasc în venele mici și depărtate de centru, densesle încep în dreptul unei valvule și merg crescând cu cât înainteză spre cord. Trombosul în general nu aderă mult cu păretele vascular, așa că se poate deslipi, să fie târât de curentul sanguin, devenind ast-fel un embolus. Daū aci fig. 22 luată din Berne, reproducă din Lancereaux, ce ne reprezintă foarte exact formațiunea și situațiya unui trombus.

Leziunile inflamatorii ale arterelor pot și ele să producă trombosă și de aci gangrenă.

În adevăr, în endarterita acută, lăsând la o parte cele alte leziuni, avem că inflamațiya petrecându-se pe socotela aprópe exclusiv a tunicei interne, densa se tumefiază și presintă pe suprafața sea plăci pronunțate, destul de întinse, cu un contur regulat și în general circular. Aceste mici plăci, compuse din celule embrionare și celule mari turtite cu 1—2 nucleii, se pot uni între densesle și să formeze la suprafața internă a vasului ridicături și depresiuni, având un

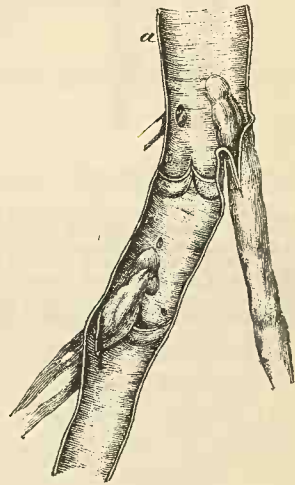


Fig. 22.

a, vena femorală stângă, în interiorul căria se prelungesc coagulii de trombosă dezvoltată în vena safenă internă și femorală profundă.

aspect gelatiniform. Când aceste excrescențe se dezvoltă prea mult, luând forma unor vegetațiuni, ele pot să strimptoreze lumina vasului, să geneze sau chiar să întrerupă cursul sângelui care se va coagula dincolo de obstacol.

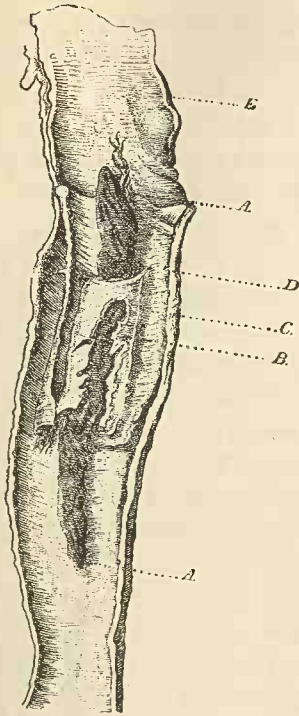


Fig. 23

E, artera iliacă externă spintecată pentru a se vedea coagulul.—AA, coagulul trombotic aderent de tunica internă și astupând lumina vasului.—B, tunica internă pe care înadins am tăiat-o lăsând numai o mică punte pentru a se vedea conexiunile sale cu coagulul.—C, tunica medie.—D, tunica externă.

Forma acesta de trombosă se observă mai ales în bólele generale grave și de natură infecțioasă ca febra tifoidă, tifosul etc. Dați aci un model original de o asemenea trombosă, găsită la un bolnav adus în serviciul meu cu o gangrenă uscată a membrului inferior drept, venită în urma unui tifos exantematic.

La autopsie, am găsit acest trombus în artera iliacă externă, cu totul lipit de tunica internă și astupând complet lumina vasului, precum arată fig. 23 și a cărei observație o voi da în extenso la capitolul cuvenit.

DESPRE GANGRENĂ

(CONTINUARE)

Lecțiunea IX.

Domnilor,

Continuăm ađi studiul gangrenei începând cu

II. Gangrenă prin aterome (*ἀθήρωμα* = aterom din *ἀθήρα* = cocă, terciă, bouillie).

Prin *aterom* se înțelege niște mici plăci dar numeroase, compuse din elemente celulare impregnate de granulațiuni gresóse, opace și de o colorațiune galbenă, pe cari foarte adesea le întâlnim pe fața internă a arterelor.

Micile plăci se pot uni și confunda între dênsele în așa grad, în cât să formeze ceia ce se numește *focare ateromatóse*. Aceste focare așezate în tunica internă îngroșată, sunt largi, puțin profunde și cu marginile anfractuóse. Ele sunt acoperite de o peliculă subțire, cartilaginiformă, constituită de stratele cele mai superficiale ale tunicii interne și care separă focarul ateromatos de curentul sanguin.

Făcând o secțiune unui aterom, constatăm că dênsul e format din două părți: una superficială, tare, cartilaginiformă; și alta centrală môle, pulpósă, ca o cocă, de unde 'i-a provenit și numele de aterom. Examinat la microscop, se vede că dânsul conține un amestec de molecule gresóse, corpă granuloși și cristale de colesterină și acidi grași; elemente ce se găsesc în abcesele cronice și unele kiste sebacee.

Teoriile ateromului sunt multiple.

Ateromul, Ńice Hippolyte Martin, a fost f3rte bine studiat. S'a c3utut mai cu deosebire a se interpreta diferitele stadiuri ale evoluŃiunii sale ; s'a c3utut a se iŃtelege patogenia sa ; dar cu t3te aceste silinŃe, patologiŃtii nu au putut s3 l3mureŃc3a iŃtr'un mod clar chestiunea.

F3r3 a intra iŃ detalieri mari, vom spune c3 opiniunile autorilor se iŃpart iŃ dou3 :

Virchow admite dou3 feluri de alteraŃiuni a vaselor, f3rte analoge iŃ rezultatul lor final : mai iŃt3iu o metamorfos3 gres3s3 simpl3 care se manifest3 d'a dreptul f3r3 nici un stadiu anterior apreciabil ; Ńi iŃ urm3, o alt3 metamorfos3 gres3s3, precedat3 iŃs3 de un stadiu de iritaŃiune. Ńi mai cu s3m3 acest din urm3 proces este, dupe Virchow, care d3 leziunea numit3 ateromat3s3.

Dupe Virchow dec3, avem mai iŃt3iu o endarterit3, adic3 o inflamaŃiune a p3reŃelui vascular Ńi iŃ urma aceŃtia apare degenerescenŃa ateromat3s3.

Lancereaux admite Ńi el dou3 stadiuri : unul activ caracterizat prin multiplicaŃiunea nucleilor Ńi iperplasia stratului dermic al membrane3 interne ; Ńi altul regresiv datorit lipsei de materialuri necesare nutriŃiunii.

Cornil Ńi Ranvier sunt cu totul contra aceste3 idei. Ei admit c3 ateromul se produce f3r3 intervenŃiunea celui mai mic proces inflamator din partea vasului, Ńi iat3 cum : la iŃceput se form3z3 iŃ tunica intern3 un deposit de pic3turi gres3se, iŃ mijlocul c3rora se deosebesc c3te o dat3 resturi de nucleu, recunosc3ndu-se dupe coloraŃiunea roŃie ce cap3t3 prin carmin. Dupe ac3st3 prim3 peri3d3, vine apoi endarterita cronic3, rezult3nd din iritaŃiunea lent3 ce determin3 aceste mici produse cari, necros3ndu-se, lucr3z3 iŃtocmai ca niŃte corpi streini.

Dec3, ateromul departe de a fi efectul unei endarterite cronice, este din contra cauza aceste3 afecŃiuni.

Ac3st3 idee a lui Cornil Ńi Ranvier, este primit3 Ńi de H. Martin iŃs3 sub o alt3 form3, Ńi anume prin *arterio-scleros3*, care trebuie considerat3 ca o faz3 de arterit3 susceptibil3 de a trece prin diferite degenerescenŃe : gres3s3, calcar3, amiloid3, hialin3 etc., dar care, iŃ cele din urm3, ajunge de a coplesi iŃtregul vas arterial cu un Ńesut conjunctiv adult, av3nd o putere retractil3. IŃ adev3r, zice acest autor, ateromul nu este rezultatul unei endarterite cronice, dar nu trebuie considerat nici ca o leziune primitiv3, ci ca o consecinŃ3 a inflamaŃiunii vaselor nutritive (*vasa vasorum*).

EvoluŃiunea acestui proces morbid, s'ar petrece astfel :

Sub influența unor agenți ca: sifilisul, paludismul, alcoolismul, tabagismul (abus de tutun) etc., pãretele intern al micelor vase nutritive se inflamãzã (endarteritã); celulele proliferãzã și strãmpторãzã încetul cu încetul orificiul vascular. Dar în urma acestei obstrucțiunii, primul organ ce va suferi mai întâi, va fi stratul profund al tunicei interne, care fiind lipsit de vase și hrãnindu-se prin imbibitiune, nu pöte sã primescã de cât alimente insuficiente sau de o calitate pröstã.

Iar când strãmpторarea acestor *vasa vasorum* va fi mai completã, atunci și tunica medie va începe sã fie alteratã la rëndul sëu, (meso-arteritã), alterațiune care va consta într'o regresiune gresösã a fibrelor musculare ca și a celulelor sale, terminãndu-se în cele din urmă prin aceia cã töte fibrele sale musculare, vor dispãre, înlocuindu-se prin fãșiile conjunctive, cari se vor îndura într'un mod progresiv.

Dupã tunica medie, vine rëndul tunicei externe (periarteritã), a cãrei leziune se resumã într'o îngroșare, copleșind de o datã, atât fãșiile fibröse cât și fãșiile sale elastice. Ultima parte din arterã care va capitula, va fi stratul superficial al tunicei interne, din cauzã cã dënsul, probabil, continuã a'și extrage elementele nutritive din masa sanguinã, cu care se aflã în contact. Dar cu timpul și acest ultim strat se va altera, când *vasa-vasorum* se vor oblitera cu desãvãrșire.

Din acëstã stare de lucruri va resulta cã artera principalã, lipsitã fiind de arterele nutritive, va suferi și ea la rëndul sëu: tunicele sale vor fi coprinse de degenerescentã gresösã, din care va naște ateromul.

Acëstã teorie fiind basatã pe cercetãri microscopice minuțioșe, H. Martin conchide cã: este greu de a contesta, în fața unui fapt atât de conchizëtor, raporturile de cauzã la efect, între acëstã endarteritã obliterantã și degenerescentã ateromatösã.

O observațiune însã fôrte severã s'a pus acestei teorii și anume cã: fôrte adesea ori se constatã aterom în artere de mic calibru cari, dupã cercetãrile lui Robin, Sappey și Ranvier, nu posedã *vasa vasorum*. La acësta H. Martin rëspunde ingenios cã: aceste artere fiind fôrte mici, se gãsesc în aceiași situațiune ca și *vasa vasorum* și deci, ateromul lor, în loc de a fi consecutiv ca în arterele mari, este direct în tocmai ca în arterele mici. Iar în ceia ce privește cã în unele aterome a vaselor mari nu se constatã inflamațiã tunicei externe unde se aflã *vasa vasorum*, dënsul a arãtat cã tocmai acësta a înșelat și a fãcut pe patologiști sã nu cerceteze lucrurile mai de apröpe, unde dënsul, prin cercetãri stãruitöre, tot-deauna a gãsit obliterațiunea vaselor nutritive, corespunzëtoare ateromului.

Daŭ aci fig. 23 luată din „Revue de médecine“, preparația lui H. Martin, unde se vede ateromul așezat în vasa vasorum.

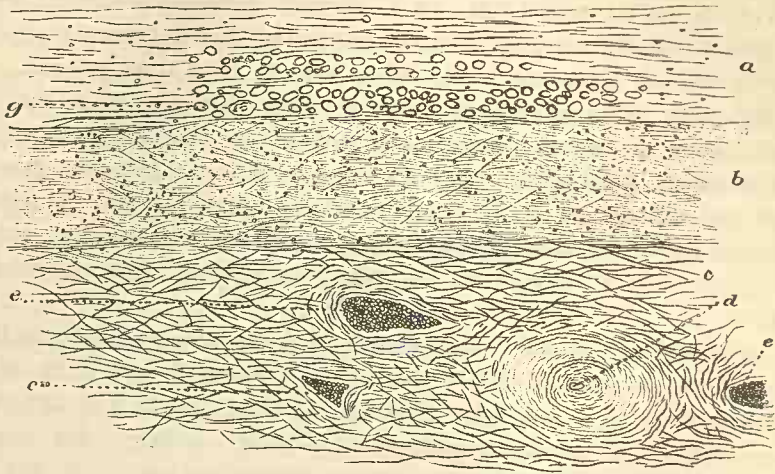


Fig. 24.

a, tunica internă; b, tunica medie; c, tunica externă; e, e, vena; d, endarterită a arterei nutritive a zonei ateromatose; g, picături, grăsime, depuse în stratele profunde a tunicii interne.

Or cum ar fi, pentru noi rămâne faptul că, ateromul este o boală produsă printr'o nutrițiune defectuoasă venită: fie în urma unei modificățiunii senile a arterelor; fie în urma unor distrofii ca în bólele generale grave; fie în urma unor alterațiunii datorite iritațiunii unor anume agenți, ca sifilis, impaludism, alcoolism etc., dar că tóte aceste cauze, aŭ drept rezultat final determinarea unei endarterite cronice, unei arterio sclerose, ce ni se presintă după Laucereaux sub trei forme deosebite: forma de nodule ca în sifilis; forma de plăci ca în impaludism și forma difusă ce se întinde la întregul arbore arterial, producând o endarterită generalisată, ca în starea senilă.

Pentru noi, chirurgii, iarăși mai rezultă că, aceste depozite saŭ escrescențe, numite aterom, fie că sunt de natură primitivă, secundară saŭ sub dependența unei arterio-sclerose, rezultatul final este că, dênsele desvoltându-se în tunica internă a arterelor, astupă lumina vasului, întrerupe circulația și daŭ naștere unei gangrene.

Autorii aŭ stabilit două feluri de aterome: unul ordinar, banal și altul specific, fiind mai ales sub influența sifilisului.

Din punctul de vedere clinic chirurgical, e bine să cunoștem deosebirea între aceste aterome, ale căror principale caractere sunt: 1) ateromul ordinar se dezvoltă de preferință în arterile de calibru mare; pe când cel specific își are sediul de predilecțiune în arterele mici; 2) cel ordinar are un mers foarte lent; pe când cel specific se caracterisă printr'o foarte mare rapiditate a extensiunii sale, putând face mult mai mari progrese în câte-va luni, ceia ce ateromul ordinar nu face în câțiva ani; 3) ateromul ordinar are tendința mai mult în a dilata vasul, prin subțierea pereților săi; pe când cel specific, tinde a strimtora calibrul, mergând până la obstrucția sea completă; 4) ateromul ordinar evoluează pe nesimțite; pe când cel specific, își trădează prezența prin fenomene alarmante. Ast-fel, dacă ateromul specific coplesește carotida, vom avea dureri în cap, atacuri epileptice și o slăbiciune a funcțiunilor cerebrale, urmate de comă și de mărte. Iar când arterele cerebrale, propriu zise, sunt atinse, vom avea o ischemie cerebrală mare, manifestându-se prin cefalalgie intensă, mai tot-deauna frontală și mai forte în timpul nopții; prin diferite alterațiuni a funcțiunilor fizice și sensoriale; și în fine, la o perioadă mai înaintată, prin atacuri apoplectice, abolițiunea mișcărilor, afasie, emiplegie, epilepsie, etc. etc. 4) ateromul ordinar — din cauza dilatațiunii — predispune mai lesne la anevrisme; pe când cel specific, la gangrenă (din cauza obstrucțiunii). În fine 5) ateromul specific este susceptibil de a se opri din mersul său și chiar a dispărea, când bolnavul se supune unui tratament apropiat și condus cu energie; pe când cel ordinar nu suferă absolut cea mai mică modificare, or-care ar fi tratamentul întrebuintat. Am văzut în adevăr casuri de gangrene iminente a degetelor picioarelor dispărând în urma unui tratament mixt antisifilitic, ceia-ce arată natura specifică a ateromului.

Afară de aterom mai avem și alte leziuni arteriale ce pot da naștere la gangrenă, precum:

a) *Degenerescenta calcară*. Când evoluțiunea ateromului se efectuează repede, atunci tunicele arteriale, medie și externă, fiind foarte mult subțiate, se pot rupe și să dea naștere cel puțin unui anevrism. Când însă mersul este lent, grație unei inflamațiuni cronice, atunci se formeză o calcificațiune secundară, destinată a proteja țesuturile. Ast-fel, pe când celulele tunicei interne suferă degenerescenta gresosă, membrana fundamentală fibrilară, imediat vecină cu tunica medie, începe să se infiltreze de granulațiuni calcare. Aceste granulațiuni isolate mai întâi, se sudéză în urmă pentru a forma plăci imbricate, semi-transparente, friabile și puțin elastice.

În acelaș timp, fibrele musculare din tunica medie, se înconjură

și se umple și ele de substanță calcară în totalitate sau numai în parte, formând plăci izolate. În fine, întregul părete arterial și totă grosimea sa poate să fie coplesit de acest proces calcaros, când vasul ia aspectul unui cilindru calcar, fără contractilitate și fără elasticitate.

Acastă stare provenită printr'o distrofie de natură senilă, determină obliterațiunea mai mult sau mai puțin complectă a arterelor; și prin distrugerea elasticității și contractilității sale, funcțiunea lor va fi grav atinsă, putând da naștere unei gangrene. Acastă stare de lucruri este începutul morții (John A. Wyeth).

Tot în această categorie putem pune și *arterita deformantă*, care represintă reunirea tuturilor leziunelor ce am studiat până acum în aceeași arteră, adică aterom, infiltrație calcară, arterită cronică etc. De aci va resulta, că în unele părți ale arterei vom găsi plăci calcare întinse, iar în altele, părți largi și multiple, buzunare însoțite de degenerescentă gresosă, ceia ce va da arterei un aspect moniliform, un aspect deformant, incompatibil cu o funcțiune regulată, dar proprie determinării de gangrenă.

III. Gangrenă prin embolie. (*Ἐμβολος, ἔμβολή*=*piston, verigă* din *ἔμβαλλειν*=*a împinge*).

Acest proces de și cunoscut chiar de Gallien, însă Virchow a avut meritul de a fi stabilit doctrina sa, scoțând'o din confuziunea în care se afla.

Prin embolie se înțelege obliterațiunea unui vas printr'un corp oare-care numit *embolus*. Deosebirea între acesta și o trombosă sau aterom, este că densusul nu formază o producțiune locală, determinând obliterațiunea vasului în punctul unde s'a născut; ci este un corp venit dintr'un alt departament al sistemului vascular, sau chiar în afară de acest sistem, (ca fragmente de tumori canceróse cari au perforat vasele), dar, târat de curentul sanguin, ajunge să determine obstrucțiunea într'un loc mult mai depărtat de acela de unde a plecat.

Este clar că, acest fenomen se produce când embolus eșit dintr'un vas mai larg, este oprit de un alt vas mai mic, sau în dreptul unei bifurcațiuni, a unui pintene rezultând din orificiul a două artere născânde, care nu'i permite libera trecere, și ast-fel, împedat în mersul său, se va opri în loc, determinând embolia.

Reamintindu-ne dispozițiunea întregului sistem vascular, lesne putem deduce în ce anume loc se poate produce o embolie.

Intr'adevăr, știm că sistemul arterial, plecat din ventriculul

stâng, merge strămtorându-se în sus (cap) și în jos (trunchiū) din ce în ce mai mult, până ajunge la un calibru foarte mic, constituind capilarele; de aci în colo, începe sistemul venos care, ivers ca cel arterial, merge crescând în calibru până ajunge în venele cave, iar prin ele în oreilleta dréptă. Din ventriculul drept, încep arterele pulmonare, cari iarăși merg strămptorându-se în pulmonī prin capilare de unde încep venele pulmonare, lărgindu-se și viind în oreilleta stângă. Decī, o embolie plecată din ventriculul stâng sau din alt vas arterial, se va opri în mod fatal: sau în arterele mici ale capului, sau în organele splachnice, sau în acelea ale trunchiului; pe când, embolus plecat din sistemul venos, se va opri numai în arterele sau capilarele pulmonului.

O altă categorie de embolie se petrece și în ficat, grație ramificațiunei venei porte în acest organ. Pe noi însă ne interesază numai emboliile arteriale ale trunchiului, singurele fiind capabile de a produce o gangrenă de domeniul chirurgiei; cele alte fiind de resortul medicinei.

Aci ca și pentru trombosă vom adăoga aceeași acțiune specifică a microbilor asupra sângelui și păreților arteriali, grație căria se datorește adevărata patogenie a emboliei, lucru asupra căruia vom reveni.

Pentru moment să trecem la partea clinică.

Embolia numai prin ea însăși nu e capabilă să producă gangrenă, pentru că coagulul, în general, nu va putea să astupe într'un mod complet lumina unui vas, precum nici să suprime într'un mod total circulațiunea colaterală; așa că se pôte observa fenomenul următor: între coagul și păretele arterial, tot-d'auna rămâne un spațiu pe unde sângele va continua să circule; dar circulațiunea făcându-se cu greu, o *coagulare secundară* se va produce, prin precipitarea fibrinei împrejurul acestui embolus, de unde va resulta o trombosă. Atunci un nou fenomen putem constata: acest trombus se pôte lungi în sus până la o colaterală importantă și să ajungă să oblitereze artera în totă întinderea sa. Și s'a vădūt casuri că un asemenea trombus plecat din poplitea dréptă, să mērgă în sus în artera femorală, în iliaca externă și până în iliaca primitivă; iar de aci, ajuns pe pîntenele aortei abdominale, să se cobóre prin iliaca primitivă stângă, iliaca externă, femorală și poplitea, copleșind ast-fel și arterele membrului opus.

Un cas foarte remarcabil de o asemenea trombosă întinsă, nu însă în urma unei embolii, ci a unei arterio sclerose, am observat pe un bolnav din serviciul d-lui prof. Assaky, atins de gangrenă uscată a gambei stângi și pe care 'l am operat în timpul vacanțelor din Au-

gust 1887. Iată în adevăr cum găsesc descris acest caz în caetele mele de observațiuni ce posed :

„Stan Stănculescu de 35 ani, alcoolic, atins de gangrenă senilă a gambei stângi. Am făcut amputația cōpsei cu 2 lambouri la terțul de mijloc. O dată osul secționat și marginile rotunjite cu pensa lui Liston, proced la legarea arterilor. Cu această ocaziune constat că lumina arterei femorale este astupată de un corp solid de o culóre roșetică (trombus). Disec vasul ca de 3—4 c. m. separându'l de vena femorală; Cu o pensă trag de acel dop și reușesc a scôte un corp lung de 6 c.m. care astupa într'un mod aprōpe complet orificiul arterial“

Probabil că acest trombus mergea și mai departe, pōte chiar până în artera iliacă, fără ca cu tōte acestea să fi determinat o gangrenă a cōpsei, din cauză că, pe de o parte obstrucțiunea femoralei nu putea să fie completă, iar pe de alta că vasele colaterale nu erau astupate și ca probă e descrierea ce urmēză în observație :

„In cele alte vase nu am observat nimic de analog. După ce aplic 4 legături pe vasele mai principale precum și pe vena femorală, ridic aparatul lui Esmarch, când aplic alte 26 legături cu cat gut. No. 1 pe diferite artere mici ce sângerau“.

Acēsta e de sigur o probă evidentă de integritatea circulațiunei colaterale cu tōtă prezența trombusului în artera femorală, și ca probă și mai mare, e că am ținut pansamentul în loc 17 zile, când ridicându-l, am găsit reunirea lambourilor prin prima intenție.

Încă o dată dar conchidem că, obliterațiunea unei artere, fie printr'un embolus sau trombus, de și constituie cauza principală, nu este însă suficientă pentru a determina o gangrenă, pe cât timp circulațiunea colaterală va persista. Sunt însă alte cauze secundare dar indispensabile (Reclus) cari, adăogându-se la embolie sau trombosa arterială, pot împreună să determine gangrena precum : vicierea sângelui, micșorarea de impulsione cardiacă în urma vre unei degenerescente, și mai presus de tōte, leziunile organice ale arterelor, ca ateromul, degenerescenta calcară, arterio-sclerosă, cari pun aceste vase în imposibilitate pentru o dilatațiune compensatrice necesară unei circulațiuni colaterale, și ast-fel fiind, sângele ne mai putând veni în teritoriul arterei obliterate, elementele anatomice vor fi rău hrănite, sau chiar cu totul lipsite de lichide nutritive și decī vor cădea în gangrenă, fie uscată sau umedă.

Ca probă cum că circulația colaterală trebuie să fie suprimată, pentru ca gangrena să aibă loc, avem iarăși cazul nostru, căci după amputație, făcând disecția gambei, am constatat :

„Despicând arterele în sensul axului longitudinal, se găsește un coagul sanguin de culoare galbenă brună, aderent de fața internă a arterei. Acest coagul plăcă din artera femorală, se scoboră în artera poplitee, urmăzând artera tibială posterioară într-o întindere de 2 c.m., de unde artera e transformată într'un cor-don fibros de 3 c.m., astupând cu desăvârșire lumina vasului. Continuând cu sec-țiunea vasului, lumina sea devine din nou evidentă, dar din distanță în distanță presintă mici plăci negre-gălbui de formă lenticulară, iar altele ca un bob de meiu. Aceste plăci lenticulare, fac relief în lumina vasului. Obliterațiunea vascu-lară se întinde și în art. tibială anterioară precum și în cele-lalte ramuri, dar nu s'a putut urmări de cât în întindere foarte mică.“

Dar leziunile acestea sunt efectul unei endarterite cronice, sau mai bine zis unei arterio-sclerose, după cum ne-a arătat examenul microscopic și cari de sigur dâsele, mai mult ca trombosa femo-rală, au contribuit la astuparea vaselor colaterale și prin urmare la de-terminarea gangrenei.

DESPRE GANGRENĂ

(CONTINUARE)

Lecția X.

Domnilor,

Astăzi vom studia :

Diferite forme de gangrene

Acestea sunt bazate pe aspectul ce iaă organele coprinse de gangrenă și cari aă făcut pe autori să admită mai multe tipuri dintre cari mai principale sunt:

1) **Gangrena prin cadaverisațiune.** Acest nume a fost propus de Cruveilhier din cauză că organul atins de această gangrenă sémănă foarte mult prin aspectul, algiditatea și colorațiunea specială, *sui generis*, cu un cadavru prósptat saă cu un membru imediat dupe amputație. Asemenea exemple sunt rari, Cruveilhier însă citéză observațiunea următoare:

„O femeie de 84 ani, atinsă de o ipertrofiie a cordului de mai mult timp, este apucată de o dată de o durere foarte vie la picior și gamba stângă, durere care mergea crescând în intensitate și provoca țipete mari din partea bolnavei. Piciorul și gamba fură coprinse de o răcólă ca ghiața și de o paliditate cadaverică, și cu tóte acestea, cea mai ușoră presiune nu putea fi suportată; piciorul fu coprins de o paralisie complectă.“

O altă observațiune mult mai remarcabilă și reproducă în tóte tratatele clasice este aceea a lui *De la Motte* (1786).

Este vorba de un băiat de cafenea (kelner) care fu isbit cu un baston pe partea externă a antebrațului. Imediat acest membru împreună cu mâna, fură coprinse de o asfixie mortală; epidermul se ridica foarte ușor prin frecare; și mai multe incisiuni profunde nu produseraă nici o picătură de sânge. Acestă stare a durat șee zile, după care, căldura, sensibilitatea, mișcarea și bătăile arteriale reveniră puțin câte puțin, până când întregul membru s'a reîntors la starea normală.

Cauza intimă a acestuî fel de gangrenă ar fi dupe Cruveilhier, o întrerupere bruscă și complectă a sângelui arterial; dar unii invócă o intervențiune nervosă.

E probabil însă, că ambele aceste cauze sunt în joc. Noi am putea de asemenea să admitem și o trombosă pasageră în sistemul circulator al membrului afectat; și proba ar fi că, dacă acest trombus nu se resórbe, atunci gangrena prin cadaverisațiune se termină saă

printr'o gangrenă uscată, sau umedă; iar la din contra, membrul e salvat.

O altă specie de gangrenă asemenea acestia este **gangrena albă sau a lui Quesnay** pe care însă mai toți autorii o consideră tot ca gangrenă prin cadaverisațiune.

Singurul Jalaguier în teza sea de doctorat menține deosebirea, susținând că acesta, începe prin plăci albe întocmai ca petele de lapte, și cari nu sémănă întru nimic cu pielea unui cadavru prós-păt sau a unui membru de curând amputat.

Fournier și Reclus susțin prin observațiunile lor această distincțiune și anume că, gangrena albă pôte să începă chiar printr'o pată emoragică, făcând în urmă loc unei pete de albeția cea mai pură; iar nu printr'o decolorațiune totală a întregului membru, ca în gangrena prin cadaverisație.

II) **Gangrena uscată** numită ast-fel din cauza aspectului de modificăție ce oferă, este de sigur cea mai importantă și care a preocupat mai mult pe chirurgi. Dînsa s'a mai numit: *senilă, a avuților* (Pott) *cronică* sau *a extremităților*, fiind că se observă la bătrâni, la ômenî bogați, vine în mod lent și ocupă de preferință membrele inferioare. Causa nefiindu-î cunoscută, s'a numit de unii și *spontanată*.

În timpurile din urmă, constatându-se o stare ateromatôsă a vaselor însoțită de arterită, i s'a dat un nume mai logic de *gangrenă prin aterome sau arterită*.

Adevărata cauză însă s'a cunoscut în timpul de față prin studiile lui H. Martin.

În adevăr, atât clinica cât și cercetările ulterioare au arătat că, în toate casurile de gangrene observate fie pe bătrâni, pe tineri, pe bogați sau pe săraci, tot-d'a-una vom găsi, pe lângă o discrasie, unul din factorii următori ca: Sifilis, alcoolism, impaludism, tabagism etc. cari, prin intoxicațiunea sângelui și acțiunea lor iritantă, produc o arterio sclerosă a vasa vasorum, în urma căria vine ateromul sau arterita vaselor mai mari. După acesta, calibrul arterial se astupă; cursul sângelui se opresce și de aci *gangrenă*, nu spontanată, dar prin *arterio sclerosă*. Dar arterio sclerosa apare în toate etățile; coplesește nu numai arterele dar și capilarele; împedică mersul regulat al sistemului venos; se pôte fixa numai într'o regiune sau în mai multe de o dată și în fine să apară cu încetul sau în mod brusc. Și de aceia, această gangrenă pôte une-orî să fie umedă și să atace pe indivizi tineri; să apară în mod acut și să se desvolte nu numai pe picioare, dar și pe urechie, nas, degete și penis; să copleșescă succesiv sau de o dată unul sau mai multe membre. Ast-fel Reclus spune cum un bătrân

deja amputat de o gambă, a intrat la Pitié unde i se făcu amputația cōpsei din partea opusă tot din cauza unei gangrene senile.

Un cas analog și foarte interesant am avut în serviciul meu, a cărui observație o rezum în următoarele puncte :

Este vorba de individul Nae Antonescu de 48 ani din Bucuresci, de profesie lăutar (cântă cu flautul) și care intră în serviciul meu la 25 Martie 1892. Părinții săi au murit de bătrânețe acum 20 ani; mama suferia de tuse și greutate în respirație. Pacientul e însurat de 17 ani și a avut 11 copii; toți au murit de diferite bôle; unul însă, sigur de tuberculoasă. De un temperament escesiv nervos, bolnavul declară a fi avut fenomene scrofuloase; negă sifilisul; este însă manifest alcoolic și morfinoman. A avut blenoragie și fimosă pentru care a fost operat. În 1875 i-a apărut gangrena uscată la piciorul stâng; i s'a făcut amputația în spitalul Brâncovenesc în mod succesiv, până s'a ajuns la extremitatea inferioară a cōpsei, al cărui bont destul de mobil 'l constatăm și ađi.

În 1880 aceleași fenomene apar la piciorul drept, începând cu degetul cel mare, care fu amputat. Dar mai 'nainte de a se vindeca, cele alte degete încep să și ele a se gangrena, așa în cât a trebuit să sufere amputația lui Lisfranc. După acesta a fost bine, în timp de 6 ani, când începe a simți dureri mari în bont, însoțindu-se apoi de o ulceratie ce ia un aspect negricios; lucru, care departe de a se ameliora merge din ce în ce progresând.

La intrarea în serviciul meu, pacientul e slab, emaciat, cu o figură suferindă și cu nise dureri așa de mari în bont, în cât cere cu disperare și plângând să 'i fac amputația. Densul ne declară că nici o dată nu pōte dormi, cu tōte injectiile de morfină, din care causă a și încercat în mai multe rânduri să se sinucidă.

Nu se simte absolut nici o pulsație în ambele artere femorale. Abia în dreptul ombilicului putem prin compresiune să percepem bătăile aortei abdominale, și ele destul de slabe.

La 31 Martie am făcut amputația gabei cu lamboū extern; dar desfăcând pansamentul 'la 2 Aprilie, am găsit sfacel. Imediat am făcut amputația cōpsei în terțul inferior prin metoda circular procedeu infundibuliform. Cu această ocazie, am găsit în artera femorală un coagul de 3 c. m. pe care scoțându-l, am aplicat pe vas o legătură cu fir gros de mătase.

Îci coala se vedeău mici artere ce sângeraū nu în mod saccadat ci prelungându-se și cu putere foarte slabă. Resultatul final a fost bun; căci după ce am avut a ne lupta puțin cu un sfacel superficial al marginilor bontului, cicatrizarea definitivă s'a obținut la 8 Mai, când bolnavul a eșit cu totul vindecat, *având însă lipsă ambele membre inferioare, ceia ce făcea din el o jumătate de om, dar îndoit de nenorocit.* De alt-fel, ca stare generală era foarte bine, căci nemaī având dureri, bolnavul se îngrășase simțitor și a eșit din spital cu totul vesel și mulțumit.

Mi-aduc iarăși aminte de un alt cas ce am observat în serviciul d-lui profesor Assaky și care e relativ la un om de 39, ani care fiind deja amputat de un an de gamba stângă, a revenit în serviciu și a trebuit să 'i fac și amputația gabei drepte, membrul fiind atins

de aceeași afecțiune—gangrenă senilă. Acest bolnav, iarăși un alcoolic, era coprins de o arterio sclerosă din cele mai tipice.

Reamintesc o altă observație luată din autori, și care e mult mai curioasă, fiind vorba de un copil de 3½ ani, atins de gangrenă înaintată a gambei stângi și a ambelor brațe. Cu 3 zile înainte, antebrațul mortificat se deslipise spontanat de la cot. Piciorul stâng, se deslipise și el; iar la piciorul drept, falangile celui de al II și III deget căzuseră.

De sigur că și aci va fi fost tot o arterio sclerosă, probabil în urma unui sifilis ereditar(?)

Gangrena uscată ni se presintă cu caracterele următoare: De ordinar începe prin degetul cel mare de la picior, mai rar prin cele alte degete. Apare mai întâi o mică pată brună, înconjurată de un cerc violaceu, sau o flictenă plină de o serositate roșetică. Epidermul se exfoliază lăsând descoperite papilele de o culoare roșie închisă. Această mică pată, insensibilă și mai rece de cât țesuturile vecine, ia o culoare din ce în ce mai închisă, până devine cu totul neagră ca tăciunele, provenind după unii din distrugerea globulelor roșii și infiltrarea țesuturilor prin granulațiunile de ematosină.

Circulațiunea făcându-se din ce în ce mai greu în picior, răul crește; pielea devine mărmurie și violacee; zona neagră se măresce; mortificațiunea se întinde copleșind întregul membru, când părțile moi se sbărcesc luând cu totul aspectul de șuncă afumată.

Membrul gangrenat se usucă și se întărește atât de mult, în cât percutat cu un stilet sau deget sună ca un corp solid; sémână întocmai cu o momie Egyptiană păstrând aceeași inalterabilitate. (Cruveilhier).

Este însă de observat că în mijlocul acestei stări, configurațiunea exterioară a părților moi se conservă până și în cele mai mici detalii: mușchi, tendóne, aponevrose, cordóne nervóse, până și papilele pielei ni se presintă în totă integritatea lor. Și ce este mai mult, chiar la microscop, elementele țesuturilor nu par de cât foarte puțin alterate în structura lor: căci de și vesiculele adipóse își perd ceva din grăsimea lor; fibrele musculare din striatiune cu tendința în a se disocia în discurile lui Bowmann; iar nervii oferind o coagulațiune a mielinei cu o umflare a întregului trunchi nervos și cu disparițiunea cilindrului-ax în tubii elementari; totuși, aceste elemente își păstrează tipul, grație căruia se pot recunoște fie ca mușchi, fie ca nerv etc. dupe cum ne putem convinge din figura 25 (luată din Picot).

Singurul lucru special ce se găsește în gangrena uscată sunt nise granulațiunii pigmentare, cari infiltrază chiar elementele ana-

tomice și cărora *Valentin* și *Demme* (1857) le-au dat numele de corpusculi-gangrenoși.

Aceste grăunțe negre ca cărbunele având $0^{\text{mm}},003-0^{\text{mm}},007$ iar alte dăți de mărimea unei gămălii de ac, sunt de o așa tărie, că aruncate jos sar ca niște mici petricele și au o rezistență considerabilă la orice reactif întrebuițat în istologie, afară de eter care poate dizolva o mică porțiune și lichidul să ia o coloro roză. Dupe *Raynaud* aceste corpuscule ar fi însuși elementele normale ale țesuturilor însă deformată și încrustate de materie colorantă, opinie care nu e primită. Mai probabil este că dinsele sunt concrețiuni sanguine, de ôre-ce este demonstrat că dintre toate țesuturile, sângele se descompune mai lesne în casuri de gangrenă. Atunci, materia colorantă se separă de globulele roșii, se infiltrează prin țesuturi și dă naștere apoi la cristale de ematoidină care constituie corpusculii gangrenoși. Cât pentru globulele albe, acestea suferă degenerescența granulo gresosă.

În fine, pe lângă acestea microscopul ne mai arată prezența de diferiți alți corpi și compuși chimici precum se poate vedea din figura aci anexată din *Picot*.

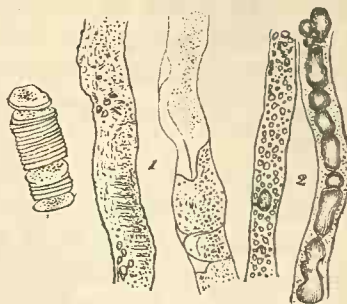


Fig. 25
Degenerescența muschilor și a nervilor în procesul gangrenos. 1) Muschi 2) nervi.



Fig. 26
Pigmente diferite de gangrenă. (Bennett)

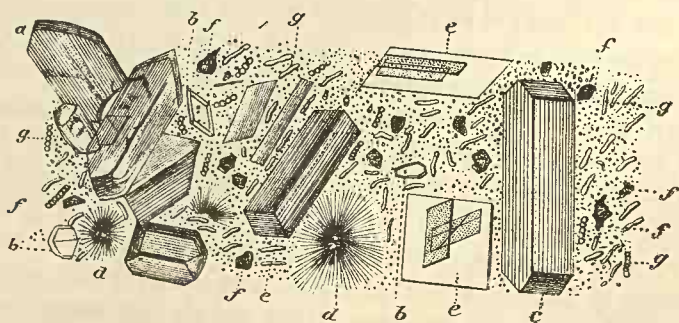


Fig. 26
Detritus gangrenos. — a, fosfat amoniac-magnesian. — b, b, b carbonat de calce. — c, c urat de amoniac. — d, d stearină. — e, e colesterină. — f, f, f corpusculi gangrenoși. — g, g, g bacterii de diferite forme

Model de gangrenă uscată.



În resumat, ceia ce caracterisă gangrena uscată este: o uscăciune absolută a părților moi, o micșorare considerabilă de apă și o proporțiune mare de cărbune.

Reamintindu-ne că această gangrenă se datorește obliterațiunei vaselor arteriale, lesne ne putem explica mecanismul tuturilor acestor fenomene. În adevăr, sângele nemaî putând sosi într'un teritoriū al unui organ, toate lichidele nutritive aflate în țesuturī vor continua a fi absorbite de venele și vasele limfatice remase intacte; și dacă la acesta mai adăogăm evaporatiunea continuă a părților apóse, favorisată prin distrugerea epidermului, organul fatalmente se va usca, se va momifia. În ceia ce privește escesul de cărbune, acesta rezultă de acolo că dēnsul rămâne în afară de or-ce combinațiune proteică.

Când am tratat gangrenele directe prin arsurī, agenții chimici și electricitate, am arătat modul cum acest fenomen se produce; în cazul de față, mecanismul este acelaș, însă efectuat pe o cale diferită. Iată cum: în urma obliterațiunei arteriale, oxidațiunile intersticiale se modifică fórte mult; oxigenul se găsește într'o cantitate fórte mică, ast-fel în cât abia ajunge să oxideze idrogenul și azotul aflat în țesuturī; dēnsul nu va putea oxida și cărbunele spre a forma acidul carbonic și deci, elementul cărbune va rămâne intact și în mai mare cantitate în gangrena uscată. De aci rezultă lipsa absolută de miros a acestei gangrene precum și lipsa de prezență a or-cărui microb. Și numai grație acestui lucru, putem înțelege faptul cu totul remarcabil, citat de Cruveilhier, în care un tēnăr și-a conservat o gambă momifiată mai multī ani, servindu-se de dēnsa întocmai ca și de o gambă artificială (!?).

Aspectul clinic sub care ni se presintă gangrena uscată, îl represintă prin fig. 28 (planșe) ¹⁾ luată dupe natură din serviciul meū, a căria observație o voiū relata la gangrena produsă de tifos, căci bolnavul a căpătat gangrena în urma acestei bóle.

III. **Gangrena umedă** are acest lucru esențial că țesuturile atinse presintă toate caracterile materiilor animale în putrefacție.

Din această putrefacțiune a părților mortificate și din disociațiunea elementelor moleculare a țesuturilor, rezultă un lichid din cele mai murdare și de o fetiditate extremă numit *murdărie gangrenósă*.

În mijlocul acestei distrugerī generale, fermentațiunea nu întârzie să apară, și cu dēnsa diferitele combinațiuni și descompozițiuni chimice. În prima linie avem desvoltare de gaze, carī câte o dată rămān cu totul superficiale producând o fină crepitațiune; iar altă dată, cantitatea fiind mai mare, produce un emfiseu considerabil, mai cu sēmă când infiltrațiunea gazósă se face în țesutul celular ce separă diferitele organe.

¹⁾ No. 27 lipsește, fig. 26 fiind repetată de două ori.

Gazele și produsele chimice sunt dintre cele mai deletere, de unde rezultă și acel miros cu totul respingător al gangrenei umede. Ast-fel avem : acidul sulfidric, sulfidratul de amoniac, acidul valerianic, amoniacul, acidul butiric și diferiți carburi, unii chiar inflamabili (Demme). Alte dăți, produsele noi se precipită sub formă solidă și ne dau : urați, butiraiți de amoniac, fosfați, mai ales fosfatul amoniaco-magnesian ; în fine vedem margarina cu frumoșele săle raze ca o stea (veđi fig. precedentă 27).

Ceia ce mai caracterisă gangrena umedă este prezența unei infinități de organisme vii : criptogame, bacterii și vibrioni. Aceste ființe microscopice forméză, dupe Pasteur, agenții esențiali ai gangrenei fără să fie o consecință a fermentațiunei putrede. Acești microbi ce se găsesec în lichidul puriform și ichoros al gangrenei umede, s'aũ numit de Ogston și Rosenbach *saprogeni* și cari se pot presenta sub diferite forme : de bastonașe, micri lanțuri, de grămeđi sau zoogloees etc. Vom reveni.

În fine, gangrena umedă presintă modifițațiuni chimice cu totul contrarii ca în cea uscată și anume : *o proporțiune foarte mare de apă în țesuturi ; o augmentațiune abondentă de grăsimi, și în fine o micșorare considerabilă de cărbune.*

Daca admitem că în gangrena umedă venele și vasele limfatice sunt astupate, atunci lesne ne putem explica prezența de apă și lichide, prin aceia că materialurile nutritive continuând a veni mereu prin artere cari sunt sănătóse, nu vor putea fi absorbite, și decĩ vor stagna în țesuturi acumulându-se din ce în ce mai mult. Lucrurile nu vor întârzia însă, și fenomenul de putrefacțiune va apare, sub a căruia influență apa se va forma din combinațiunea oxigenului și idrogenului. În acelaș timp compuși albuminoidi se vor transforma în grăsimi, fapt demonstrat de Würtz care, din fibrină putrefiată a putut extrage mai mulți compuși de acidi grași. Pe de altă parte oxigenul, găsindu-se în cantitate destul de mare, atacă cărbunele din țesuturi oxidându'l și transformându'l în acid carbonic. Ast fel constituită, gangrena umedă numită încă și septică are un mers foarte repede și copleșitor. Pielea de o culóre palidă și lividă e acoperită de flictene pline cu un lichid roșetic ; pe suprafața sa se vėd desemnate venele în formă de răția roșie, albastră sau brună. Întręga regiune este tumefiată prin lichidele ce se acumuleză în țesuturile sale și unde microbii se desvoltă într'un mod prodigios. În sfirșit pielea și tóte cărnurile se ramolesc, intră în desagregațiune și cad în putrilagiũ. Câte o dată aceste eschare se produc în insule isolate iar alte dăți întregul membru cade în sfacel, transformându-se într'o magmă murdară și imbibată de o masă de lichide exalând cel mai oribil miros, înțoțindu-se și de prezența vermilor.



Pe lângă acestea, mersul acestei gangrene este cu totul alt-fel de cât acela al gangrenei uscate, căci dânsa progresază într'un mod așa de repede în cât individul, departe de a-și conserva membrul, din contra, nici chiar de amputație nu poate profita, de ôre-ce absorpțiunea materiilor putride îi ridică viața în cel mai scurt timp posibil.

Daū aci în fig. 29 (planșe) un desen original și luat dupe natură din serviciul meu pentru a servi ca tip de gangrenă umedă.

Observațiunea acestui cas este, în scurt, următoarea:

Ión Giurgea, de anî 70, din Buzău, de profesie cismar, neînsurat, intră în serviciul meu la 17 Aprilie 1892. Nimic ca antecedente ereditare. A suferit de dureri de picioare și blenoragie în tinerețe. Pacientul se găsește într'o stare de stupóre așa de mare în cât nu ne poate da nici o lămurire asupra începutului bôlei sale. În adevăr, dânsul ni se presintă fără nici o putere fizică și inițiativă intelectuală: se găsește într'o stare cu totul prostăscă și abătută; are ralurî tracheale și o impasibilitate generală. Mănâncă și bea în mod inconștient; dörme continuū; urineză și defecă sub el și abia răspunde la unele întrebări făcute cu insistență și voce tare.

La intrarea în serviciū, nu presenta de cât o pată neagră pe fața dorsală a jumătăței celui de al IV-lea deget al piciorului drept.

La 20 Aprilie, tot piciorul e roșiu livid, ici colea pete marmurii, și tôte degetele reci ca ghița ne presentaū fenomene de asfixie locală.

La 24 Aprilie, degetul al IV-lea e complet gangrenat; aparițiune de pete roșii vinóse; pielea deslipită; către rădăcina degetului o mare pată albăstrie; venele gambei bine desemnate și pline de sânge; asfixie locală manifestă sub formă de pete albe ca acelea de cafea cu lapte; pe alocurea pete roșii livide. Pe talpa piciorului o mare flictenă albastră unde bolnavul simte dureri violente.

La 26 Aprilie, tot membrul până la genuchî e rece și fôrte tumefiat; pielea lucie; tôte degetele sfacelate. Ici colea flictene mari, pe cari bolnavul, de și abătut, ne rógă a le deschide. Intréga gambă până la genuchî e cuprinsă de dungî roșii livide desemnându-ne venele și limfaticele. Insensibilitate absolută pe tótă gamba; epidermul se deslepește în bucăți.

Se taie flictenele din cari se scurge un lichid roșu închis, sanguinolent, apos, necoagulabil și cu un miros fôrte fetid.

La 27 Aprilie, tot piciorul și gamba complect livide, tumefiate și respândesc un miros oribil.

La 29 Aprilie, sfacel complect, gangrenă umedă tipică; putóre insuportabilă; *prezența de un număr colosal de vermi*, cu tôte că zilnic bolnavului i se făcea băi locale cu sublimat corosiv.

La 1 Mai, tot epidermul gambei deslipit, ast-fel că membrul e cu totul luciu. Infecție teribilă ce umple întregul salon de bolnavi și cari se revoltă.

La 3 Mai, bolnavul sucombă. — La autopsie nu s'a cercetat de cât starea vaselor în membrul gangrenat, din cauză că nu era chip a lucra în urma descompunerii cadaverice și a căldurei. S'a găsit însă astuparea complectă a venei poplitee și femorală ce erau pline cu coagulî negri și moi; iar artera femorală împreună cu poplitea nu erau cătuși de puțin astupate.

Observațiunea acésta ne arată în mod evident mersul repede și coplesitor al gangrenei umede care în mai puțin ca 15 zile pôte provoca mórtea individului.

IV. **Gangrenă prin coagulațiune** se apropie de gangrena uscată prin modificațiunile de structură și consistență la care dă loc; dar diferă de dânsa prin natura sea. În adevăr, acésta gangrenă provine din coagularea materiei protoplasmice ce se află în celule; pe când cea uscată, provine din coagularea albuminei ce se găsește în vase și țesuturi. Dânsa se observă mai ales în inflamațiunile difterice și crupale precum și împrejurul coloniilor de bacterii (Conheim).

Acésta gangrenă e numită de Weigert necrosa de coagulațiune. Dânsa provine din aceia că bacteriile său chiar produsele lor solubile, modifică nucleii celulelor așa că își perd facultatea de a fixa cu putere colorantele; corpul celulelor capătă o stare granulósă și devine mai opac, mai puțin colorabil și cu conturul difus; ast-fel că ajunse în acésta stare, viața celulelor e pe cale de disparițiune și decî gangrena iminentă.

Pôte însă să survie și în urma diferiților agenți fisici său chimici. În or-ce cas nu interesază atât chirurgia cât medicina.

V) **Gangrenă prin colliquațiune** (scurgere, topire, prefacere în lichid, liquefacțiune, ramoliment). Tipul acestei forme de gangrenă care nu are nici un miros, ni'l oferă *fœtul* mort la o periódă înaintată a gravidității. Pentru ca acésta gangrenă să se producă, se cere ca perderea lichidului să fie dificilă, evaporațiunea imposibilă, iar vasele sanguine și limfatice să nu pótă absorbi nimic de la periferie. Și în adevăr, *fœtul*, plutind în lichidul amniotic fórte abundant, nu suferă o desagregațiune complectă; părțile sale moi însă și în special cerebrul se ramolesc într'un mod complect; ficatul devine môle și friabil, iar ósele craniului se disociază; *fœtul* este macerat.

Tot gangrenă prin colliquațiune avem în encefalomalacie (ramolire albă a cerebrului) consecința unei arterio-sclerose și obstrucțiunea arterelor. De asemenea degenerescenta caseósă a ganglionilor, a tuberculelor, a tumorilor maligne cari se cazeifică în centrul lor, nu este decât iarăși o formă de gangrenă prin colliquațiune (P. Spillmann).

Tóte aceste gangrene indirecte provin din turburările circulațiunei sangelui rezultând din alterațiunile sistemului vascular.

Pentru complectarea capitolului ne rămâne a studia gangrenele indirecte, cauzate din alterațiunile însăși ale sangelui său lichidului nutritiv.

DESPRE GANGRENĂ

(CONTINUARE)

Lecțiunea XI.

Gangrene indirecte prin alterațiunea sângelui.

Domnilor,

Tóte bólele generale grave ca albuminuria, siflisul, stările puerperale, gutta, alcoolismul, cachexiile canceróse și ftisice, având proprietatea de a produce o stare adinamică profundă a organismului și o alterațiune primitivă sau secundară a sângelui său a vaselor, pot da naștere la gangrene printr'un proces patogenic asupra căruia vom reveni.

Următóarele bóle însă au atras în mod mai special atențiunea autorilor din punctul de vedere al procesului gangrenos ce produc, și de aceea le vom studia mai de aproape. Ast-fel

1) **Gangrenele în febrele eruptive grave și în special în febra tifoidă**, cunoscute încă de mult de Fabrice de Hilden, Morgagni și de la Motte, atențiunea fu din nou atrasă de dr. Bourgeois (d'Etampes) în 1857 la societatea de medicină a spitalelor, prin expunerea a două casuri de mortificațiune a membrilor, venite în cursul unei febre tifoide. În 1861, Gigou d'Angoulême publică alte patru casuri noi.

Găsim în Trousseau mai multe observațiuni importante:

a) O fată de 10 ani e adusă în spital atinsă de febră tifoidă. Densa se plânge de o durere forțe vie în gamba dréptă, fără însă să fie nici tumefiată nici roșie, dar sensibilitatea și motilitatea cu totul șterse; în scurt timp degetele și piciorul se uscară, ceia ce provócă amputația gambel.

b) Un copil de 13 ani, când părea că e în convalescență de febra tifoidă, de o dată fu apucat de dureri forți în ambele gambe dar mai ales în cea dréptă,

fără să existe vre-o umflătură. După 3 zile, membru cade în gangrenă uscată. După o săptămână aceleași fenomene apar în partea stângă însoțindu-se iarăși de gangrenă. După 9 luni de suferințe atroce ténurul copil móre. Lipsă de autopsie.

c) Două bolnavi atinși de febră tifoidă fórte gravă, fură coprinși de gangrenă umedă a brațului drept care le cauzéză mórtea după 8—9 zile. La autopsie s'a găsit în ambele casurí o flebită a părței superióre a subclavierei, cu formarea unui coagul obturator complect și aderent de părții venei (Gigou).

d) Dr. Patry de Sainte-Maure (1863) descrie observațiunea fórte curióasă a unui bolnav care a avut în același timp gangrenă uscată și gangrenă umedă în puncte diferite ale aceluiaș membru abdominal : gangrena uscată ocupa piciorul și gamba ; iar cea umedă coprindea tótă cópsa. Esplicația s'a adevérit prin autopsie, găsindu-se artera poplitee cu totul obliterated de coagulii vechi, tari și aderenți de părții vasului ; pe când artera crurală nu avea de cât coagulii moi și neaderenți ; în schimb însă vena crurală era cu totul astupată de coagulii negri și consistenți.

e) O altă observație și mai importantă este aceea a unui ténér care la a 20-a zi de febră tifoidă cu forma adinamică, simte de o dată o durere fórte vie plecând de la unghiul maxilarului inferior stâng și propagându-se la regiunea parotidiană și temporală. După 48 ore, pavilionul urechei stângi era deja sfacelat. Imediat regiunea parotidienă și temporală se răciră și după 4 zile gangrena se întinse la frunte, pleope, obraz și până la comisura buzelor. Bolnavul mai trăi 12 zile cu tóte aceste distrucțiuni înspăimântátore. La autopsie s'a găsit întréga arteră carotidă externă obliterated, venele jugulare fiind intacte.

f) Un alt bolnav fu atins de o gangrenă a întregii jumătăți stângi a feței, dar care însă s'a vindecat după 5 luni, rămâind a purta un aparat de protesă.

II. Tifosul póte să dea și el naștere la gangrene. Ast-fel s'a observat mortificațiunea nasului, piciorélor și mâinelor (Hildenbrand). Și în timpul unei epidemii de tifos, Estlander a cules 30 de observațiuni de gangrene a extremităților.

Un cas fórte important de gangrenă cu forma uscată în urma unui tifos exantematic, se coprinde în următórea observație luată de internul meú d. Alexandru Popescu. Gangrena membrului este reprezentată în fig. 28 (planșe) iar trombosul în fig. 23.

Iată observația :

Alexandru Hoswald, de 44 ani, ungur din București, cărâmidar, intră în serviciul d-lui dr. I. Kiriac, spitalul Filantropia, la 3 Iulie 1892, afectat de gangrenă uscată a membrului inferior drept. La 5 Iulie sucombă.

Antecedente. Părinții bolnavului au murit de mult timp. Ca *antecedente personale* avem puțin de spus, de óre-ce bolnavul se găsește într'o complectă prostrăție. Totuși am putut afla că în mai multe rânduri a suferit de febră palustră. Bolnavul fiind adus în serviciu de la spitalul Colentina, am luat informații că dânsul a intrat în acel spital la 23 Martie 1892 suferind de tifos exantematic. Că **după două luni** a început să apară un edem al membrului inferior drept, în urma

căruia degetele piciorului începură a se înegri și usca. Acastă gangrenă a făcut neîncetat progrese până s'a urcat la 4 degete d'asupra genuchiului.

Când bolnavul a intrat în serviciul d-lui dr. Kiriac, era deja extenuat: ôsele subțiate, mușchii emaciați, atrofiați; pielea sbârcită și aspră; spațiurile intercostale deprimare; abdomenul excavat; inteligența obtusă și idel incoherente-subdelirum. Din partea pulmonilor găsim sonoritate la stânga; iar la drépta, către bază, matitate, unde prin auscultație găsim raluri subcrepitante cu bule mari amestecate cu un suflu tubar. Cordul pare a fi normal căci nu se aude nici un suflu său sgomot apreciabil. Puls frecuent (116 pe minut) mic, și cu intermitențe; forte puțin ateromatosis.

Starea locală. Membrul inferior drept, dela picior până la 4 degete d'asupra genuchiului, e coprins de o culóre cu totul négră, uscat și dând un sunet de lemn la percuție; absolut insensibil și fără motilitate. Articulația genuchiului este deschisă, presentându-ne cartilajele uscate și de o culóre galbenă-négră. La limita gangrenei, tendónele mușchilor cõpsei sunt descoperiți, presentându-ni-se sub formă de cõrde, pe când părțile cãrnóse ale mușchilor sunt palide și acoperite de un puroiú fluid, murdar și infect. Artera femorală corespondentă chiar și d'asupra ligamentului Faloppe este cu totul lipsită de cea mai mică pulsație.

Dupé doué zile, de la intrarea în spital, bolnavul móre.

La autopsie găsim ambii pulmoní aderenți, dar mai ales cel drept care nu s'a putut deslipi fără a se rupe. Cordul puțin mărit de volum, palid; valvula mitrală îngroșată, opacă și cu nodulii durí; valvulele sigmoide au marginele puțin aderente și cu nodulii ateromatoși. Stomacul contractat avénd puțin lichid gâlbui quasi-biliós. Bășica biliară plină; bila se scurge cu înlesnire. Intestinul subțire congestionat mai ales către cecum; foliculele lui Payer nu sunt nici ipertrofiare nici cu cicatrice; mucósa e acoperită de o materie semi-lichidă gâlbue. Ficatul puțin mărit de volum e palid. Splina forte aderentă de diafragm unde se găsește o placă de $\frac{7}{4}$ c. m. de o consistență dură cartilaginósă. În general, splina e forte mărită de volum, capsula nu se deslipește, pulpa e ramolită și de o culóre negriciósă; în interiorul său găsim un infarct de o culóre gâlbue. Rinichii mari, capsula se deslipește ușor, substanța corticală puțin îngroșată.

În artera iliacă externă dréptă, către mijlocul său, găsim un trombus lung de 3 c.m. și forte aderent de tunica internă, astupând ast-fel întréga lumină a vasului. În acest nivel, pãretele arterial este de o culóre negriciósă și se rupe ușor. În lungul arterei iliace și a femoralei în josul trombusului, lumina vasului e plină cu puroiú ce iese cu abondență exercitând o ușorã presiune pe pãreții arteriali. Tot în jurul trombusului găsim mai mulți ganglioní ipertrofiați avénd substanța lor ramolită și de o culóre gâlbue. (Veđi desemnul trombusului în fig. 23).

Importanța acestui cas constă în aceia că trombusul a survenit în urma unei endarterite lente, și atunci când probabil bolnavul se găsia deja în perióda de convalescență: căci fenomenele gangrenei au început dupé doué luni de la intrarea sea în spitalul Colentina. Acésta ne mai arată încă, că trombusurile în bólele generale grave, sunt precedate de o inflamație arterială, în urma căria densus contractéză aderențe cu tunica internă; iar cât pentru inflamație, densa se datorește unei acțiuni specifice a microbilor.

În sfârșit rugeola ne dă gangrena gurei sau a vulvei; scarlatina, gangrena ganglionilor gâtului și a parotidei; iar variola, gangrena farinxului și chiar necroza cartilajelor laringelui.

Pentru a termina vom reproduce din Reclus următoarea observațiune a lui Maurice Raynaud :

Este vorba de o ténără fată care în urma unei febre contractate la etatea de 7 ani, vădu ambele mâini și cele două gambe că se usucă până la cote, ast-fel că nu'l mai rămase de cât două bonturi. Dênsa își aduse singură la societate, în buzunar, ambele mâini cari erau negre și uscate întocmai ca mâinele unei momâi.

Causa întimă a acestei gangrene, exceptând trombosa și embolia, este, după cercetările lui Hayem, Potain, Vulpian și Legendre tot o arterio-sclerosă, cu acéstă deosebire însă că, pe când bătrâneția, alcoolismul, siflisul, impaludismul, guta etc. provocă o endarterită cronică; febrele infecțioase, prin acțiunea agentului lor toxic, dau naștere la o endarterită acută a membranei interne a arterelor, și de aceia și aparițiunea gangrenei care pôte fi uscată sau umedă se produce în general foarte repede.

Pentru noi lucrul este indubitabil că, aceste gangrene sunt rezultatul acțiunii microbilor asupra sângelui și părților arteriali. Vom descri mai la vale și mai în detaliu modul producțiunei acestui fenomen precum și rolul ce'l jôcă asociațiunea microbilor. Pentru moment, spre a proba cum că toate aceste leziuni arteriale sau venose se datoresc unei alterațiuni profunde a sângelui, vom reaminti experiența lui Chauveau care este foarte demonstrativă. Operațiunea de *bisturnagii*, care constă în torsiunea în masă a cordonului spermatic la berbeci, tot-d'a-una reusește fără nici un accident de gangrenă. Dacă însă mai înainte de a face acéstă operațiune, injectăm în sângele animalului și anume în vene, un lichid putred plin cu bacterii, atunci operațiunea se complică de gangrenă, din cauza alterațiuni experimentale a vaselor prin sânge.

III. **Gangrena prin intoxicațiunea palustră**, cu tótă afirmațiunea lui Maurice Raynaud că nu a observat nici un cas de asemenea natură, astăzi dênsa este admisă de autorii moderni. Așa Schtschatny (!) în 1872 a arătat că febrele palustre ce a observat în Caucazia, se însoțiau adesea de gangrena nasului, a urechilor și a organelor genitale.

Dr. Demmler, din Algeria, a comunicat și el soc. de chirurg. din Paris în 1883 un cas foarte important de gangrenă a ambelor picioare la un cachectic paludic.

Motty, chirurg militar, a publicat de asemenea două casuri de

gangrenă tot de natură paludică. Ast-fel că astăzi toți autorii, împreună cu Virchow, admit că starea cachectică paludică—prin micșorarea globulelor sângelui, prin creșterea demăsurată a globulelor albe, prin aparițiunea unor particule negre neobicinuite în sânge, în fine prin acea alterațiune complexă în starea morfologică a sângelui—póte să dea naștere unei staze capilare, de unde produțiunea de gangrenă de natură paludică.

IV. **Gangrena prin ergotism** provine din alimentarea cu făină stricată care conține secală cornută ce se produce pe grâu în timp de secetă. Astăzi, cu progresele civilizațiunei și agriculturii, această gangrenă e aprópe dispărută. A fost însă un timp când bóla devenise epidemică. De și statisticele păreau a stabili că bărbații mai cu sémă sunt atinși de această gangrenă—probabil din cauza stărei ateromatóse a arterelor—însă s'a constatat că și însuși copii nu sunt excluși de acest flagel. Ast-fel, Vétillard vorbește de un copil care își perdu ambele gambe; Maurice Raynaud a văduț în spital doui copii coprinși de mortificațiuni și dintre cari cel mai mare nu avea de cât 14 ani; Sallerne citéză casul unui copilaș ale cărui ambele cópse se desarticulără una după alta de la șolduri. (Reclus).

Forma de gangrenă în ergotism este mai tot-d'a-una uscată și sémână din tóte punctele de vedere cu gangrena senilă.

Există o mare obscuritate în patogenia gangrenelor prin ergotism. În orice cas, e vorba de o intoxicațiune cronică a organismuluși; și pentru ca accidentele să se declare se cere, dupe Read, ca făina să conție cel puțin $\frac{1}{8}$ de secală cornută.

Pe de altă parte, esperiențele lui Holmes și Vulpian în 1870, au confirmat observațiunea clinică care ne arată că ergotismul ni se presintă sub douē forme: *convulsivă* și *gangrenósă*. Dar ambele aceste forme au acelaș punct de plecare: secala cornută lucréză exclusiv asupra contractilităței tunicelor musculare a micelor arterii. Când dară arteriolele centrilor nervoși vor fi atinse, vom avea o ischemie a axuluși cerebro-spinal din care va resulta: o veselie de beție, diferite turburări ale simțurilor, o sensibilitate exagerată a retinei, vijiituri de urechi, iperestesii cutanate, crampe, dureri în membre, contractiuni involuntare a muschilor până la adevărate accese de epilepsie, formând tabloul formeși convulsive. Acéstă stare póte fi urmată de coma și să aducă mórtea indiviđilor.

Cât pentru forma gangrenósă, dēnsa se produce când contractiunea micelor vase se stabilește pe organele externe.

În adevăr, dacă această ischemie, în loc de a fi trecétóre, merge din contra crescând, atunci sângele nu va întârzia să se coaguleze în

vase, ajutat fiind și de slăbirea curentului sanguin, grație intoxicațiunii cronice în care se află organismul. De aci va resulta trombose arteriale sau venoase (iar nu arterite) cari, opunându-se la schimbul și sosirea materialurilor nutritive, vor determina gangrena părților sau a unor membre întregi. Gangrena prin ergotism poate să apară singură; mai adesea însă e precedată de forma convulsivă; iar câte odată ambele aceste forme se pot observa în același timp și pe același individ. Așa s'au vădit bolnavi cari, în mijlocul unor torture de turburări digestive, slăbiciune generală, prostrație, vertigiuri, insomnie, surditate, dureri de membre și mișcări convulsive, să fie coprinși pe lângă toate acestea și de gangrena mâinilor sau picioarelor; iar alții de pierderea completă a nasului sau urechilor.

V. **Gangrena diabetică** de și cunoscută încă din 1811 de Lathern; în 1823 de Duncan și 1845 de Carmichael, onoarea însă revine lui Marchal de Calvi care, în 1853, puse această chestiune în Academia de medicină, arătând raporturile intime ce există între glicosurie și unele gangrene. Mai târziu, Hodgkin (Engliteză) Laudouzy, Charcot, Verneuil și Ladevèze, în 1867, contribuiri cu toții la descrierea completă a gangrenei diabetice din punctul de vedere clinic.

Mecanismul după care zahărul produce gangrena, este interpretat în diferite moduri de autori.

Unii, și în special Marchal de Calvi, susține că elementele anatomice ale țesuturilor, adică celulele, fiind în contact cu materiile zaharate, schimburile moleculare se găsesc profund turburate: nutrițiunea se face imperfect, vitalitatea se micșorează, până când în cele din urmă celulele se deteriorează și mor.

Otto Weber a dat un sprijin foarte puternic acestei teorii arătând că, principala cauză a gangrenei, rezultă din pierderea considerabilă de apă ce este sustrasă țesuturilor de zahăr aflat în organism. Ast-fel fiind, țesuturile impregnate de zahăr au o vitalitate cu totul mediocră, ceia ce le face ca în urma celui mai mic traumatism sau inflamație să se mortifice, să cadă în gangrenă, fără să se constate nici o alterațiune a pereților vasculari.

Pe de altă parte, experiențele făcute pe animale (brăște) au probat acțiunea vătămătoare a zahărului asupra țesuturilor prin aceea că, s'a putut determina cataracte, numai prin injecțiuni zaharate în sistemul circulator.

În ceia ce privește teoria lui Schiff care susține că zahărul nu este cauza ci efectul gangrenei, o vom vedea mai târziu. Vom reaminti numai că, acest autor legând mai toate venele superficiale ale unui

membreu la o piscică, a provocat o gangrenă. Dar tocmai în acest moment începe și diabetul care se mărește cu cât gangrena crește.

Alți autori, între cari Musset, Benni, Potain, susțin că diabetul produce gangrena prin leziuni vasculare adică prin arterite cu sau fără coagulațiunii sanguine. Cu totă piesa demonstrativă a lui Potain, în care se vedea într'un cas de gangrenă, atât artera poplitee cât și femorală profundă coprinse de leziuni endarteritice cu aterome, obiecțiunile nu au lipsit de a se face și anume: dându-ni-se că diabetul se dezvoltă pe artritici, alcoolici, gutoși, cari mai tot-d'a-una n'au arterile în bună stare, se poate ca arterita diabetică să aparție mai mult acestor diateze de cât acțiunii zahărului.

Noi vom admite opiniunea lui Reclus și a celor mai mulți autori cari primesc ambele aceste teorii, mai adăogând și o acțiune distrofică a țesuturilor exercitate de nervi, știindu-se că glicosuria este câte o dată de origină nervoasă. Deci pe de o parte pe cale directă — prin acțiunea ce zahărul are asupra elementelor anatomice sustrăgându-le o mare cantitate de apă — iar pe de alta, pe cale indirectă — prin alimentațiunea insuficientă a țesutului, fie din cauza unei endarterite sau a unor turburări trofice a sistemului nervos central sau periferic, rezultatul final este că, organul unui diabetic se poate mortifica cu cea mai mare înlesnire și în urma celei mai neînsemnate cauze. Și dacă la acesta mai adăogăm experiența lui Odo Bujwid, care a arătat că țesuturile impregnate de glicosă constituie pentru microbi cel mai bun mediu de cultură, lesne ne putem explica gangrena diabetică ce se arată în urma celei mai ușore inflamațiuni, în urma inoculațiunii numai a câtor-va germi, cari pe un alt organism rămân cu totul sterili pe când pe un diabetic poate să determine cu cea mai mare înlesnire chiar un flegmon gangrenos.

Iată o observațiune foarte importantă:

În Februarie curent, d. I. C., comersant, în urma unei oboseli, simte o mică genă în reg. ing. dreptă. Imediat se arată la un distins medic care nu constată nimic grav și de aceea îi prescrie apă de plumb.

După 2 zile sunt și eă chemat, care iarăși nu constată de cât un mic furuncul care deja spărsese. Prescriu sublimat. A doua zi observ un punct negru pe vârful furuncului care devenise deja mai mare. A treia zi, pata neagră se întinde cât o piesă de cincî lei. La orele 4, gangrena se întinsese într'un mod înspăimântător; starea generală însă bună. Imediat îl operez ridicând cu ferul roșu toate părțile gangrenate ce se întindea de la spina iliacă la pubis, având lățimea unui lat de mână. În adâncime am ridicat totul împreună cu ganglionii aflați în jurul pachetului vasculo-nervos și a aponevrosei iliace. În fine, perderea de substanțe ce am determinat a fost enormă. În operație nu am întrebuițat de cât ferul roșu refuzând cu totul a face o operație sângerândă. Bolnavul tocmai după

3 luni și $\frac{1}{2}$ s'a vindecat în mod complet, după ce am luptat cu cele mai mari precauțiuni antiseptice, dându'i la interior și medicamente contra diabetului, căci în urine s'a găsit o mare cantitate de zahăr.

Am relatat această observație pentru a arăta unul din cele mai importante caractere ale gangrenei diabetice și anume: tendința pe de o parte de a se întinde într'un mod excesiv de repede (forma acută); iar pe de alta de a se vindeca foarte încet.

Câte o dată în adevăr, gangrena diabetică, care mai tot-d'a-una este umedă, poate să ia *forma lentă*, când adică elementele anatomice se necrozază încetul cu încetul, provocând un fel de ulcerăriune moleculară. Alte dăți însă, se observă alternative repetate de cicatrizațiune și de sfacel: rēul se oprește pentru cât-va timp; pare chiar că a dispărut, când de o dată, fără cauză apreciabilă, gangrena reîncepe. Și dacă lucrurile se repet, se întâmplă ca bolnavul până să se vindece de plagă, móre de vre-o complicație viscerală, lucru care foarte des se observă.

Terminând, vom adăoga că gangrena glicosurică poate să fie și uscată, observându-se mai ales pe penis, ca în cazul descris de Fournier și Lecorché.

§ III. Gangrene de origină nervoasă (Nevropatice).

Nu toți autorii admit gangrenele nervoase. Ast-fel: Wolf și Hébréard de și au secționat toți nervii membrului abdominal la câini, cu toate acestea nu au observat nici un fenomen de gangrenă. Brown Sequard a arătat de asemenea cum animale, cărora le secționase măduva spinărei, au trăit luni întregi fără să fi prezentat urme de gangrenă în părțile paralizate și cu totă atrofia generală de care erau coprinse.

Sunt însă o mulțime de alte observațiuni și cercetări cari par că nu lasă nici o îndoială despre natura nervoasă a gangrenelor; așa că, de și nu s'a țin încă ultimul cuvânt asupra acestei chestiuni, dēnsa însă nu face mai puțin parte din cadrul nosologic.

Pentru prima óră atențiunea autorilor este atrasă, în 1857, de un medic Zambaco prin tesa sea intitulată: „*Despre gangrena spontanată produsă prin perturbațiune nervoasă*“. Cu toate că această idee nu a fost sprijinită de observațiuni clinice serioase, teoreticește însă a fost foarte bine susținută. În adevăr, acest autor afirmă că sistemul nervos care, după cum se știe, exercită o influență foarte mare asupra nutrițiunei țesuturilor, turburându-se în funcțiunile sale, poate prin el însuși să determine gangrena fără nici o altă leziune. Dēnsul mai adaogă că,

chiar în cazurile unde o alterațiune vasculară evidentă ar părea a fi cauza proximă a accidentelor, și aci iarăși punctul de plecare este tot sistemul nervos. Deci, alterațiunea primitivă a nervilor sau mai bine zis supresiunea fluxului nervos, aduce consecutiv alterațiunea părților arteriale, cari la rândul lor devine în ultimul punct cauza imediată a gangrenei, mai ales la bătrâni, ce au păreții arteriale încrustați cu materii calcare.

Observațiunile și cercetările științifice începură a se mări în această privință. Ast-fel Charcot (Samuel?) descrie sub numele de *decubitus acut* o gangrenă de formă particulară, la indivizii atinși de leziuni a centrilor nervoși, fără a fi sub dependența emaciațiunii sau a marasmului. Densul arată relațiunea strânsă ce există între escharele sacrului și a marelui trochanter, cu emoragiile și ramolismul cerebrului; eschare ce apar repede și au sediul numai din partea paralizată, adică unilaterală, cu toate că presiunea corpului este egală pe ambele fesse. În inflamațiunile măduvei și mai ales în mielitele traumatice, escharele ce apar după 2, 3 sau 4 zile de la accident, sunt mai diseminate și cu un sediū mai variat; ast-fel se observă plăci mortificate pe fessă, trochanter, condilii, maleole și călcâi. Și pentru ca aceste gangrene să nu fie atribuite unei acțiuni mecanice a greutatei corpului, vom adăoga că acelaș lucru se constată în intimitatea țesuturilor, în părțile profunde ale organismului, în nivelul articulațiilor și al oșelor, unde cu totă absența or-cărei presiuni, totuși avem gangrene, avem necrobiose mai mult sau mai puțin întinse.

Memorabila experiență a lui Schiff este foarte demonstrativă în această privință. În adevăr, acest autor secționază un pedoncul cerebral sau unul din straturile optice, și după 8 zile constată un ramolism al mucósei gastro-intestinale cu perdere de substanță, cu alte cuvinte o gangrenă.

Beauvis, smulge nervul facial la eșirea sea din gaura stilo-mastoidiană la un epure, și după 8 zile observă și el gangrena urechei drepte.

În lepra mutilantă, acele ulcere torpide și atonice a părților moi, necrozele oșelor, a falangelor isolate, în fine gangrena unei întregi extremități a unui membru, sunt datorite iarăși alterațiunilor nervoase; căci, după cercetările lui Langhaus leziunea constă într'o ramolire considerabilă a comisurii grize, a colónelor lui Klarke și a córnelor posterioare. Până și însuși *noma*, adică gangrena obrazului și a vulvei ce se observă la copii debilitați în urma bólelor eruptive, este atribuită tot unei alterațiuni a sistemului nervos, din cauză că densa nici o dată nu trece de linia mediană și se desvoltă fără reacție inflamatorie.

Când am studiat ulcerele cronice, am arătat rolul ce'l jacă alte-

rațiunile nervoase în mortificațiunea tegumentelor, alterațiunii provocate după cercetările lui Quenu de varicele vaselor nutritive ale nervilor (vasa-nervorum) cari irită și sclerosază cordónele nervoase.

Duplay și Morat au arătat de asemenea că, bóla numită *mal perforant* recunoște iarăși drept cauză turburările și alterațiunile terminațiunilor nervoase trofice, însoțindu-se de plăci de gangrenă. În fine, fiziologia experimentală a arătat mortificațiunea ochiului, în urma smulgerii nervului trigemen.

Pe de altă parte, Paget citază observațiunea unui bolnav care, după o fractură a radiului, a avut nervul median comprimat de cal, în urma căruia lucru, a apărut un ulcer gangrenos în dreptul policelui și al inceleului.

Spillmann și un chirurg Englez Wyat citază vre-o patru casuri, unde în urma unei fracturi a cõpsei complicată de secțiunea nervului schiatic, a apărut o gangrenă a părții posterioare a gambei.

Din parte'mi relatez un caz de ulcere destul de întinse apărute pe gambă, în urma secțiunii trunchilor nervoase cu ocazia ridicării unei cicatrice care adusese ankilosa genuchiului. La capitolul diformități prin cicatrice, voi da observația în extenso.

Nepveu atrage și el atențiunea asupra gangrenelor ce se pot desvolta cu cea mai mare înlesnire pe membrele atinse de paralisie infantilă.

În fine Leloir și Déjérine au arătat prin microscop alterațiunii primitive (fără leziune centrală) de nevrită parenchimatósă (degenerescență valeriană) în filetele nervoase, luate din jurul unei plăgi de gangrenă de origină nervoasă.

Este adevărat că în toate aceste casuri mai intervin și alți factori, ca compresiunile și debilitatea indivișilor, dar acestea formază numai niște cauze determinante, ceia ce nu micșorează întru nimic cauza primordială care este și rămâne aceeași: supresiunea influxului nervos care, aducând o slăbiciune mare în vitalitatea țesuturilor, gangrena póte să apară sub influența celei mai neînsemnate circumstanțe.

În această clasă de gangrenă nervoasă, intră o afecțiune bizară, după cum o numește Reclus, și care a fost pentru prima óră descrisă de Maurice Raynaud în 1862 sub numele de **gangrenă simetrică a extremităților**. Și s'a numit ast-fel, pentru că în general ocupă puncte similare ale organismului, și în special extremitățile. Ast-fel, se observă pe membrele superioare, pe cele inferioare sau pe câte patru de o dată; iar alte óri pe ambele urechi, pe nas în părțile sale laterale, pe vârful coccisului sau pe ambele maleole externe.

Acastă bóla presintă două perióde: una *precursoare* și alta *confir-*

mativă. Cea precursorie numită încă și asfixie locală, are și dânsa două forme: *sincopa totală și asfixie locală propriu disă*. Sincopa totală se caracterisă printr'o decolorațiune complectă și repede a organului. Acésta resultă dintr'o intrerupere bruscă a întregii circulațiuni a sângelui, fenomen ce se pôte obține în mod artificial, când frecăm un deget și în urmă aplicăm o legătură la baza sea, ceia ce copiii în momente de distrație numesc *deget saũ mână mórta*.

Prin asfixie propriu zisă se înțelege numai oprirea sângelui arterial, în care cas extremitățile iaũ o culóre lividă, resultând din starea mai mult saũ mai puțin complectă a sângelui venos în vasele capilare, ceia ce face ca degetul să aibă aspectul ca cum ar fi pătat de cernelă. Și într'un cas și într'altul, avem anestesia și lipsă de motilitate așa că, putem înțepa organul fără ca bolnavul să simtă saũ să'l pótă mișca: totuși dânsul simte ca cum degetul ar fi amortit, înghețat (onglée) iar câte o dată exprimă un sentiment de arsură și înțepături (anestesia durerósă).

Acéstă periódă precursorie care une-orî se însoțește de fenomene generale de natură isterică, pôte să fie de o durată scurtă, după care urméză o reacțiune congestivă, când petele livide se înlocuesc prin o culóre roșetică, care câștigă din ce în ce mai mult din teren fiind prin a se substitui culorilor asfixice. Acéstă reacțiune este une-orî foarte durerósă, bolnavul însă în general se pôte vindeca; dar alte dată, fenomenele persistă și se accentuéză mai mult, când periódă de confirmațiune se declară.

Aci iarășî lucruri foarte curioase se petrec; totuși putem deosebi două forme: una *cronică* și alta *acută*. Cea cronică este atunci când durerile, furnicăturile și petele livide mărindu-se, vedem că apare în general, pe degetul cel mic al mânilor, niște flictene pline cu un lichid sero-purulent cari după ce se sparg, epidermul se ridică iar dermul rămâne denudat, gol. Din acésta resultă o mică escoriațiune ce duréză cât-va timp. Și tocmai când ne-am aștepta ca răul să progreseze, tocmai atunci se întâmplă ca bóla să dea înapoi: părțile se reînviază, se reîntorc la starea normală, ulcerațiunea se cicatrizează și din acéstă retractiune, rămâne un fel de *tubercul cronic* sub unghie. Se întâmplă însă ca acéstă vindecare să nu fie de cât momentană, și aceiași serie de fenomene să reîncépă, fie pe acelaș deget saũ pe un altul; așa că M. Raynaud a vădut aceiași stare de lucruri reînoindu-se în timp de 2 ani cu intervale de remisiune pasageră. În acest moment, unghia cade, degetul se subțiază, se vestejește și se ratatinéză, presentând pe suprafața sea o mulțime de mici cicatrice albe și deprimare.

Cea altă formă acută este când mortificațiunea ia un mers repede:

pata neagră ia o culoare de cărbune și copleșește iute o întrégă falangă pe care o momifiază întocmai ca o gangrenă uscată, și aci iarăși răul se poate opri din drumul său, căci un lizereu inflamator nu întârzie să apară și să limiteze eschara; și în acest sghiab de separațiune începe să nască muguri cărnoși cari fac să cadă eschara iar cicatrizarea să se efectueze.

Cu toate că această gangrenă s'a observat pe femeii limfatice, nervoase și cu accidente nevropatice; pe ómenii tineri de la 18—30 ani cu un sistem arterial bun, fără nici o urmă de arterio-scleroră, ceia ce a și facut pe unii să numescă acesta **gangrenă juvenilă** pentru a o deosebi de cea senilă; cu toate cercetările și observațiunile științifice de cari am vorbit și cari toate coroborează pentru a arăta natura nervoasă a acestei gangrene, totuși trebuie să'i arătăm mecanismul său mai bine zis filiera în urma căria densa se produce.

Ast-fel, aceste gangrene de natură nervoasă se explică, după Raynaud și Picot, într'un mod perfect prin contractiunea permanentă a muschilor vasculari, putend merge chiar până la tetanizare. Din acest spasm arterial care rezultă dintr'o excitațiune a nervilor vasomotori constrictori, ce percurg axul medular în totă lungimea sea, putem avea sincopa, asfixia locală și însuși gangrena. Și cu atât mai mult această interpretațiune pare a fi justă, cu cât este bazată pe fapte pozitive. Așa, însuși Raynaud, voind să probeze că asfixia locală a extremităților este rezultatul unei ischemii speciale venită în urma unei excitațiuni medulare, a arătat cu oftalmoscopul în mână, că în asemenea casuri, artera centrală a retinei se găsește foarte micșorată de calibru și presintă în lungul său o mulțime de strangulațiuni parțiale.

Alți autori însă invocă mai mult nervii trofici ai lui Samuel cari de și încă nu au căpătat o demonstrațiune anatomică și fiziologică serioasă, totuși, este admis că dânsii presidă la fenomenele intime de nutrițiune a țesuturilor. Deci, alterațiunea acestor nervi trofici este care produce gangrena nervoasă, iar nici de cum excitațiunea nervilor vasomotori constrictori.

Mai sunt încă autori cari atribue gangrena simetrică a extremităților la influența unor diatese și în special la diabet, mai ales că Raynaud chiar, a constatat într'un cas, că urinele bolnavului conțineau zahăr.

În sfirșit, după Ray (1867) și Fischer (1875) impaludismul ar putea fi și el considerat ca o cauză puternică a gangrenei simetrice a extremităților.

Pentru a putea reține mai bine genurile și varietățile de gangrenă, dau aci următorul tablou :

G A N G R E N E

Morfopatico	{	Gangrene prin traumatism " " ustiune " " congealațiune " " caustice " " fulgurațiune	}	Agenți mecanici, fisici și chimici.		
Emopatico	{	Prin leziunea vaselor sanguine: fie artere, vene sau capilare.	{	Trombosă Aterome Embolii Degenerescente calcare Arterită deformantă	}	I) Gangrenă prin cadaverisatie sau gangrenă albă II) Gangrenă uscată III) Gangrenă umedă IV) Gangrenă prin coagulațiune V) Gangrenă prin colliquațiune
Emopatico	{	Prin alterațiunea sângelui	{	I) Gangrena în febra tifoidă II) " " tifos III) " " paludism IV) " " ergotism V) " " diabet		
Nevropatice	{	Prin leziuni directe patologice a nervilor Prin compresiuni și smulgere a trunchilor nervoase	}	Gangrenă simetrică a extremităților		

Aprópe fie-care din aceste gangrene pot fi de natură nemicrobieniă și microbieniă.

Clasificațiunea acésta o credem fórté simplă și cu un caracter cu totul didactic.

Ne permitem a nu admite clasificațiunea dată de Prof. Jeannel la congresul de chirurgie din Paris 1892, din caúsă că ni se pare mult mai complicată și póte chiar greú de memorat.

Dar pentru o mai bună apreciere, reproduc în mod fidel această clasificare spre a se putea mai ușor face o justă comparație între dânsa și cea admisă de noi.

Gangrene trofice	de origină vasculară	Prin leziuni patologice	Arterio-sclerosă	}	Causă necunoscută
					Sifilis
		Prin leziuni traumatice	}	Embolii arteriale	Alcoolism
Tromboze venoase neinfecțioase	Paludism				
					Diabet
Gangrene trofice	de origină nervoasă	Prin leziuni patologice	}	Turburări trofic variate.	
				Ulcere	
	Prin leziuni traumatice	}	Gangrena simetrică	Sfacel de decubitus	
Turburări trofice variate					
Gangrene toxice sau prin	Prin desorganizațiune consecutivă	}	în urma arsurilor sau degerăturilor		
			" " traumelor violente		
			" " compresiunelor		
Intoxicațiune microbieniă fără stare diatesică	}	generală	Septicemie gangrenosă		
		locală	Gangrenă febrilor infecțioase		
Intoxicațiune microbieniă cu stare diatesică	}	}	Pustula malignă		
			Flegmon septic		
			Alcoolism	}	Generală, septicemie.
			Impaludism		
			Diabet		

DESPRE GANGRENĂ

(CONTINUARE)

Lecția XII.

Patogenia gangrenei dupe datele actuale științifice
și din punct de vedere clinic.

Domnilor,

După ce am trecut în revistă toate varietățile și formele diverse de gangrene, este bine credem să expunem, într'un mod pe cât posibil de succint, care este starea actuală a cunoștințelor cu privire la gena și procesele intime a acestor gangrene, mai ales față cu ultimele cercetări bacteriologice moderne.

Știți domnilor de alt-fel că această chestiune a fost propusă la congresul de chirurgie din anul acesta la Paris, fiind raportor profesorul Jeannel din Toulouse.

Intrebările ce trebuie să ne punem sunt :

I) Póte să existe gangrenă fără microbi?

II) Există un anume microb special pentru a determina gangrena, sau sunt și microbi banali ce pot produce niște asemenea procese?

III) Fenomenele generală febrile ce însoțesc gangrena, sunt ele datorite strebaterii microbilor în organism, sau absorpțiunei unor produse cu totul streine de microbi?

IV. Care este acțiunea intimă, sau mai bine zis, care e mecanismul și filiera prin care microbi ajung să provóce gangrena?

I) Pentru prima întrebare, observațiunea clinică a arătat că póte să existe gangrene cari, în anumite condițiuni, să nu conție nici un microb.

Din studiile ce am făcut, ați vădut că prin căldură, frig, electricitate și caustice, putem determina d'a dreptul gangrene numai prin

simpla acțiune distrugătoare a acestor agenți, și unde de sigur nu se poate invoca intervenirea celui mai simplu microb. Acelaș lucru putem dice și despre gangrena rezultând din legătura arterei principale a unui membru, unde iarăși acest proces îl obținem numai prin suprimarea lichidului nutritiv.

Și ca probă că aceste gangrene sunt amicrobiene, este că densesle nu numai că evoluază în cea mai perfectă apirexie, dar pot fi tolerate un timp foarte îndelungat de organism, întocmai ca or-ce corp inocent. Vă aduceți de sigur aminte de cazul relatat de Cruveilher, în care un ténér s'a servit mult timp de gamba sea coprinsă de gangrenă uscată întocmai ca de o gambă artificială. De alt-fel, cei cari frecuentați spitalele, veți fi observat de sigur casuri în cari ómenii cu gangrenă uscată deși vin în serviciu foarte târziu, totuși ne oferă o stare generală destul de satisfăcătoare.

Ei bine, toate acestea sunt fapte evidente și din cari putem conchide, că există în adevér gangrene în afară de acțiunea or-cărui microb.

Și pentru a da un sprijin și mai mare acestei idei, n'avem de cât să recurgem iarăși la faptele clinice.

În adevér, gangrenele nemicrobiene, gangrenele morfopatrice pure, n'aũ absolut nici o tendință către o extensiune progresivă, ci rămân pe loc; sau cel mult—precum e cazul în gangrena uscată—mersul său e limitat și se oprește după un timp óre-care acolo, unde obstacolul există. Și numai grație acestui lucru ne putem explica: pe de o parte tendința naturală a gangrenei de a se separa de restul organismului viu prin aparițiunea sghiabului de eliminațiune; iar pe de alta, legitima intervențiune nóstre chirurgicale; facem amputația unui membru cu gangrenă senilă, imediat d'asupra obstrucțiunii arteriale, fără să ne temem de sfacelarea lambourilor, precum nu ne temem de aparițiunea acestui lucru, când am face amputația pentru or-ce altă cauză străină gangrenei și deci în condițiile cele mai bune. Și pentru ce? Încă o dată, pentru că membrul gangrenat, mortificat, este lipsit de or-ce inoculație microbienă, este aseptizat. Rămâne însă bine înțeles că aceste gangrene, pentru a'și păstra caracterul lor aseptice, trebuesc cu îngrijire puse în anume condițiuni ca să nu se contamineze de microbii veniți din afară și cari de sigur le-ar schimba cu totul natura benignă.

II) Alături cu această clasă de gangrene, iarăși experimentarea și observațiunea clinică a arătat, că există un alt grup de gangrene destul de numeroase și cari tot-d'a-una s'aũ caracterisat prin prezența unuia sau mai multor specii de microbi; și acesta, or cât de bune ar fi condițiunile în cari sunt puse și or cât de bine ar fi protejate de contactul microbilor veniți din afară.

Să ne explicăm : Dacă punem în condițiuni perfecte de antisepsie un membru lovit de gangrenă uscată clasică, vom constata o lipsă totală de bacterii; din contra, pustula malignă, flegmonul gangrenos, noma, putreziciunea de spital etc. de și supuse la aceleași condițiuni, ne vor arăta însă tot-d'a-una și chiar de la început prezența de microbi.

Este natural deci să admitem că acestea din urmă își datoresc origina lor unor bacterii, pe când cele dintâi unor cauze cu totul streine.

Iată dar o diviziune simplă de **gangrene nebacteriene și gangrene bacteriene.**

În grupul gangrenelor bacteriene avem următoarele fapte de considerat.

Nu există de cât un singur microb numit *vibrionul septic* al lui Pasteur și bine studiat de Chauveau și Arloing, care se bucură de proprietatea exclusivă de a produce gangrenă; căci fiind inoculat, determină imediat gangrena ca efect direct.

Acastă gangrenă numită fulgerătoare sau septicemie gangrenosă, ne reprezintă modelul gangrenelor prin intoxicațiune generală. Accidentele generale isbucnesc mai întâi, și foarte repede după mocațiune, și nu sunt de loc în proporție cu primele leziuni locale; acesta probază până la evidență prioritatea septicemiei generale asupra manifestațiunilor gangrenose locale. Membrul isbit se putrefiază, infectează organismul și în fine se gangrenază: fie în nivelul inoculațiunii primitive, fie în or-ce alt loc depărtat sau apropiat, acolo unde rezistența vitală este micșorată. Pretutindenți flegmonul septic precedază gangrena. (Jeannel).

Probabil, tot aci ar trebui să punem și gangrena nosocomială sau putrediciunea de spital care, dispărând în urma precauțiunilor antisepice, ne-a dovedit astă-dî natura sea bacteriană specifică. Or cum ar fi, acestea sunt casurile în cari gangrena apare într'un mod fatal ca manifestație a microbilor, cu evoluție repede și cu caracter infecțios de la început.

Dar nu tot-d'a-una gangrena este ecoul sau simptomul unei infecțiuni generale; căci sunt în adevăr casuri unde gangrena formază primul semn al intoxicației, manifestându-se în locul chiar al inoculațiunii; și tocmai mai târziu, microbi, dezvoltându-se și multiplicându-se în această gangrenă locală, ajung de produc infecțiunea generală într'un mod mai mult sau mai puțin repede. Ast-fel avem pustula malignă, bacteria urinară, bacilul difteric al lui Löffler, al edemului malign etc. unde gangrena de și este rezultatul unei infecțiuni, dar această infecțiune rămâne mai întâi localizată și nu se generalizează de cât pentru a deveni mortală. Și numai grație acestui fapt ne explicăm

casurile de succese chirurgicale când prin mijloce energice și aplicate la timp scăpăm viața indivișilor, prin aceia că distrugem microbii în locul unde se găesc; sau, îi oprim de a intra în organism, precum e cazul când în difterie practicăm tracheotomia. Și ast-fel, având a ne lupta numai cu o parte din organism infectată, scăpăm restul de o mörte sigură.

Tot acelaș lucru se întemplă cu un individ care în urma unui traumatism, ni se presintă cu un membru zdrobit. Ei bine, cu tôte că gangrena e declarată și chiar putrefacția începută, totuși, dacă sosim la timp, putem să facem repede amputația membrului și tot-d'a-una vom scăpa viața bolnavului, din cauză că n'am lăsat timpul ca microbii și bacteriile aflate în membrul zdrobit să străbată în organism și să'l infecteze în mod secundar. Și probă este că, în fața acestei ultime stări, or-ce intervențiune e de prisos căci organismul fiind intoxicat, mörtea individului e decretată.

Dar dacă aceste gangrene recunosc un microb mai mult sau mai puțin special și cu proprietăți toxice, sunt altele cari se datoresc intervențiunei unor microbi cu totul banali.

În adevăr, o proliferare prea abondentă, într'un punct dat, a unui microb comun, fie el stafilococ sau streptococ, va face că celulele vor fi pe de o parte comprimate, iar pe de alta supra-încărcate de enorme cantități de principii toxice solubile ce se secretază de bacterii. De aci va resulta un defect de nutrițiune, iar consecința — o gangrenă moleculară represintată prin abces, ulceratiie, fistulă etc. etc., lucruri pe cari deja le-am studiat.

Dar alte dăți, fără să fie o proliferare locală mare a microbilor, totuși organismul se găesc într'o ast-fel de stare patologică, în cât rezistența la iritațiunile produse este förte scăđută, din cauză că nutrițiunea celulară și fluxul nutritiv sunt cu totul micșorate; de aci produțiune de gangrenă tot microbienă, dar de o altă natură.

În acéstă clasă putem cita tôte diatezele și stările discrasice caracterisate, precum știm deja de la Bouchard, printr'o lăngezire a proceselor nutritive intersticiale.

În adevăr: alcoolicul, paludicul, diabeticul etc. având organismul într'o stare de inferioritate și degradațiune fiziologică, tôte țesuturile și umorile lor, nu numai că vor servi ca un mijloc de cultură favorabilă or-cărui microb, dar mai mult, acești microbi cu cât înainteză în adăncimea unui asemenea organism, cu atât capătă proprietăți noi și virulență augmentată. Și de aceia, precum vom vedea mai târđi, o simplă inoculație a celui mai inofensiv microb, care pe un organism sănătos rămâne fără nici un efect, pe un diatesic însă produce leziuni

din cele mai grave ca: limfangite intinse, flegmone difuze, gangrene locale și chiar generale aducând mórtea individului.

În fine, o altă specie de gangrenă bacteriană este, când pe un organism deja infectat de o altă specie de bacterie, se adaogă inocularea unui alt microb.

Aci intră toate speciile de gangrene pe cari le-am studiat ca survenind în urma bólelor generale grave ca febra tifoidă, tifosul, scarlatina, rugeola etc.

De și la început asociațiunea saú **alianța bacteriană** era considerată ca ipotetică, astăzi însă începe serios a fi discutată, mergând chiar până a i se fixa legi positive, precum probéză lucrările lui Cornil și Babeș.

Și cu privire la gangrenă, sunt câte-va fapte cari pot fi explicate numai pe această bază. Ast-fel sunt gangrenele pulmonare, gangrenele tifice și acelea ce se ivesc în mai multe bóle infecto-contagióse.

În adevăr, Babeș și Bonome au arătat că asociațiunea unui stafilococ auriú cu un microb saprogen póte produce gangrena pulmonară¹⁾.

În resumat conchidem că:

a) Există în anumite casuri și condițiuni gangrene fără microbi, fără bacterii.

b) Gangrenele bacteriene de și în aparență multiple, în realitate însă nu există de cât o singură gangrenă microbică și anume aceea determinată de vibrionul septic al lui Pasteur, și care probabil e singura contra căria or-ce intervențiune este inutilă.

c) Tóte cele alte gangrene bacteriene, sunt susceptibile de un tratament chirurgical, de óre-ce dênsele începând printr'o infecțiune locală, putem distruge microbii mai înainte ca intoxicațiya generală să se producă.

d) Un grup aparte de gangrene bacteriene sunt acelea ce resultă din asociațiunea unui microb comun cu un alt microb saprogen aflat deja în organism, și fără de care nu ar fi capabil să dea naștere procesului gangrenos.

III) În afară de gangrenele septice, bacteriene pure, fórte adesea orí constatăm o ridicare de temperatură și în gangrenele simple, nebacteriene.

Cum se explică acest lucru? În cazul întâi, fenomenul n'are trebuință de nici o esplicăție alta, știut fiind proprietățile flogogene și pirogene ale microbilor, și deci, strebaterea lor în organism tot-d'una și în mod fatal va fi însoțită de o ascensiune termică.

¹⁾ Veđi „Spitalul“ No. 13 din 1892.

Cât pentru cazul al doilea, cheștiunea devine mai dificilă, căci dacă admitem gangrenă aseptică, nebacteriană, atunci ar trebui ca tot-d'a-una și fără nici o excepție să nu avem de loc ipertermie.

Este adevărat, că mai adesea aceste gangrene apar și evoluéză în apirexie; dar iarăși e constatat că de multe ori ridicarea de temperatură există și însoțește gangrenele nemicrobiene, și acesta fără să existe nici o soluție de continuitate, sau vre-o inoculație de microbi din afară, care de sigur ar legitima ipertermia.

Răspunsul e greu de dat.

Noi ne explicăm fenomenul în următorul mod :

Dacă o regiune limitată a unui organ va fi isbită de gangrenă, neapărat că resturi din țesuturile mortificate vor fi absorbite de organism; dar aceste țesuturi fiind pe de o parte lipsite de microbi, iar pe de alta în cantitate mică, iconomia nu se va resimți de această absorpție, și de aci lipsa de ascensiune termică. Și în adevăr, așa se și petrec lucrurile în gangrene mici, determinate prin diferiți agenți fizici sau chimici, unde totul se petrece în cea mai perfectă liniște, până când gangrena eliminându-se de sine, obținem cicatrizarea fără nici o revoltă a organismului. Dar mai mult, gangrene foarte întinse pot să evolueze într'un mod cu totul apiretic, cu condiție ca mortificațiunea să se facă treptat, căci atunci și absorpția va fi în aceeași proporție. În acest cas, produsele mortificate sunt absorbite de organism; dar fenomenul executându-se într'un mod lent, această absorpțiune pe măsură ce se efectuéză, pe aceeași măsură se și eliminéză; așa că, organismul ajunge să lupte cu procese gangrenose întinse, fără ca, cu toate acestea, să se observe în el cea mai mică revoluție; ci în mod pacinic, adică cu totul fără reacție, sau mai bine zis fără febră, merge înainte cu totă gangrena de care e copleșit.

Și exemplul cel mai convingător îl avem în gangrena uscată, unde de și piciorul și întreaga gambă sunt complect sfacelate, totuși bolnavul nu numai că suportă acest desastru, dar într'o complectă apirexie, își târaște membrul mort, și nu cere intervențiunea noastră de cât pentru a fi scăpat de o asemenea infirmitate ce-l cauzéză desgust. Și pentru ce organismul rămâne indiferent față cu această pierdere? pentru că gangrena uscată începe treptat: ocupă mai întâi un deget al piciorului, apoi succesiv cele alte și încetul cu încetul după 1—2 luni ajunge de mortifică întregul membru. Dar absorpțiunea făcându-se și ea în mod lent, organismul nu e surprins, căci eliminând ceia ce introduce, luptă cu putere până la îndeplinirea complectă a gangrenei membrului.

Este ca să dic ast-fel, un fel de acomodatiune sau obicinuință a

economiei cu aceste detritusuri, ce intră și ies pe măsură ce se formează.

Când însă o regiune prea mare e cuprinsă de gangrenă, sau că acest proces înainteză prea repede, atunci absorpțiunea materiilor putride intrând în organism de o dată și în cantități mari, neapărat că organismul se va resimți și de aci o ascensiune termică.

Și în adevăr, faptele clinice sunt demonstrative în această privință, căci ele ne arată că or de câte ori o zdrobire întinsă a unui membru, sau o oprire bruscă a lichidului nutritiv produc într'o regiune gangrena în mod repede, tot-d'a-una fenomenul se va însoți și de o ridicare foarte mare a temperaturii, atingând cifra de 39, 40 și mai bine de grade.

Dar această febră nu este datorită introducerii microbilor în organism, ci pur și simplu absorpțiunii materiilor solubile piretogene, provenite din elementele celulare sfacelate; și de aceia se și numește febră aseptică sau amicrobienă, nume dat de Gangolphe și Courmont (din Lyon) la congresul din 1891 din Paris.

Acastă febră se deosebete prin caracterul și modul său de a se manifesta de febra septică sau microbiană, întocmai precum febra inflamatorie se diferenciază de febrele traumatice. Și ast-fel fiind, pronosticul uneia nu se asemănă întru nimic cu pronosticul celei alte.

Gangolphe și Courmont ¹⁾ printr'o experiență foarte demonstrativă și ingenioasă au arătat până la evidenșă patogenia acestei febre aseptice.

Se știe că în urma bisturnagiului (castrare) la berbeci, în timpul fazei de mortificație a testiculului, temperatura în mod real și constant se ridică cu un grad. Dacă însă scrotul se lăgă în masă la rădăcina sea cu un tub de cauciuc, temperatura rămâne la cifra normală. După trei zile, ridicându-se legătura, imediat temperatura se ridică și densa, în câte-va ore, cu două grade. În cazul întâi, nu am avut febră, din pricină că materiile sau produsele solubile a celulelor mortificate n'au putut strebate în torentul circulator, din cauza legăturii; pe când în cazul al doilea, obstacolul o dată suprimat, detritusul intrând în organism imediat a provocat ascensiunea de temperatură.

Tot acești autori au arătat că inoculația de țesut testicular sănătos nu se însoțește de febră; pe când o injecție de 10 centigrame de produse solubile din testiculul mortificat, dă nascere în 2¹/₂ ore la o ridicare de temperatură de un grad.

Conclusia este că, în afară de or-ce inoculație de microbi, febra poate să apară prin simpla absorpție a materiilor solubile din celulele mortificate, cari se bucură de proprietăți piretogene.

Caracteristica acestei febre este că dinsa nu apare de o dată,

¹⁾ Veđi „Semainne médicale“ din 11 Aprilie 1891.

(afară de excepțiuni) ci treptat, stând în raport cu cantitatea produse-
lor absorbite; și al doilea, că dînsa încetază de o dată cu aparițiunea
sghiabului de eliminare, pentru că atunci partea mortificată fiind se-
parată de cea vie, absorpția încetază, și cu dînsa consecutiv febra.

S'ar mai putea cita încă un alt gen de febră cu gangrene, ia-
răși în afară de orice soluție de continuitate și prin urmare de vre-o
inoculație microbieniă nouă. Acesta este cazul în care organismul ar
poseda în elementele țesuturilor sale microbi în stare latentă. Aci,
nu numai gangrena, dar și o simplă contusie sau fractură, imediat
dau naștere unei ascesiuni termice, care nu e rezultatul absorp-
țiunii materiilor putride, dar al mobilizării în organism a microbilor
ascunși în țesut, și deveniți liberi prin faptul traumatismului său
gangrenei.

Și deosebirea între această febră și cea precedent descrisă, este că
dînsa apare brusc și nu are nici o legătură atât cu leziunea cât și cu
sghiabul de eliminațiune.

Dar acesta formază ceia ce Verneuil numesce **auto-inoculație**
și care jăcă cel mai mare rol în chirurgie, lucru despre care vom
vorbi la raporturile dintre diateze și traumatism.

IV) Venim acum la ultima întrebare și anume: prin ce mecanism
intim desvoltarea bacteriilor pôte provoca gangrena?

Cel mai simplu și pôte cel mai dovedit lucru, e faptul că bacte-
riile se bucură de o proprietate de proliferație enormă, și care, după
cum se exprimă Pasteur și Duclaux, întrece orice imaginațiune; căci
2 microbi puși în condițiuni bune, în timp de 24 ore, ating cifra de
17 milioane (!)

Ei bine, această creștere colosală a bacteriilor într'un punct dat,
va aduce mai întâi o compresiune asupra celulelor țesutului precum
și o iritațiune a terminațiunilor nervoase, așa că vasomotorii fiind și
ei interesați, celulele rămân lipsite de nutrițiune. După aceea, la acest
lucru trebuie să mai adăogăm și faptul că, adesea ori coloniile bacte-
riene secretază substanțe solubile toxice ca: *ptomaine* (Brieger, Ar-
mand și Gauthier) *toxalbumine* și *toxine* (Brieger, Roux, Brehrens,
Kitasato) etc. Aceste substanțe, lucrază pe de o parte local asupra
celulelor ca o injecție intersticială iritantă, corosivă; iar pe de alta
asupra centrilor și ganglionilor nervoși, producând pe lângă multe
simptome generale, și o vaso constrictiune sau vaso paralisă a re-
giunii atinse, modificându-și ast-fel adânc afluxul nutritiv.

Pe această cale, pe de o parte mecanică iar pe de alta chimică,
dacă o putem numi ast-fel, celulele fiind lipsite de lichidul nutritiv
se mortifică, cad în gangrenă. Acesta constituie gangrena moleculară

represintată prin ulceratie, fistulă, abces, infarct etc. precum și unele gangrene locale mai mult sau mai puțin întinse, datorite unor inoculații, sau dezvoltate pe indivizi cachectici și discrasici prin diferite diatезe,

Mai departe, acești microbi, reușind a pătrunde în torentul circulator, își continuă proliferarea, cu o energie și mai mare dinșii atacă globulele sângelui, dar mai ales pe cele albe; le distrug sau mai adesea le transformă în mese viscoase, și cu ele împreună, constituind un agregat semi fluid, sunt transportați în vase de un calibru din ce în ce mai mic unde, grație viscosității și constituției lor, se opresc dând ast-fel loc la un gen particular de astupare vasculară numită **embolie bacteriană**, și din care va rezulta gangrene mai mult sau mai puțin întinse, fie în interiorul organismului, fie în părțile sale exterioare, dupe natura și felul vasului astupat.

Dar lucrul nu se mărginește numai aci. Acești microbi, fiind în contact cu endoteliul vascular, sfârșesc prin a se fixa pe dinsul, atacându-l, grație activei lor prolierări. Și atunci două cazuri se pot ivi: sau că endoteliul vascular fiind mereu iritat, celulele sale vor intra în proliferare și vor da naștere unei escrescențe mai mult sau mai puțin voluminoasă ce va proemina în lumina arterei; sau că aceste bacterii virulente vor distruge chiar epiteliul, de unde va naște o suprafață exulcerată, rugoasă și neregulată. Dar și într'un cas și în altul, sêngele, deja modificat în constituția lui chimică, va depune coaguli în contactul acestor neregularități a endarteriului și, contractând aderențe cu tunica internă, va produce ceia ce deja am studiat: **trombosa arterială** având și densa aceeași origină bacteriană.

Consecința am vădut-o: gangrenă câte odată colossal de întinsă, de ore ce arterii chiar de întâia mărime s'au găsit obliterate în acest mod.

Casul meu deja descris este unul din cele mai remarcabile, căci trombosa dezvoltându-se în artera iliacă externă, a produs sfacelarea întregului membru corespondent.

După cum deja am arătat, felul acesta de trombose arteriale se observă mai ales în bólele generale grave ca febra tifoidă, tifosul etc. unde microbii, fiind de o virulență mare, dau naștere la gangrene întinse prin volumul cel mare de trombus, venit în urma acestei inflamații specifice a tunicei interne a arterelor.

DESPRE GANGRENĂ

(CONTINUARE ȘI FINE)

Lecțiunea XIII.

Simptomatologia în gangrene.

Domnilor,

Cu toate că fie-care specie de gangrenă după cum am văzut își are semnele sale speciale, autorii însă au reușit să scôtă din această mare variațiune de forme, unele simptome generale proprii unor anumite gangrene, iar altele locale și pe cari le găsim în or-ce fel de gangrene și or-care ar fi cauza ce le-a dat naștere. Să le studiem deci pe fie-care în parte.

1) **Simptomele generale.** Acestea, când e vorba de gangrenă prin embolie, se manifestă prin turburări din partea cordului, care ține la prezența unui coagul în acest organ. Individul este de o dată coprins de palpitațiuni desordonate, de o jenă extremă și de un sentiment de opresiune făcându'l să cadă în sincopă. În acelaș timp, bolnavul simte o durere din cele mai vii pe traectul cunoscut al unei arterii și mai tot-d'a-una în dreptul unei bifurcațiuni, acolo unde coagulul se oprește precum: în plica cõpsei, a cotului, în fosa poplitee etc., fenomen care constituie, *durerea inițială* a gangrenei. Câte o dată însă această durere apare mai târziu; ast-fel M. Raynaud a publicat un fapt în care palpitațiunile intolerabile încetaseră cu desăvârșire, și tocmai după 5 zile a apărut durerea subită, premonitoare a gangrenei în gamba stângă. Acesta probabil rezultă din aceea că embolia arterială lasă mai întâi circulațiunea liberă în parte, determinând mai târziu o coagulațiune secundară, când apare și durerea inițială a gangrenei.

Când gangrena este limitată și superficială, când nici un organ esențial vieții nu este atins, atunci reacțiunea generală este foarte mică sau chiar lipsește cu totul. Am arătat deja cum gangrenele uscate sunt absolut inofensive pentru sănătatea individului, căci mortificațiunea complectă a unei întregi extremități de membru ca gamba, piciorul sau mâna, pot fi păstrate de individ ani întregi, fără să producă nici un pericol serios pentru existența sa, afară numai de o simplă infirmitate.

Nu este însă tot ast-fel când gangrena este vastă și cu un mers repede, când interesază organe importante sau când substanțe putrede și pululațiune de microbi se dezvoltă în partea mortificată ca de es. în gangrena umedă sau traumatică. În acest cas, obliterațiunea vaselor absorbante nu are timpul să se formeze, exudatele infecțioase trec atunci prin corp pentru a fi date afară prin căile de eliminațiune naturală și dau naștere unor accidente generale, luând un caracter de o gravitate considerabilă, putând determina mórtea individului în cel mai scurt timp posibil.

În adevăr, venulele și vasele limfatice rămăind deschise, plutesc ca să zic ast-fel, în sânul focarului gangrenos de unde, în mod continuu, absorb din acea murdărie compusă din sucuri albuminoide în cale de fermentație. Și acest putrigaiu o dată intrat în sânge, găsește aci un mediu foarte propriu pentru fermentațiune, și produce ast-fel în lichidul sanguin niște modificațiuni în totul analoge cu acelea de care era dotat. De aci rezultă o adevărată infecțiune generală prin vicierea sângelui, ce se apropie foarte mult cu infecțiunea obținută pe calea experimentală de Davaine, Coze, Chauveau și Vulpian prin injecțiuni de produse putrede, de sepsină și căria i-au dat numele de septicemie. O dată sângele ast-fel copleșit, globulele sale roșii se distrug și se deformază luând aspectul de rotă cu dinți sau o formă stelată; globulele albe se măresc foarte mult în număr, plasmă se dedublăză, iar cristale de emoglobină apar.

Vulpian, constatând în asemenea cazuri niște corpusculi speciali, le-a luat drept infusorii și anume bacterii, pentru care cuvânt a dat acestei infecțiuni numele de *bacteridiemie*, teorie care nu e admisă de toți.

Or cum ar fi însă, din momentul când infecțiunea generală s'a produs, fenomenele de adinamie nu întârzie să apară. Bolnavii sunt coprinși de un frison și ascensiune de temperatură teribilă, care cu cât se repetă cu atât îi lasă mai slăbiți, mai abătuți. Limba începe să se usuce, dinții se acoperă cu fuliginosități, trăsurile feței se alterază, individul slăbește până la emaciațiune, și o sete insațiabilă îi devorază; și mai mult, pielea devine terosă, respirația accelerată iar pulsul mic,

mole și frecuent. Câte o dată este sistemul nervos care predomină, manifestându-se prin insomnie, agitațiune și chiar delir furios. Alte dată observăm fenomene analoge cu ale holerei, de exemplu: auorexie, vărsături, meteorism, diaree profuse fetide, sanguinolente, cholericiforme; sudori foarte abundente și reci, de unde algiditate, în urma căroră bolnavul sucombă în stare de colapsus.

Pe lângă acestea mai putem observa metastase gangrenose, de unde vor resulta emoragii și diferite complicațiuni viscerale ca pleuresii, pneumonii și peritonite supra-acute. În sfârșit, unele gangrene profunde ale membrelor cu un mers repede, copleșitor, pot determina o morțe subită, atribuită de Parise la irupțiunea gazelor putrede din vene în cord.

De și asemenea cazuri în general se termină prin morțe, cu toate acestea, unii indiviđi fiind înzestrați cu o constituție forte pot scăpa, mai ales dacă accesele de febră iaă caracterul intermitent; dacă frsonele se repetă la intervale mai rari, iar eliminațiunea putridă se face repede prin căile gastro-intestinale fără să fie însoțite de vre-o complicație. Dar acest lucru se întâmplă mai rar, căci infecțiunea dacă se oprește din mersul său acut, ia însă forma cronică, care încetul cu încetul slăbește organismul, îi distruge or-ce forță de rezistență, până când individul trebuie să móră în urma unui adevărat marasm.

II) **Simptome locale.** Aci avem 4 periode:

1. Perioda de fenomene precursorii;
2. „ „ gangrenă confirmată sau de escarificațiune.
3. „ „ delimitare sau eliminațiunea escharei;
4. „ „ reparațiune a părților.

Perioda întâi. Incepe de ordinar prin modificațiunii din partea pielei cari neapărat variază la infinit după cauzele și formele de gangrenă. Ast-fel: câte o dată pielea se schimbă de colóre devenind cu totul palidă ca în sincopa totală, sau puțin lividă or cianică ca în asfixia locală. Când gangrena este rezultatul unei inflamațiuni acute, atunci colorațiunea roșie a acestui proces morbid devine de un roșu mai închis, de un roșu mai pronunțat, formând pete mai mult sau mai puțin închise, din pricina unei staze capilare. La un emiplegic, decubitul ni se va anunța printr'un eritem în formă de placă; pe când la un diabetic, placa ia d'a dreptul un caracter flegmonos însoțindu-se de una sau mai multe pete de o culóre neagră, lividă și cu o mare tendință către extensiune. În fine, alte ori gangrena este precedată de o vesiculă sau bulă, care spărgându-se lasă dermul denudat, cu o colorațiune închisă, neagră, caracteristică.

Tôte aceste fenomene se însoțesc de modificațiunii mai mult sau

mai puțin pronunțate din partea sistemului circulator, proprii unei anemii locale. De asemenea, sensibilitatea care la început poate fi prea mare (iperestezie), mai târziu din contra, începe a scădea până la o disparițiune completă (anestezie).

Perioda a doua. Este caracterisată prin aspectul ce ne oferă partea gangrenată și care deja a fost descrisă în formele de gangrenă. Aci vom adăoga numai unele din modificațiunile sângelui, cele alte fiind de asemenea studiate. Ast-fel, materia colorantă a sângelui — adică ematosina — părăsește globulele roșii. Densa devenită liberă se amestecă cu serul sângelui formând ematoidina care, străbătând în țesuturi, le umflă și le imprimă diferite culori ca: cenușie, verde, gălbue, roșu închis etc. etc. dând fie-cărei eschare o culoare deosebită și aprópe constantă. De aci: gangrena mucóselor are o culoare cenușie; gangrena pulmonilor este albăstrue bătând în verde (ca ardesia, olane=ardoisée); iar gangrena crebrului, verde. Tendónele și nervii își păstréză aprópe colórea normală; muschii însă iaú o culoare fórte caracteristică de roșu brun, violet, lucru ce pentru prima óră a fost observat și descris de Nelaton.

Terminând, vom reaminti colórea fórte bine cunoscută de chirurgi, a gangrenei intestinale care este aceia de *fóe mórtă*, galbenă palidă.

În acelaș timp când escharea este să se formeze, apar și alte fenomene de o importanță fórte mare.

Ast-fel, 1) *căldura* se micșoréză în regiunea atinsă de gangrenă, lucru care de alt-fel se explică ușor, din cauză că sângele încetéză de a mai veni în părțile sfacelate, și or-ce schimb de sucúri nutritive fiind suspendat, căldura în mod fatal scade.

În adevăr, explorațiunea termometrică arată o deosebire între partea sănătósă și cea gangrenată de 2—4 grade în termen mediú. Și câte o dată, acéstă scădere de temperatură este așa de întinsă în cât Dupuytren susține că densa poate să fie mai scăđută chiar de cât aceia a mediului ambient. D'asupra părței gangrenate însă, temperatura adesea este mai ridicată ca în regiunea sănătósă opusă.

Broca, esplică acéstă ipertermie prin isbirea colónei sanguine de obstacolul obturator. Mai probabil însă o putem atribui la desvoltarea circulației colaterale, prin care trece o cantitate mai considerabilă de sânge. Când gangrena este viscerală, scăderea de temperatură încă se manifestă prin răcirea progresivă a individului.

II) *Durerea* are intensități fórte variabile. Câte o dată nu există de loc, precum în noma, gangrena vulvei și decubite, unde mortificarea se desvoltă fără să fie însoțită de cea mai mică durere.

Alte dăți dēnsa se manifestă într'un mod vag sub formă de furi-
nicături sau mănăcirime cari nu atrage cătuși de puțin atențiunea bol-
navului luându-le drept dureri reumatoide, sau puindu-le pe socotela
unei oboseli or a unei alte cause banale.—Adesea Charcot a observat
o claudicațiune (schiopelă) intermitentă ca semn foarte depărtat al gan-
grenei. Une ori în fine, durerea este escisiv de violentă, dând sensa-
țiunea de arsură, sdrobire sau smulgere și, apare în mod subit, brusc
făcēnd pe bolnavi să scôtă țipete îngrozitoare. Cea mai mică atingere
devine imposibilă și bolnavii caută prin diferite mijloce ca pozițiunii
bizare, învălirea sau punerea membrului în apă rece or caldă să-și
aline aceste dureri, dar fără să reușască cătuși de puțin, de unde și
tendințe la sinucidere (veți observația noastră pag. 110).

Și de ore-ce am arătat că dintre toate organele, sistemul nervos este
care resistă mai mult la distrucțiune, durerile vor persista un timp
îndelungat până când toate elementele împreună cu tubii nervoși dispar.
Atunci insensibilitatea devine completă. Se întâmplă însă că cu totă
acēstă anestezie totală, bolnavul încă simte dureri vii, ceia ce s'a numit
anestezie durerosă și provine probabil de acolo, că în mijlocul acestei
distrucțiunii generale tot au mai rămas tubi nervoși intacti.

După Virchow, durerea provine din compresiunea ce exercită em-
bolia asupra trunchiului sau ramurilor nervoase; alții cred că acēsta
este rezultatul unui defect de nutrițiune a elementelor nervoase prin
nesuficiența de oxigen, provocată din oprirea circulațiunei.

III. *Motilitatea* ca și sensibilitatea, la un moment dat se șterge
cu desăvârșire. Ast-fel, mișcările membrelor sunt penibile, slăbite până
la o adevărată paralizie, când bolnavul nu-și mai poate flexa degetele,
mâna sau piciorul. Alte dăți lucrurile merg foarte repede și paralizia
vine în mod subit (Barrié).

Se întâmplă însă că cu totă gangrena confirmată a unui membru,
totuși mișcările să se pótă face. Acēsta rezultă din rezistența ce ten-
dónele oferă în fața gangrenei, ast-fel că dēnșii se pot pune în mișcare
de alți muschii aflați d'asupra porțiunei sfacelate și rămași intacti.
Acestui fenomen i s'a dat numele de *paralizie incompletă* și care
adesea se însoțește de contracturi dureróse.

Periódă a treia. Gangrena o dată confirmată, dēnsa sau tinde către
o extensiune continuă, sau se oprește în mersul său. În acest ultim cas
de limitare a gangrenei, se produce înprejurul părților sfacelate, în
țesuturile rămase sănătóse, o serie de modifițiuni al căror scop va
fi de a scăpa organismul de aceste părți mortificate devenite pentru
dēnsul niște adevărați corpi streini. Acestui complex i s'a dat numele
de *inflamațiune eliminatrice sau absorpțiune disjonctivă* și se efectuază în

în modul următor : pe când în regiunea gangrenată obliterațiunea vaselor este complectă, în părțile remase sănătoase și mai ales în dreptul unde se limitază leziunea, se dezvoltă o circulațiune colaterală foarte întinsă. Vasele capilare se întind, și o roșiată vie însoțită de o ușoră tumefacție a țesutului nu întârzie să apară. Indată observăm o linie roșie numită congestivă, care mărindu-se în lățime, formeză un cerc de jur împrejurul plăcei sfacelate. După 3—4 zile fenomene franc inflamatorii se declară, și vedem în unul său mai multe puncte din *zona congestivă* mici fisuri, mici ulcere quasi imperceptibile, dar cari în mod repede câștigă în suprafață și adâncime, transformând sus numita zonă într'un *sghiab de eliminațiune* care separă în mod definitiv părțile sănătoase de cele gangrenate.

Câte o dată acest sghiab este abia perceptibil, nefind reprezentat de cât printr'un lizereu de un milimetru; alte dăți însă poate să capete o lărgime de 2, 3 și chiar 6 c.m. Și acesta poate să provie sau dintr'o lipsă de antisepsie, când ulceratiia se mărește; sau când placa gangrenată este destul de mare, căci atunci partea sfacelată fiind lipsită de sucuri nutritive se va retracta, pe când părțile sănătoase, grație elasticității normale, se vor întinde și vor mări cercul de eliminațiune.

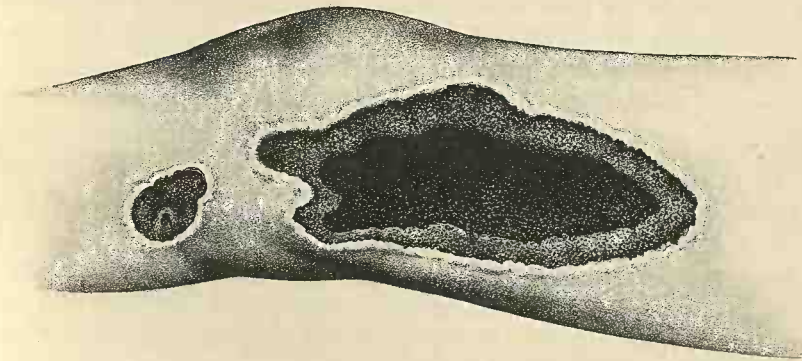


Fig. 30

Gangrenă traumatică cu sghiab de eliminațiune.

Represint prin fig. 30 un model de gangrenă traumatică împreună cu sghiabul său de eliminațiune, luat după natură din serviciul meu.

Eată în scurt observația :

Christea Florea de 83 ani, din Bolintinul din vale, intră în serviciul meu la 2 Martie 1892, puindu'i diagnosticul: gangrenă de natură traumatică a cōpsei stângi

pe fața sa externă. Ca antecedente se află că părinții săi au murit acum 40 de ani. Dinsul s'a însurat de 2 ori și a avut 18 copii, din cari însă numai 3 au rămas; ceilalți au murit de tineri. Aprópe nici o diateză; a zăcut însă în mai multe rânduri de friguri. Are o ernie inquală dublă, ce posedă de mult. Acum două săptămâni fiind la chef într'o cărciumă, pe când sta de vorbă i-a venit ameteala și a căzut fără să știe nimic de cele întemplate.

Starea locală. Pe treimea inferióră a cóspei stângi, începând din dreptul articulației genuchiului, posedă o perdere de substanță de formă elipsoidă, având 17 c.m. vertical și 7 transversal. Acéstă perdere de substanță posedă de jur împrejur o zonă roșie, burgeonantă și presărată de mici plăci ce secretéză puroiú. Zona saú sghiabul de eliminație are o lățime aprópe de 2 c.m.

Dincolo de acéstă zonă se observă o altă placă sfaclată, de culóre negriciósă, având mărimea unei monede de un leú. La 11 Martie partea gangrenată cade, rămând în loc aponevrosa cóspei de o culóre cenușie deschisă.

La 17 Martie cade și aponevrosa lăsând în evidență fibrele musculare roșii.

De aci în colo, cicatrizarea merge treptat până la 14 Aprilie când bolnavul ese vindecat.

Or cum ar fi, acest sghiab de eliminație are tendința de a străbate în adâncimea țesuturilor cari înconjóră eschara. Acéstă la rândul său izolându-se în mod progresiv prin supurație, începe a deveni mobilă, a se ridica în unele puncte din întinderea sa, a se fragmenta, fiind în cele din urmă prin a se elimina, fie de o dată saú încetul cu încetul. În adevăr, nu e nimic de comparat între eliminația unei eschare a pielii saú țesutului celular care se póte efectua în 7—8 zile, și aceia a óselor care duréză 7—8 luni și chiar ani întregi.

Acelaș lucru putem zice când mortificația este profundă și a atins aponevrosa, tendóne, cartilage, muschi, nervi etc.

Trebue însă să știm că nici o dată nu trebue să ne lăsăm a fi tentați de a ridica eschara cu scop de a grăbi vindecarea, căci dēnsa fórte adesea ori constituie bariera saú mai bine zis pǎretele unei cavități importante, precum de asemenea dēnsa ține locul unui factor puternic contra emoragiilor. Și fórte adesea când eschara se eliminéză prea de timpuriú chiar în mod natural, putem observa deschideri de articulații și cavități seróse precum și perforațiuni de vase și organe, cari în mod repede pun viața bolnavilor în pericol. Și acesta este mecanismul morței subite în febra tifoidă, gangrena pulmonului, arsurile profunde etc., care nu recunóște altă cauză de cât perforațiunile intestinale, deschiderea cavităței pleurale, emoragiú fulgerátóre și peritonite supra acute, provenite tocmai din cauza unei deslipiri brusce a escharei.

Periódă a patra. O dată eschara căzută, locul este ocupat de o plagă simplă, care mergând repede către cicatrizare, determină reparația

definitivă a țesuturilor. Cu toate acestea de multe ori lucrurile nu se petrec așa de ușor. În adevăr, se întâmplă ca cicatrizarea să nu se facă, cu toată căderea escharei—ca în cazuri de septicemii—când bolnavul coprins de marasmă și degenerescența amiloidă a viscerelor, mure înaintea reparării țesuturilor. Alte dați plaga se ulcerază; și adesea ori putem constata cum eschara, aflată pe un membru varicos, după deslipire, plaga ia toate caracterele unui ulcer cronic. În fine, diferitele diatезe împiedică perioada de reparație, precum se poate întâmpla la diabetici, albuminurici, sifilitici, arterio-scleroși, etc.

Diagnosticul. Nu prezintă absolut nici o dificultate, de orice caracterele unei gangrene sunt așa de marcante în cât partea sfacelată se impune. Importanța diagnosticului stă în a stabili cauza gangrenei. Și pentru acesta nu avem de cât să reamintim diferitele forme de gangrene și mecanismul lor. Vom căuta deci care anume vase sunt obliterate: venele, arterele or capilarele; cu alte cuvinte vom vedea dacă avem aface cu tromboze, arterio scleroze, cu diateza diabetică, albuminurică, sifilitică, etc.

Vom avea în vedere iarăși diferitele bôle infecțioase generale grave, precum în fine și alterațiunile sistemului nervos periferic sau central. Și cu modul acesta, conduși de simptomatologia și anatomia patologică, vom reuși tot-deauna a descoperi cauza sau mai bine zis a stabili un bun diagnostic.

Pronosticul. O parte a organismului o dată mortificată, nu mai poate fi readusă la viață, deci trebuie eliminată sau prin forțele proprii ale naturei, sau prin intervențiunea chirurgicală. Pronosticul însă este în strânsă legătură cu etiologia și stările diatezice.

Eată ce trebuie să avem în vedere cu privire la pronosticul gangrenelor.

Gangrenele morfopatiche și unele provenite prin obstrucția vaselor în anumite condiții, fiind după cum am arătat nemicrobiene, vor rămâne prin această origină chiar, localizate, apiretice și fără nici o tendință către extensiune, oprindu-se în zona anatomică care a suferit turburarea de nutrițiune. Deci, în aceste cazuri, pronosticul în mod relativ și luat din punctul de vedere general, e benign. Singurul lucru ce trebuie să ne preocupe, este de a feri aceste gangrene de vre-o inoculație microbieniă venită din afară, căci atunci își vor schimba cu totul caracterul inofensiv devenind foarte primejdioase pentru organism.

Nu va fi însă tot ast-fel cu pronosticul gangrenelor septice, bacteriene de la început și prin urmare contagiöse. Căci în acest cas, gangrena nu ne reprezintă o colă, ci un simptom al unei infecțiuni generale. Aceste gangrene, departe de a fi localizate, apiritice și fără

tendință către extensiune, din contra sunt foarte întinse, însoțite de un mare cortegiul febril și cu porniri iresistibile către noii coplesiri. Aci febra nu e mai mult rezultatul absorpției materiilor piretogene, ci acțiunii microbilor ce pululează în torentul circulator distrugându-i elementele constitutive. Aci, septicemia nu formeză o complicație sau accident ca în gangrenele nebacteriene, ci un fapt inerent naturii însăși a gangrenei care de la origină e septică.

Și acesta e așa de adevărat, în cât în stările infecțioase gangrena poate chiar să lipsescă și totuși septicemia să existe în totă vigoarea sa, iar individul să moră mai înainte de aparițiunea sfacelului, precum se întâmplă în flegmonul septic, edemul malin, etc.

Pronosticul iarăși trebuie rezervat când gangrena apare în cursul bolilor generale grave, sau când bolnavul se află sub stăpânirea diferitelor diateze și în special când e vorba de albuminurie, alcoolism cronic, diabet, etc. etc., lucru despre care vom vorbi mai târziu.

Conchidem dară că, în afară de gangrenele nebacteriene, pronosticul e foarte serios și mai adesea chiar mortal, căci or-ce intervențiune e de prisos dacă nu chiar periculoasă, grăbind desnodământul fatal. Să fim deci în rezervă pentru a nu compromite cel puțin arta chirurgicală.

Tratamentul. Este evident că un organ sau o regiune, or-cât de limitată a unei părți, fiind coprinsă o dată de gangrenă, este un lucru sfârșit, căci nu se mai poate readuce la viață. Prin urmare această gangrenă, sau se va elimina de sine însăși, sau prin diferite mijloace chirurgicale. De aci două mari indicațiuni: *Expectațiunea și intervențiunea.*

I. *Expectațiunea* este indicată în gangrene limitate, când amânarea nu poate compromite întru nimic viața bolnavului. În cazul acesta lăsam natura să lucreze prin mijloacele sale care, încetul cu încetul, provocă un șiant inflamator numit sghiab de eliminație, în urma căruia partea gangrenată limitându-se bine din toate părțile, se mobilizează și cade de la sine. Practica aceasta este mai cu deosebire recomandată în următoarele circumstanțe:

a) Când nu suntem siguri până unde se întinde partea mortificată, precum se întâmplă în casuri de traumatisme și unde, după cum vom vedea, există o zonă stupefiată și iritată ce înconjură gangrena și cari pot și ele să se sfaceleze mai târziu.

b) În casuri de gangrene în urma diferitelor alterațiuni vasculare. Ast-fel în gangrena uscată sau umedă, se cere neapărat expectația

pentru a aştepta apariţiunea sghiabului de eliminare fără de care nu vom şti unde trebuie să amputăm.

c) In gangrene diatesice, unde iarăşi nu trebuie să ne grăbim a interveni până ce mai întâi nu vom căuta să modificăm organismul printr'un tratament apropiat. Ast-fel un diabetic, un alcoolic, un paludic, vor profita mult mai mult modificându-li-se constituţia prin medicamente interne, de cât prin ridicarea părţii gangrenate care nu numai că ar recidiva, dar le-ar putea compromite chiar viaţa prin inoculaţia organismului lor slăbit şi fără nici o putere de rezistenţă.

d) In fine când gangrena ocupă regiuni unde se găsesc vase şi organe importante, expectaţia încă este de recomandat, căci la din contra, am fi expuşi a provoca complicaţiuni din cele mai grave ca emoragii, sau deschiderea de cavităţi seroase ce ar putea pune în pericol viaţa bolnavilor, prin ridicarea prematură a sfacelului.

In toate aceste casuri, până la sosirea momentului oportun, vom căuta să protejăm gangrena prin cele mai rigurose pansamente anti-septice, combătând în acelaş timp şi diateza sub care se află bolnavul. Şi cu modul acesta, vom face o chirurgie înţeleptă de care în prima linie, bolnavul va trage cel mai mare profit.

II. *Intervenţiunea.* Aci intră pur şi simplu ridicarea totală şi în întregime a părţii gangrenate, cu alte cuvinte amputaţia membrului. S'a desbătut mult asupra *amputaţiei primitive şi tardive.*

Vom face amputaţia primitivă în casuri de gangrene traumatice însoţită de sdrobirea membrului, pentru a nu lăsa timpul ca organismul să se infecteze. Adesea în asemenea circumstanţe, trecem peste or-ce consideraţiune, şi practicăm imediat amputaţia care e singurul mijloc de scăpare a individului. Unii amputéză chiar în cel mai complet şoc traumatic, pe când alţii recomandă abstenţiunea pentru câte-va ore sau o zi, spre a obţine o reacţie din partea organismului. Mai târziu vom reveni asupra acestei chestiuni, când vom arăta modul şi locul unde vom amputa.

Iarăşi amputaţia primitivă e indicată în casuri de dureri escesive provocate prin compresiunea şi ruperea trunchilor nervoase; în casuri de emoragii mari sau când fenomenele de septicemie au început.

In fine, tot ca intervenţie primitivă avem aplicarea ferului roşu dincolo de limita gangrenei, pentru a pune o barieră contra infecţiunei, când nu putem practica amputaţia. Ast-fel avem pustula malignă, flegmonul septic, edemul malign etc.

Folósele acestor intervenţiuni primitive sunt foarte mari: pe de o parte că facem o operaţiune de economie, putând confecţiona lam-bourii largi şi cu multă vitalitate; iar pe de alta că suprimăm imediat

un cuib de infecțiune de care organismul ar putea fi coplesit. Dar pentru a ajunge la niște asemenea rezultate, se cere multă pătrundere, capacitate și experiență din partea chirurgului: căci o amputație rău făcută, expune pe bolnav la pericole mult mai mari prin faptul unei neo-infecțiuni și gangrena consecutivă a lambourilor, dacă cuțitul a tăiat în părți stupefiate și chiar iritate. Dar acet lucru nu se capătă de cât vedând casuri numeroase, ceia ce se obține prin frecuentarea zilnică a spitalelor.

Intervențiunea tardivă se impune în casuri când deja gangrena este inoculată; când gangrena e de natură toxică și când în fine, starea diatezică a individului, sau o bôlă intercurentă acută ne oprește de la or-ce intervenire.

CHESTIONAR

Definiția gangrenei. Punctul principal din definiție prin care gangrena se deosebete de un membru paralizat sau cuprins de asfixie.

Sfacel, eschară, necrobiosă, infarct, necrosă, sequestru; caracterele lor diferențiale.

Etiologia. Condițiunile ce se cer pentru nutrițiunea și viața elementelor anatomice. Gangrene morfopatiche, emopatiche și nervóse. Agenții și mecanismul prin care densii produc gangrenele morfopatiche: traumatismele, frigul și căldura; experiențele lui Conheim. Cauterisările; agenții chimici; electricitatea.

Gangrenele emopatiche. Diferitele obstacole în cursul sângelui: trombosa, ateromul și embolia.

Trombosa. Definiție. Trombosă cardiacă, arterială și venósă. Patogenia trombosei. Teoria lui Virchow, Wagner, etc., teoria inopexiei: teoria iperinoasei; teoria lui Picot și Lancereaux; opinia modernă.

Aterome. Definiție și caractere. Teoria lui Virchow, Lancereaux, Cornil și Ranvier. Teoria lui H. Martin prin arterio sclerosă a vaso-vasorum. Mecanismul și obiecțiunile. Consecințe practice. Ateromul ordinar și specific, caracterele diferențiale. Diferitele degenerescențe capabile de a produce aterom.

Embolia. Definiție, mecanism și sediū. Coagulare secundară, formațiune de nouă trombosă. Consecințe practice; cazul nostru.

Diferite forme de gangrene:

I) *Gangrenă prin cadaverisație și gangrenă albă*.

II) *Gangrenă uscată*. Diferite numiri. Causa intimă. Fapte clinice. Modul de evoluțiune și caracterile sale. Explicația acestor fenomene.

III) *Gangrenă umedă*. Caracterile clinice prin care se deosebete de gangrena uscată precum și mecanismul lor.

IV) *Gangrenă prin coagulațiune*. Definiție; opinia lui Conheim și Weigert.

V) *Gangrenă prin colliquațiune*. Modul producerei sale și condițiunii.

Gangrene prin alterațiunea sângelui:

I) *Gangrene în febra tifoidă*. Istoric, exemple.

II) *Gangrene prin tifos*. Istoric; exemplul nostru. Opiniuni diverse și a autorului bazată pe experiența lui Chauveau.

III) *Gangrenă palustră*. Mecanism.

IV) *Gangrenă prin ergotism*. Cause. Forme clinice: *convulsivă și gangrenosă*. Teoria produțiunei sale prin spasmul arterial.

V) *Gangrenă diabetică*. Istoric. Opinia lui Marchal de Calvi; Otto Weber, Schiff, Potain. Objecțiunii. Opinia lui Reclus și Odo Bujwid. Observația autorului cu reflexiuni.

Gangrene nervoase. Istoric. Experiențele lui Wolf și Brown-Sequard. Tesa lui Zambaco. Observațiunile lui Charcot, Samuel, Schiff, Beaunis, Langhaus etc. Observațiunile lui Paget, Wyatt, Nepveu, Leloir și Déjérine.

Gangrena simetrică a extremităților. Caractere. Perioada precursorie și afirmativă. Sincopă totală și asfixie locală. Forma cronică și acută. Opinia lui Raynaud și Picot. Invocarea impaludismului.

Gangrene nemicrobiene și microbiene. Caracterile și deosebirea între densesle precum și condițiunile ce trebuie să îndeplinescă. Exemple clinice proprii autorului.

Diferite grade de gangrenă microbienă și modul cum microbii lucrază asupra țesuturilor. Rolul diatezelor. Gangrene prin asociație sau alianță bacteriană. Concluziuni.

Febra în gangrenă produsă de absorpția materiilor pirogene sau de străbaterea microbilor în organism. Opinia autorului, exemple. Experiențele lui Gangolphe și Courmont în această privință. Deosebirea clinică între o febră nemicrobienă și microbienă. Auto-inoculație.

Modul cum bacteriile lucrază pentru a produce gangrene. Necroza celulară, embolie și trombosă bacteriană.

Simptomele gangrenei. I) Generale: durerea inițială. Casurile în cari simptomele generale pot lipsi sau să fie cu totul grave și cu diferite forme.

II) *Simptomele locale:*

I) *Periôda percursorie.* Modificațiunile fie-cărui sistem în parte.

II) *Periôda confirmată sau de escarificare.* Rolul alterațiunei globulelor sân-gelui. Căldura, durerea și motilitatea în gangrenă; cauzele și modul lor de ma-nifestare.

III) *Periôda de eliminațiune.* Absorpție disjonctivă.

Zona congestivă; șghiab de eliminațiune. Caractere și forme clinice; re-sultatul final. Conduita ce trebuie să avem față cu eschara.

IV) *Periôda de reparație.* Cauzele ce împedecă procesul de cicatrizare.

Diagnosticul. Elementele ce trebuie avute în vedere.

Pronosticul. În raport cu etiologia și felul gangrenelor cu microbi și fără microbi.

Tratamentul. *Expectația* și combaterea diatezelor. *Intervențiunea* primitivă și tardivă. Casurile când putem uza de fie-care din aceste indicațiuni de inter-vențiune.

CAP. II.

DESPRE LEZIUNI TRAUMATICE IN GENERAL

Lecția XIV.

Domnilor,

Prin leziuni traumatice, zice Verneuil, se înțelege afecțiuni circumscrise primitiv locale, produse în urma unei violențe venită de din afară, sau din interiorul organismului.

Acțiunea traumatismului câte o dată se mărginește la o simplă alterațiune ușoră a elementelor anatomice; alte dăți însă se însoțesc de pierderi de substanță a părților moi, de ruperea diferitelor organe, precum și a sistemului osos.

Caracteristica leziunelor traumatice este că dênsele se produc în mod instantanat și au o tendință naturală către o vindecare spontanată.

Etiologia. Leziunile traumatice recunosc acțiunea a trei feluri de agenți:

1) *Acțiunea mecanică.* Acesta rezultă din conflictul în care se găsește un corp pus în mișcare — *corp vulnerant* — și țesuturile noastre care oferă o rezistență mai mult sau mai puțin mare și care constituie *corpul vulnerat*.

Agentul mecanic poate să producă o rănire, sau chiar în punctul unde s'a aplicat — când *leziunea este zisă directă*; sau într'un loc mai depărtat — *leziunea indirectă* sau prin *contra lovitură*.

Agenții mecanici de ordinar vin din lumea externă: ca un proiectil, piatră, baston, etc., iar câte o dată din însuși organismul nostru precum: contracțiunea violentă a unui muschii care poate fractura un os;

eșirea prin părțile moi a unei eschile osoase; a unui fragment de cartilagiū, țesut fibros etc.

Unii din acești agenți mecanici lucrăză cu tótă suprafața lor prin presiune asupra țesuturilor, producând **contusiuni**; alții numai printr'un punct limitat, printr'un vârf ascuțit și produc **plăgi prin înțepătură**; alții determină o tăetură în direcția unei linii și dau **plăgi prin instrument tăetor**; în fine alții lucrăză asupra țesuturilor prin tracțiune, dând **plăgile prin smulgere**. Dar unele instrumente pot să tae prin vârf și prin laturī, formând **plăgile prin instrument înțepător și tăetor**; pe când alții tae și rup în acelaș timp dându-ne **plăgile contuse**.

II) *Agenții fizici* sunt în număr de trei: căldura, frigul și electricitatea. Cei doi dintăi produc leziuni primitive fôrte analóge între dênsele, ast-fel că în unele casuri întâmpinăm adevărate dificultăți în stabilirea diagnosticului, lucru ce vom vedea mai târziu. Electricitatea lucrăză atât printr'o acțiune mecanică intensă cât și prin desvoltarea de caloric.

III) *Agenții chimici* lucrăză în două moduri: saū prin dezidratarea țesuturilor, ca acizii avizi de apă: precum acidul sulfuric, azotic, etc., saū prin descompozițiunii chimice: ca substanțele avide de oxigen, precum potasa, soda, etc.

Măi tóte leziunile traumatice le producem și noi chirurgii în mod accidental, bine înțeles cu scop terapeutic, căci întréga medicină operatorie nu e de cât regulamentularea traumatismelor. Ast-fel; ardem plăgile cu Paquelin; cu substanțe chimice; înțepăm, tăem și sdrobim producând ast-fel tot felul de leziuni traumatice, ca și or ce agent mecanic, fizic saū chimic. Nu ne ferim, zice Verneuil, de cât de a produce contusiuni fôrți, spre a nu tritura țesuturile.

Complicațiuni, acestea pot fi de mai multe feluri.

I) Când leziunea traumatică produce o secțiune netedă și regulată a unui membru saū segment de membru, cu alte cuvinte când avem o amputație accidentală, atunci zicem *dierездă*.

II) Când avem perdere de substanță cu totul separată saū remasă fixă printr'un simplu pedicul, avem *exereză*.

III) Când după traumatism rămâne în țesuturi *un corp străin*, fie din haine saū chiar o porțiune din corpul vulnerant.

IV) *Intoxicație* produsă de agenții chimici ca acidul chromic, sulfuric etc.

V) *Inoculațiuni* de diferite virusuri și veninuri aflate pe agenții traumatici și cari dau naștere la fenomene generale fôrte grave.— (Plăgi anatomice, virulente și veninate).

VI) În fine într'o leziune traumatică putem avea ca complicație

o soluție de continuitate (fractură), sau o soluție de contiguitate (luxație).

Anatomia patologică. Orice leziune traumatică are de efect de a distruge în mod mai mult sau mai puțin profund arangiarea fiziologică a moleculelor sau celulelor ce constituiesc elementele anatomice. Linia de demarcațiune ce se află între părțile alterate și sănătoase, se numește **focar traumatic** care după Verneuil represintă un spațiu virtual sau chiar real, creat de traumatism și limitat de țesuturi sănătoase sau prea puțin alterate putând să continue a trăi.

Sediul focarului traumatic și relațiunile sale cu aerul exterior a jucat un rol foarte mare, căci după densul s'a făcut și divisiunea plăgilor în *externe* sau deschise și *interne* sau închise or neexpuse, după cum erau sau nu în contact cu aerul. Cele interne însă s'au văzut că în mod indirect tot pot comunica cu aerul și prin urmare să se pue în contact cu germeni: ca în cazul când focarul se deschide în conducte naturale ca bășică, rect, stomac etc. De aceea Verneuil admite divisiunea următoare:

I) *Plăgi externe* sau expuse comunicând cu exteriorul fie prin piele fie prin mucosă. Ele se numesc *externo cavitate* când focarul traumatic deschide în afară o cavitate: ca o articulație, abdomenul etc.

II) *Plăgi interioare* sau propriu zise cavitate, când focarul deschide o cavitate naturală fără însă să comunice cu exteriorul precum: o fractură de costă care rupe plevra deschizându'i cavitatea sa. Ele se numesc *intercavitate* când două organe sau conducte splachnice comunică între el: ca ruperea uterului în peritoneu; perforația esofagului și a trachei de un corp străin intern etc.

III) *Plăgi intersticiiale* sau sub-cutanate cari singurele pot fi considerate ca închise, fiind apărute în afară de tegumentul extern, iar înăuntru de grosimea țesuturilor ca mucosă sau cavitățile naturale rămase intacte. Acestea de sigur sunt cele mai benigne și pe cari chirurgii le practică într'un mare număr de circumstanțe și în special în tenotomii.

Intr'un focar traumatic avem de considerat trei lucruri: *Conținutul, păreții și starea părților vecine.*

Conținutul e foarte variabil: câte o dată abia găsim câte-va picături de sânge sau resturi de țesut zdrobit; alte dată spațiul fiind mai mare, găsim mese sfărâmate amestecate cu lichide exudate din vase, sânge, limfă, serositate, grăsimi, gaze etc. În fine alte dată avem substanțe deletere ca urină, materii fecale, bilă, secrețiuni mucoase, puroi, diferiți corpuri străini, și părți din corpul vulnerant cari toate

constitue o complicațiune a focarului traumatic și pot fi punctul de plecare de accidente adesea funeste.

Păreții pot fi regulați ca în plăgile netede prin instrument tăios, sau aufractuoși ca în cele contuse, or de formă canaliculată ca în plăgile fistuloase (seton.) Ei pot fi constituiți sau numai din piele, sau și din celelalte țesuturi ce compun grosimea membrului, și acesta după adâncimea la care se găsește focarul.

Starea părților vecine. Inprejurul focarului traumatic avem trei zone.

Uă zonă în centru care rezultă din acțiunea directă a agentului vulnerant. Dênsa se numește zona *mortificată* sau *cangrenată* și este tot-d'auna constantă, având o întindere mai mult sau mai puțin mare. In afară de acesta avem o altă zonă numită *stupefiată* în care țesuturile și-au pierdut numai o parte din vitalitatea lor, având însă puțința de a reveni în starea normală. In fine avem o a treia zonă numită de Verneuil *zona iritată* din cauză că țesuturile sunt coprinse de o inflamație, al cărui scop este de a limita și de a elimina zona mortificată sau parte din cea stupefiată.

Cunoștința acestor lucruri este de o importanță colosală în chirurgie, mai ales în casuri de traumatisme mari. In adevăr, dându-ni-se un individ cu o zdrobire a unui membru, unde indicația unei intervențiuni primitive, imediată, este impusă, nu trebuie nici o dată să ne mulțumim a face amputația membrului la limita părților strivite; căci procedând ast-fel, vom tăia în părți stupefiate cari imediat a doua sau a treia zi vor cădea în gangrenă și prin urmare lambourile noastre sfăcându-se, vom fi siliți pentru decepțiunea noastră și descu-ragiarea bolnavului să recurgem la o nouă amputație, lăsând la o parte pericolul prin care densusul va trebui să trecă. Deci vom face amputația mult mai sus de părțile zdrobite. Dar știind că dincolo de această zonă există o altă zonă iritată, de al cărui viitor nu putem garanta — căci dacă câte o dată poate reveni la viață, alte dată însă și densusa se sfăcelază — de aceea vom aplica cuțitul mult mai departe de cât am putea fi tentați.

Și ca principiu am putea stabili că: fiind vorba de o zdrobire a piciorului, nu vom face desarticulația tibio-tarsienă; nici amputația gambei în terțul său inferior sau chiar mijlociul, ci tocmai la punctul de elecție.

Precum de asemenea, fiind vorba de un același traumatism pe gambă, vom face amputația cõpsei, depărtându-ne pe cât posibil de extremitatea sa inferiõră, căci numai ast-fel putem fi siguri de o

bună reușită, evitând gangrena consecutivă a lambourilor ce nu vor conține într'ênșii nici zonă stupefiată nici iritată.

Aceiași conduită vom avea cu privire la membrele superioare: e vorba de o sdrobire a pumnului, vom face amputația antebrațului cât se poate de sus, sau chiar a brațului în partea sa inferioară; iar când această regiune va fi în joc, nu vom ezita un moment a practica desarticulația scapulo umerală sau chiar a întregului membru superior; căci prin această, cu toată gravitatea operațiunei, mai lesne vom scăpa viața bolnavului, de cât dacă 'i-am face amputația la partea de mijloc a brațului, sdrobirea aflându-se la partea sa inferioară, când lambourile se pot gangrena.

Și unul din exemplele cele mai demonstrative în această privință 'l ați avut în persóna ténérului Nicolae Ștefănescu de 23 ani care în ziua de 10 August 1891, a fost adus în serviciul meu cu fractură cominutivă a terțului inferior a gambei stângi complicată de plăgi penetrante cu eșirea părților osóse, în urma unui accident de drum de fer, (ciocnire de vagóne în gară).

Bolnavul fiind sub șoc, m'am abținut de la o intervențiune imediată, mărginindu-mă a'i extrage eschilele primitive și a'i face spălături largi antiseptice prin numeróse tuburi de drenagiú ce am aplicat.

La 12 August însă, fenomenele generale și starea locală devenind fórte amenințátore, a trebuit să recurg la amputația membrului. Și ați văđut cât de sus m'am ridicat, de óre-ce am făcut amputația còpsei la mijlocul său; și numai ast-fel am putut căpáta un rezultat satisfăcétor, obținénd lambouri vivace cari m'au asigurat reunirea *per primam* iar cu dónsa scăparea vieței individului.

Vă recomand deci cu tot dinadinsul păstrarea cu strictete a acestu'i principiú, daca voiți ca intervențiunea să fie cu folos pentru bolnav și pentru reputația chirurgicală.

Dar nu e numai atât: când circumstanțele ne permit de a amána intervențiunea, putem prin unele mijlóce să readucem la viața nu numai partea iritată dar chiar și pe cea stupefiată. În adevér, în aceste regiuni și mai ales în zona iritată, circulația nu e cu desăvêșire distrusă, ci numai insuficientă, suspendată momentan, într'un fel de lenevie; și ast-fel fiind, viața încă există, dar se găsește într'o stare de indiferență, într'o stare de stupefacție, de ametiálă.

Daca dar, după indicații, fie prin căldură, răcélă, compresiune, ușóre frecări stimulante și depártarea orí-cărei cauze de o nouă debilitate, ajungem să activăm și să provocăm circulația colaterală, neapárat că aceste zone stupefiate și iritate putând fi readuse la viața, vom avea un câștig enorm, cruțând pe bolnav de perderea unui

membru întreg, ridicându'i ast-fel numai partea cu desăvârşire perdată. Un muncitor, va trage folóse enorme având amputaţia antebraţului jos sau sus, putând ţine o cósă sau hăţuri, ori împingând o greutate; lucruri pe cari n'ar putea face, daca grăbiţi fiind i-am practica d'a dreptul amputaţia braţului sau desarticulaţia umărului, şi ast-fel 'l-am pune într'o poziţiune cu totul imposibilă pentru a'şi câştiga hrana de toate zilele. Vedeti dar frumoşele consecinţe practice ce putem trage din cunoştinţa acestor lucruri, cu privire la intervenţiunile chirurgicale în casuri de traumatisme. In fig. 31 (planşe) luată după natură de la un d-nu oficier represintă o plagă prin lovitură de potcovă de cal, şi unde tocmai după 5 zile de la accident au apărut în mod clar cele trei zone în jurul focarului traumatic.

Simptomele. Aci avem: I) fenomene primitive locale, II) fenomene secundare locale, III) fenomene generale şi IV) fenomene la distanţă.

I) **Fenomenele primitive locale** coprind:

a) *Depărtarea părţilor focarului traumatic* care nu e însă un fenomen constant. Acastă depărtare este temporară, când resultă din extensiunea unor regiuni, sau din contractiunea voluntară or reflexă a unui organ. Ast-fel: o plagă pe gât sau membre va avea marginile mai depărtate sau apropiate, după cum regiunea va fi în extensie sau flexiune; de asemenea o plagă musculară, va părea mai mare în timpul contractiunii şi vice-versa.

Depărtarea este permanentă când este rezultatul elasticităţei ţesuturilor. In adevăr, pielea cu fibrele sale elastice şi musculare lisse se va depărta mai mult ca ţesutul celular; vasele, fiind mai retractile de cât tendónele, ligamentele, nervii şi aponevrosele, se vor depărta mai mult ca acestea, şi de aci va resulta un *infundibul*, acea formă clasică de con a plăgilor, având baza la periferie.

b) *Durerea* resultă din leziunea filetelor nervóse şi stă în raport cu mai multe circumstanţe. De exemplu: o tăetură scurtă şi repede făcută cu un instrument bine ascuţit, este mult mai puţin durerosă de cât o secţiune lentă şi necomplectă. Durerea depinde şi de regiune, care fiind mai bogată în papile nervóse va fi mai acută: ca pe degete, buze, limbă, vulvă, anus etc.; pe câtă vreme o plagă pe spate, fesse şi partea externă sau posterióră a cósnelor, va da naştere la o durere mult mai mică. Când un traumatism ne isbeşte într'un moment neaşteptat, durerea e fórte mică sau chiar póte lipsi cu totul: precum în timp de răsboiú or alte accidente, ca revoluţií sociale, unde traumatisme mari ca sfărámări de membre, de proiectile, explozií de obuse, sunt nedureróse. Când însă ne aşteptăm la traumatism, durerea se pare că creşte, precum de ex. când e vorba de a ni se face o operaţie; când suntem

Un focar traumatic cu cele 3 zone de sfăcel, de stupefacție și iritație.



preveniți că avem să fim tăeți etc. De sigur că în aceste cazuri e vorba de o stupore sau excitație cerebrală.

Imi permit a vă relata aci o conversație foarte instructivă ce am avut cu un pacient și care e relativ la durere. Trebuia să operez pe un oficer; dânsul tremura de frică. Eă, ca să'i ridic moralul caut să'l umilesc zicându'i „cum n'ai avut frică când ai fost în rășboiu?” Dânsul însă într'un mod naiv dar în același timp foarte logic imi răspunde: „când am fost în rășboiu, aveam o speranță că nu voi fi rănit; acum însă sunt sigur că ai să mă tai; și tocmai pentru că știu că nu e scăpare, de aceea 'mi-e frică!”

Sunt însă unii răniți numiți de Verneuil *exageratori* cari se plâng de cea mai mică durere: precum fricoșii, nervoșii și artriticii; iar alții *atenuatori* ca ómenii forți, energici sau prin opoziție limfatici; vin apoi alcoolicii și diabeticii. După ce durerea încetază bolnavii nu mai simt nimic, cad după cum zice Verneuil în *algostasă*.

c) *Emoragia* este aprópe constantă din cauză că tegumentele secționare sunt foarte vasculare. Sângele póte fi arterial, venos sau capilar, iar cantitatea depinde de natura vasului atins precum și de regiune. Plăgile prin instrument înțepător sângerază foarte puțin; de asemenea și cele prin armă de foc, din cauză că vasele sunt escarificate de corpul vulnerant. Iarăși emoragia e mică sau lipsește cu totul când circulația lángezește, sau momentan e oprită: ca în cazuri de sincopă, de asfixie sau algiditate.

Bérard spune că a operat un om de ernie strangulată cu simptome de cholera algidă, fără să se scurgă nici o picătură de sânge.

În fine organele foarte vasculare, cele inflamate și țesuturile erectile dau sânge în abundență; pe când cartilagele, aponevrozele, tendonónele și nervii sunt aprópe lipsite de or-ce emoragie.

II. Fenomene secundare locale. Când nici o complicație mai ales de natură infecțioasă nu vine să se adaoage la o plagă, atunci nu observăm de cât o simplă evoluție regulată în zona iritată descrisă de Verneuil. Focarul traumatic suferă o modificațiune de textură, și după ce trece prin períoda de congestiune și exudațiune, conținutul său se curăță sau se resórb; păreții se juxtapun, buzele plăgei se fusionază și rezultatul definitiv este cicatrizarea sau repararea țesutului. Acesta după cazuri se obține sau printr'o reunire imediată, prin prima intenție, fără supurație; sau mediat prin a doua intenție, prin supurație. Or-care ar fi modul de reparație, fenomenul definitiv este același și anume că, celulele embrionare și globulele albe migratrice tind ca să reformeze țesutul primitiv al regiunii atinsă de traumă.

Acest fenomen este foarte important, din cauză că adesea celulele,

saŭ mai bine ȃis neo-formaȃiunea embrionară, fiind ȃmpedecată saŭ deviată din mersul seŭ, ȃn loc de a reproduce ȃesutul primitiv al regiunii, dă naștere la un ȃesut de o natură cu totul diferită, la un adevărat neoplasm. Pe acest fapt, s'a bazat o adevărată doctrină ȃn privinȃa patogeniei tumorilor maligne și se verifică astă-ȃi vechia credinȃă a omenilor carȃi recunosc ȃnceputul unui cancer ȃntr'o contuzie anterioară.

Avem ȃn serviciul nostru un asemenea exemplu la femeia din sala No. 7 la care astă-ȃi microscopul ne-a dovedit tumoră fibro-sarcomatōsă a părȃilor moi din reg. internă a articulaȃiei genuchiului stâng și pe care o tratăm cu pioctanină. Din antecedentele acestei bolnave, reese că dēnsa a avut la ȃnceput o simplă plagă dar care acum a degenerat ȃn tumoră malignă.

Un alt cas am vȃdut ȃn oraș la o femeie de 40 ani, sócra pose-darului nostru de instrumente, care posedă un epitelioma tip al gambei drepte, și a căruȃi origină nu este de cât o plagă prin mușcătură de căine ce a suferit acum 19 ani.

Zilele trecute iarăși am operat ȃn oraș cu unul din interniȃi mei (Carnabel) o femeie din strada Viitorului, fórte robustă, de un enorm sarcom ȃn regiunea pometeȃi stângi a obrazului, ȃntindēndu-se pe pleopă și ȃn sinusul maxilar. Ei bine, acēstă femeie ne relatēză fórte clar că bóla a ȃnceput de acum 9 ani, când cu ocazia morȃei fiului seŭ a suferit o contuziune forte ȃn acēstă regiune.

Astă-ȃi, lucrul pare a fi sigur că acēstă transformaȃiune a neo-formaȃiunii embrionare din focarul traumatic ȃntr'o tumoră malignă este pusă ȃn afară de or-ce ȃndoială; și acēsta numai graȃie influenȃei diatezelor sub care se află bolnavul.

Dar chiar fără să fie deviat, ȃesutul reparator ȃncă nu reproduce ȃntocmai elementele distruse, cu alte cuvinte *restitutio ad integrum* este incompletă. Ast-fel, cicatriȃa care formēză pielea cea nouă, nu conȃine elementele primitive ale organului, căci dēnsa nu posedă nici glande, nici vase, ci un ȃesut inodular cu putere retractiȃă contra căruia adesea trebuie să luptăm.

III. Fenomene generale. Acestea fiind de cea mai mare importanȃă le vom studia a parte cu complicaȃiunile plăgilor.

IV. Fenomene la distanȃă, signalate de Verneuil și eleviȃi seȃi se produc prin trei căi: prin *sistemul vascular*, prin *sistemul nervos* și prin *continuitate de ȃesuturi*.

Ast-fel putem observa o echimosă mult mai departe de focarul traumatic, graȃie peregrinării sângelui saŭ a materiilor sale colorante prin lamele de ȃesut celular. Un ematom al gambei póte să ne dea

o embolie în plămanii său cerebru, și în fine, adenitele și unele abcese consecutive plăgilor, sunt exemple demonstrative de fenomene la distanță pe calea vasculară. Pe calea sistemului nervos avem diferitele nevrite locale sevă ascendente, putând merge până la locul de origină și să influențeze asupra nutrițiunii, motilității și sensibilității, lucru de care ne vom ocupa mai târziu.

În urma unei inflamații sau contuziunii a abdomenului, adesea vedem că apare o peritonită; în urma ablațiunii mamelei, o pleuresie; în urma uretrotomieii, o nefrită; o contuzie pe ficat, rinichi, aduce glicosurie, poliurie etc. etc. cari nu sunt de cât fenomene la distanță dar care ađi, când e vorba de febră, se explică pe o cale cu totul nouă, de auto-inoculație și asupra căria vom avea ocasiunea de a mai reveni.

Pronosticul. Afară de casurii escepționale, când traumatismul a distrus organe întregi și decii ocupă o suprafață întinsă, în general densusul este benign și tinde la o vindecare spontanată. Sunt însă o mulțime de circumstanțe cari fac să varieze pronosticul traumatismelor.

Dar acestea le vom vedea în lecțiunile viitoare din care va decurge și modul cum trebuie să procedăm la tratamentul traumatismelor în afară de precauțiunile antiseptice, cari vor rămâne aceleași ori-care ar fi diateza sau starea constituțională a rănitului.

CHESTIONAR

Definiția leziunelor traumatice și gradul lor de acțiune.

Etiologia. Agenții mecanici. Corp vulnerant și vulnerat. Modul cum lucrează acești agenți. Leziune directă și indirectă. Agenți externi și interni organismului. Contuziunile, plăgile prin înțepătură, prin instrument tăios, prin smulgere, prin instrument înțepător și tăetor, plăgile contuse, toate sunt rezultatul acelorași agenți mecanici.

Agenții fisici. Numărul și modul lor de acțiune.

Agenții chimici lucrează prin desidratare sau descompoziție. Aplicațiuni în chirurgie.

Complicațiile leziunelor traumatice: diereză, exereză, corpi streini, intoxicație, inoculație, fracturi, luxații.

Anatomia patologică. Focar traumatic; definiție, sediū și importanța în diviziunea plăgilor. Plăgi externe, interioare și intersticiale.

Părțile constitutive ale focarului: *conținutul, păreții și starea părților vecine.* Importanța zonelor *gangrenată, stupefiată și iritată*; folóse practice.

Simptomele. I) *fenomene primitive locale.* a) depărtarea părților care póte fi temporară și permanentă; b) durerea, cauze, exemple; c) emoragia, cauze și circumstanțele unde póte lipsi.

II) *Fenomenele secundare locale.* Cicatrizarea imediată și mediată. Casurile și consecința întârzierii țesuturilor de a se cicatriza.

III) *Fenomenele generale.*

IV) *Fenomenele la distanță* prin sistemul vascular, nervos și continuitate de țesuturi. Exemple.

Pronosticul. Tendință iresistibilă către vindecare afară de anumite împrejurări.

Tratamentul. Antisepsie și indicațiuni speciale pentru fie-care leziune și stare diatezică.

DESPRE TRAUMATISME

Lecțiunea XV.

Studiul traumatismelor în raport cu bólele generale.

Domnilor,

Recunosc că ar fi trebuit să fac un studiu complet de pansamente precum de alt-fel se și obișnuște ađi, și în umă să studiem acțiunea traumatismelor asupra plăgilor; dar acest lucru pe de o parte fiind cu totul practic și dobândindu-se mai bine în spitale, iar pe de alta pentru a nu mări prea mult cadrul acestei mici opere, îl am lăsat la o parte.

Voi reproduce însă lecțiunea mea de deschidere asupra istoricului pansamentelor care, pe lângă că ne dă o idee destul de suficientă pentru îngrijirea plăgilor, este și în acelaș timp în legătură cu studiul ce ne propunem, după cum imediat ne vom convinge.

Iată acea lecțiune :

Domnilor,

Operațiunea cea mai mare ce ne o putem închipui în chirurgie se reduce în definitiv la producțiunea unei plăgi. Or-cât de abil ar fi însă chirurgul și or-cât de strălucită ar fi operațiunea, dacă îngrijirea ulterioară a plăgei se neglijează, succesul operațiunei se compromite iar viața bolnavului se póte nimici.

Și ca probă avem că, până mai acum câți-va ani, chirurgii înspăimântați de numeroasele complicațiuni ce însoțiau plăgile, nu numai că renunțaseră la operațiuni mari, dar se abțineau chiar și de la cele mici. Chirurgul nu intervenia de cât când era vorba de viață și mórte;

când mâna 'i era forțată; și din nenorocire, adesea operația era însoțită și de mórtea individului.

Descurajarea era generală, iar frica coprinsese pe or-ce operator.

Astă-đi, acéstă temere, acéstă neîncredere în sine însuși a dispărut, și numai prin simplul fapt că s'a stabilit modul cum o plagă trebuie să fie îngrijită. Astăđi, când din pansament s'a făcut o adevărată *știință pozitivă*, chirurgul, armat de precauțiuni antiseptice, deschide abdomenul, taie intestinele, rezecă ficatul, intră cu mâna în uter, privesce în cavitatea cranienă fără ca, cu tóte acestea, să aducă cea mai mică vătămare bolnavului. Și câți infirmți, grație antisepsiei, nu au devenit egali cu semenii lor? ba încă astă-đi se fac și operațiuni de estetică, de complezență! Și dacă câte o dată operatul móre, acésta, trebuie să o mărturisim, mai tot-d'a-una rezultă din puțină antisepsie de care chirurgul s'a înconjurat.

Cu ocasiunea deschiderii acestui serviciu, ce onorabila Eforie a bine-voit a'mi încredința, voiú consacra prima mea lecțiune unui mic studiu asupra pansamentelor antiseptice. Și acésta pentru doué cuvinte: primo, fiind-că pansamentul apără sănătatea operatului, și secundo că am eșit dintr'un serviciu eminentemente pur, condus de ilustrul meu profesor și șef de serviciu dr. Assaky, care, trebuie recunoscut de toți, este primul ce cu un zel de ne-descriș a pus adevăratele baze ale antisepsiei chirurgicale în țară.

Voiú face dar un mic istoric și în urmă mé voiú opri la pansamentul ce voiú adopta în serviciul meu și pe car îl vom întrebuița cu toții pentru a fi o unitate de principiu și de metod.

II

Istoria pansamentelor este de sigur tot așa de veche ca și lumea, căci și primul om póte va fi avut o plagă pe care a trebuit să o îngrijescă.

Nu mai încape însă îndoială, că acum câte-va secole, grație constituțiunei individului și a mediului în care se afla, o plagă se vindeca mai mult de la sine, prin forțele naturei, necerând de la om de cât o intervențiune fórté minimă: în timpul lui Hippocrate, o simplă spălătură cu apă căldicică sau rece, era suficientă pentru acest scop.

Maí târđiú, fie că condițiunile atmosferice și viața individului se schimbă, fie că spiritul de speculațiune al chirurgilor începu a cresce, plágile încetară a se mai vindeca cu înlesnire. Or cum ar fi, vedem că în acest timp medicii încep a recurge la mijlóce mai energice, supra-naturale; polifarmacia ia naștere, și cu dēnsa, în persóna lui Gal-

lien și a succesorilor săi, unguentele cele mai bizare apar în domeniul chirurgiei. Pentru fie-care efect ce chirurgul doria să obție era și un unguent special cu proprietăți: *repercussive, resolutive, sedative, emoliente, maturative saii supurante, deterrentive, iritante* etc. etc. Ast-fel, găsim în Guy de Chauliac (1300) un unguent *regesc-basilicum* pentru a activa mersul plăgei; un unguent *altea* contra inflamației plăgilor; un unguent *apostolicesc* pentru curățire; un unguent *de aur* pentru creșterea cărnurilor și în fine un unguent *cerat* pentru consolidarea plăgei etc. etc. Dar toate acestea, plus altele multe, nu făceau de cât să complice vindecarea plăgilor de a căror reunire imediată nici că mai era vorba.

În secolul din urmă, o reacțiune violentă se produse și al cărui rezultat fu reîntorcerea la pansamentul plăgilor prin irigațiune continuă de apă rece, susținută cu mult talent de Jose d'Amiens, Berard și Amussat.

Dar cu cât principiile se schimbau cu atât confuziunea devenea mai mare, ast-fel că unii chirurși renunțaseră cu desăvârșire la or-ce fel de pansament, lăsându-se a fi conduși de credința lui Paracelse (1600) că *în corpul uman există un balsam propriu și radical, născut în el și cu el, prin mijlocul căruia o plagă se poate vindeca prin sine însăși.*

III

Lumea însă începu a studia lucrul mai de aproape și recunoscă că, cauza tuturor accidentelor și a nevindecării plăgilor este *fermentațiunea.*

Dar aci autorii se împărțiră în două tabere: unii credeau că fermentațiunea rezultă din contactul gazelor aerului, și în special al oxigenului, cu produsele de secrețiune; alții susțineau că fermentațiunea este o producțiune, un fenomen spontanat care apare în lichidele organice eșite din țesuturi și din vase.

Pentru partisanii acestei din urmă idei, prin nimic nu se putea împedica în mod complect putrefacțiunea la suprafața plăgei precum și consecințele sële funeste, de ore-ce totul era pregătit mai dinainte și trebuia să apară în mod fatal. Or-ce intervențiune decî era de prisos, rămăind ca natura să lucreze singură prin mijlôcele sale. Vedetî de aci consecințele funeste a acestei teorii și la ce rol pasiv se reducea chirurgul, în detrimentul bolnavului.

Cei cari susțineau prima teorie, luptau prin diferite mijlôce, indirect, fără a se ocupa de plagă. Și totă activitatea lor consta în a

sustrage plaga de la contactul gazelor din aer. Se recurge deci la pansamente prin oclosure patronate de Chassaignac; la aplicarea directă pe plagă de foi de aur, foi de plumb și diferite alte substanțe; la înlocuirea aerului atmosferic prin alte gaze precum acidul carbonic (Lecompte și Demarquay) iar alții ca Maisonneuve, prin aparate ingenioase merseră până a provoca vidul (gol) înprejurul plăgilor.

Tóte aceste încercări însă remaseră zadarnice căci inflamația și complicațiunile plăgilor nu se putură împedica.

IV

În mijlocul acestei nesiguranțe și decepțiuni; în mijlocul tentativelor infructuoase de a preveni putrefacția prin împedizarea gazelor de a veni în contact cu plăgile, unii chirurși începură a se adresa direct la acestea din urmă, și spre marea lor satisfacție constatară că, *adăogând ore-cară substanțe la lichidele organice*, fie introducându-le prin gură, spre a fi absorbite de organism, fie puindu-le direct în contact cu plaga, se putea întârzia sau împedica fermentația, micșorând în acelaș timp într'un mod considerabil mirosul fetid al puroiului. Acesta formeză cel mai mare progres în chirurgie, căci de aci încolo începe să nască antisepsia.

Diferitele balsamuri căpătară reputația de substanțe antiseptice cari, sub forma de pomadă, se aplicaū direct pe plagă. Nelaton, la rândul său, reînviază pansamentul cu alcool deja întrebuintat de Dionis în 1600; iar Demarquay institue pansamentul cu glicerină. Cu toate acestea, pansamentele se făceau într'un mod ilusoriu până când, Corne și Demeaux 1858 făcură publicațiunea unei paste cu bază de gudron care dădu nisce rezultate remarcabile în tratamentul plăgilor.

Lemaire studiază mai în special această chestiune, și după ce experimenteză cu o emulsiune de coaltar, constată că, această substanță datoră principalele séle proprietăți antiseptice *acidului fenic ce conține* și ast-fel îl introduse în practica chirurgicală. În urma acestor descoperiri ale lui Lemaire care putem dice este promotorul antisepsiei, acidul fenic repede începe a se vulgarisa mai cu deosebire în Anglia, unde Spence și Wood îl întrebuinteză pe o scară foarte întinsă.

Cu toate acestea, teoria exactă a fermentațiunei nefiind încă stabilită, antisepsia era rezultatul mai mult al unor încercări empirice și prin urmare, modul întrebuintărei era defectuos, iar rezultatele ineficace. De aci a urmat, că mulți din aceia cari utilisaseră acidul fenic, îl părăsiră într'un mod complet și părea chiar că căduse în desuetudine când,

profesorul Lister din Edinburg, îl scose în 1867 din uitarea în care căduse.

V

Dar iată, domnilor, circumstanțele în care Lister ajunse să-și eternizeze numele.

Marele Pasteur fu cel d'antăi care a arătat prezența în aer a unor ființe infinit de mici, precum și rolul ce dânsesele jăcă în producerea fermentațiunei. După dânsul, alți autori mari ca Schwann, Schultze, Pouchet, Schroeder și Dusch demonstrară fie-care la rândul lor că aerul, trecând pe de-asupra unui fer roșu, sau numai printr'un flacon spălător cu acid sulfuric, ori apă, sau filtrat prin vată, era incapabil de a determina fermentațiunea din cauză că, microbii erau distruși prin căldură, acid sulfuric, sau reținuți în mod mecanic de apă sau vată. Mai mult, Pasteur a arătat că, aerul încă devine inocent și atunci, când stă într'o imobilitate absolută, căci în această situație particulele fluide ce conține se depun, grație propriei lor greutate.

Deci, nu este nici oxigenul, nici ozonul precum nici unul din gazele ce compun aerul, cari produc fermentația, ci alt-ceva cu totul particular, ce plutesce în aer; ceva dotat de proprietățile vieței; ceva care constituie o ființă organizată, cunoscută sub numele generic de *microbi* sau *bacterii*.

Rămânea însă un lucru de demonstrat și anume că, în lichidele organismului ca și în țesuturile animale, nu există în mod prealabil germenul fermentațiunei precum mulți au crezut. Pentru a proba acesta, Lister a făcut o experiență remarcabilă rămasă clasică: a luat o butelie astupată, pe care a încălzit'o la 149° C. în timp de 2—3 ore, distrugând ast-fel or-ce materie organică ce ar fi putut conține. După ce desinfectează glandul unui individ îl pune de urineză în butelie pe care repede o astupă cu un dop de vată. Această butelie conținând urină, este așezată într'un loc cald, și constată că, urina, pôte să stea în mod indefinit fără a suferi cea mai mică alterațiune; și ca probă contrarie, avem, că dacă introducem microbi sau ridicăm dopul de vată, fermentația imediat începe.

Vatson Cheyne a arătat și el printr'o experiență analógă că, punând o bucată de carne de la un animal sănătos într'un vas bine sterilizat, acest țesut va sta mult timp fără să se altereze.

Deci, nu există nici în gazuri, nici în lichide sau țesuturi, nimic care să fie capabil de a determina fermentația și prin urmare nimic nu are tendința de a fermenta în mod spontanat. Există însă, în aer, în

apă, în alimente și în tot ce ne înconjoară, niște ființe vii cari respiră, se hrănesc și se desvolt pe socotéla organismului nostru, pe care caută a-l distruge pe calea fermentațiunei. Contra acestor ființe microscopice decî vom căuta să luptăm apărând plăgile prin pansamente *Listeriene*, susținind în acelaș timp forțele individului prin medicamente și combătând diatesele pentru a putea conduce cu succes acéstă luptă uriașe ce ne este dată de microbi.

Iată decî cum Lister, pătuns de marea descoperire a lui Pasteur, precum și de aceia a lui Lemaire în privința puterei antiseptice a acidului fenic, stabilește un *modus faciendi* de pansament științific care cu drept cuvânt i-a eternizat memoria.

VI

Imediat ce aceste date științifice fură dobândite, chirurgii pe fiecare și începură experimente cu câte un nou agent cu puteri antiseptice; pe fiecare și se căutau mijloce din ce în ce mai energice pentru a se apăra economia de o intoxicație mai mult sau mai puțin repede, prin distrugerea microbilor ce aducea fermentația lichidelor de la suprafața plăgilor. Câmpul de activitate lățindu-se foarte mult, numărul agenților antiseptici crescú așa de repede în cât lumea fu silită imediat să recurgă la o clasificatiune, grupând în serii acești agenți după modul lor de acțiune.

Deja Chalvet în 1862, împarte substanțele în 3 categorii: 1) Unele cari lucră în mod chimic; 2) altele cari lucră în mod fizic sau mecanic, precum cărbunele, și în fine în a 3-a categorie introduce întregul rest de agenți antiseptici, având după densusul, o acțiune modificatrice asupra vitalității plăgilor; categorie de sigur foarte vagă și plină de un imens necunoscut.

Giraldès, 1869, a dat o clasificatie mai clară, putem dice chiar mai științifică. După densusul, toți agenții antiseptici lucră în două moduri: sau cedând direct oxigenul, ca apa oxigenată, permangantul de potasă etc.; sau în mod indirect, procurând oxigenul prin diferite combinațiuni și dedublări chimice ca clorurii, ipocloritii. Alții, în fine, ar avea de efect de a coagula albumina ca tаниnul, alcoolul etc.

Roussin, 1879, admite patru categorii: *desinfectante metalice* ca sulfatul de fer, de zinc etc.; *oxidante chimice*, ca chlor, iod, brom; *absorbante*, ca cărbunele și *antiseptice propriu dis*, ca acidul fenic.

Astăzi, pentru simplificarea lucrului ce admite că mai toate antisepticele lucră într'un sigur mod, având însă o dublă acțiune: mai

întâiu pe cale chimică, distrug toate materiile vătămătoare prin coagularea albuminei și distrugerea bacteriilor aflate la suprafața plăgilor; iar după aceea exercită o influență asupra fenomenelor vitale ce se petrec în plăgi în acest sens că, le excită provocând o secrețiune mai abondentă și de natură mai bună, împedcând ast-fel toate accidentele de septicemie.

Esperiențele lui Gosselin și Bergeron, comunicate la Institut în 1879, sunt foarte demonstrative în această privință. Puind proporțiunii determinate în amestec cu lichide putrescibile, acești autori au ajuns la conclusia următoare: *că agenții antiseptici sunt eficați nu numai că formeză un obstacol la propagațiunea vibronilor, dar și prin aceea că determină coagulațiunea albuminei.* Dinșii au mai arătat încă un fapt de cea mai mare importanță chirurgicală și anume că, atât puroiul cât și sângele sunt aproape cu desăvârșire împedicați de a intra în putrefacție aflându-se sub influența agenților antiseptici.

Unii autori, basându-se pe faptul că acidul fenic și alcoolul, coagulând sângele și albumina, opresc întru cât-va circulațiunea și deci întârzie ore-cum fenomenele de reparațiune, s'au declarat contra întrebuințării agenților antiseptici. Dar tocmai această întârziere, această suspendare timporară a circulațiunei, această *frigiditate antiseptică* a plăgilor după cum Gosselin o numesce, este, Domnilor, ceia ce asigură antisepsia. În adevăr, vasele rămăind închise, microbii ce ar fi putut scăpa de acțiunea agențului antiseptic nu pot intra în sistemul circulator și prin urmare avem tot timpul pentru a-i urmări în mod complet și definitiv. Și cu atât mai mult acest lucru pare a fi adevărat, cu cât Pasteur și Koch au arătat că, dacă acidul fenic are o acțiune repede asupra microbilor, este însă foarte slab contra *sporilor* pe cari nu le putem distruge de cât printr'o soluție de cel puțin 10%, și repetată mai multe zile succesiv. De aceea frigiditatea antiseptică a plăgilor este o barieră puternică, ținând sporele în loc și înlesnindu-ne ast-fel timpul pentru a le putea distruge.

Cari sunt acum cei mai puternici antiseptici ce putem întrebuința în chirurgie?

După cercetările lui Miquel care a experimentat pe o scară foarte întinsă, luând pulverile din locuințe, din spitale, casărmă, școli și chiar apa din canaluri pentru a avea bacterii adulte, reese că *apa oxigenată, sublimatul corosiv și azotatul de argint* sunt acelea cari au cele mai mari puteri antiseptice. După aceea vine: iodul, bromul, chlorulul de zinc, acidul thymic, acidul phenique, permanganatul de potasă, alunul și taninul. În a treia categorie intră acidul arsenios, acidul boric, chlorulul și sulfatul de fer cari au o acțiune mult mai mică. În sfârșit în

ultima linie se aşedă: boraxul, alcoolul, sarea marină, glycerina și hyposulfitul de sodă.

În ceia ce privesce pulverisațiunile cu acidul phenique, acestea nu aũ absolut, după Pasteur și Koch, nici o putere, afară numai pôte dacă le-am întrebuița în soluțiunii fôrte concentrate; și însuși Lister acum în urmă a renunțat la ele. Singura soluție de sublimat, ar fi după Koch, cea mai bună, căci dinsa este de 800 de orı mai energică de cât acidul phenique.

Acum vom face o repede descriere a diferitelor pansamente, oprindu-ne mai mult asupra aceloră ce se întrebuițeză astăzi.

Dar acésta, domnilor, forméză perióda de mijloc, ca să ȃic ast-fel, a istoricului chirurgiei mai ales în acest din urmă secol. În adevăr, dacă urmărim mersul chirurgiei, constatăm că la început, în prima periódă, ceia ce a preocupat mai mult pe chirurgi, a fost să devie adevărați artiști în știință. Ast-fel, Astley Couper, Brodie, Scarpa, Boyer, Dupuytren, Roux și Lisfranc forméză figurı mărețe prin îndeletnicirea ce'și aũ depus de a pune medicina operatóre pe baze științifice și positive de anatomie. În acéstă periódă chirurgul nu se ocupa de cât de chirurgie; satisfacțiunea sea era să execute în mod sigur, repede și elegant o operațiune (*citò, breve et jucunde*); de rest însă nu se îngrija atâta de mult, lucrurile fiind lăsate mai mult la voia întâmplărei. Ambroise Paré nu se sfa a ȃice: Eũ 'l-am operat, Dumnezeu' l-a vindecat.

Periódă a doua ați vȃcut'o în istoricul antisepsiei precum și din lecțiunile precedente ¹⁾ în care chirurgii începură a se îngriji de complicațiunile plăgilor și căutară prin pansamente raționale să ducă la un bun sfârșit plaga operatorie.

Acum însă, în timpurile nóstre, vine periódă a treia, în care un nou câmp de investigațiunii se deschise, grație cercetărilor neobosite ale eruditului prof. Verneuil. Astă-ȃi este un lucru bine constatat că, cu tótă operațiunea științifică și îngrijirea antiseptică a plăgei, totuși bolnavul pôte să móră; și de ce? din cauza principiilor morbide anterioré ce se află în organismul seũ, din cauza stărei generale sub stăpânirea căria se găsește.

De sigur, ȃice Verneuil, studiul acesta de și recent și inaugurat de puțin timp; de și numărul autorilor cari 'l urmăresc este încă mic, în curând însă densusul va aduce cele mai considerabile servicii științei

¹⁾ O serie de lecțiunii orale asupra antisepsiei și pansamentelor, făcute cu ocazia inaugurării deschiderei serviciului meu în spitalul Filantropia.

medicale și artei chirurgicale în special, mai 'nainte chiar ca acest secol să se isprăvescă.

Socotesc util, domnilor, să ne oprim puțin asupra ce trebuie să înțelegem prin diatesă și bóle constituționale, și in urmă să începem a strebate chestiunea ce ne-am propus. Dar acest lucru va face obiectul lecțiunei viitoare.

CHESTIONAR

Considerațiuni asupra antisepsiei.

Istoricul pansamentelor de la Hipocrat și până la Paracelse (1600).

Intervențiunea fermentației în evoluția plăgilor. Credințele emise pentru esplicarea fenomenului și metodele ce au decurs.

Inceputul antisepsiei. Lemaire. Lister. Pasteur. Credințele moderne. Consecințe și renașterea chirurgiei.

Agenți antiseptici. Clasificarea lui Chalvet, Giraldès, Roussin. Opinia modernă. Esperiențele lui Gosselin și Bergeron.

Puterea antiseptică a fie-cărui agent, după cercetările lui Miquel.

DESPRE DIATEZĂ

Lecția XVI.

Domnilor,

Incepem ađi studiul diatezelor căruia vă rog a'í da cea mai mare atențiune, pentru a judeca mai bine de ideile coprinse, fiind în mare parte originale cel puțin în ceia ce privesce modul de a vedea.

Cuvântul diatesă din *διατηρησις* = dispun, constituí, e tot așa de vechi ca și medicina și exprimă prin el însuși o întrégă teorie. In adevăr, de câte ori a apărut în medicină câte o nouă idee, de atâtea ori cuvântul diatesă represinta o modificațiune ipotetică în constituțiunea materială a unei părți sau a totalității organismului : pentru humorisți, diatesa consta într'o alterațiune a sângelui, sau într'o turburare a umorilor care provoca bóla; pentru școla Italiană a lui Rasori și cea Francesă a lui Broussais, diateza consta în *laxum* și în *strictum*, în *astenia* și *stenie*, în *stimulus* și *contra stimulus*.

De 30 de ani și mai bine, autorii neîncetat au căutat să stabilească în mod definitiv această chestiune și totuși nu au reușit ; așa că astă-đi unii nici nu mai admit cuvântul diatesă, căutând a'í înlocui prin cuvintele de predispozițiune sau bóle constituționale.

Cu tóte acestea socotesc că e greú să ștergem din patologie *diateza*, care deja și-a câștigat drepturi destul de mari în știință.

Ne vom sili deci a susține acest lucru și a stabili chiar o linie de demarcație între diateză și bóla constituțională.

De sigur, lucru nu e ușor, dar totuși vom întreprinde acest pas.

Mai întâiu nu putem tăgădui faptele zilnice pe cari ni le procură clinica și observațiunile, și anume că : sunt ómení cari puși în aceleași condițiuni, unii se îmbolnăvesc mai cu înlesnire de cât alții ; sunt ómení la cari un organ óre-care este mai des afectat de cât altele, ba chiar acelaș organ este aprópe exclusiv atins de mai tóte bólele ce un om percurge în diferitele epoce ale vieței sale ; sunt persóne cari su-

feră mai des de plămâni, alții de stomac, intestine, uter, cord, cerebru etc. și ce este mai curios, e faptul că aceleași bóle le găsim și în ascendenții: copiii se bolnăvesc sau mor de aceleași cauze ca părinții sau colaterali lor.

Ei bine, fără a pătrunde mai mult spre a căuta compoziția și fenomenele intime a nutrițiunei celulare, vom dice că *diatезa, din punct de vedere clinic, este această predispoziție a organismului nostru, prin care ne facem susceptibili de a contracta o bóla cu saii fără cauză apreciable. Germenul saii produsul morbid ce se află în organism și 'l predispoziune la diferite bóle, este născut în om, venind de o dată cu densusul în lume, și căpătat pe calea eredităței.*

După Bouchard, diatезa este o turburare permanentă a nutrițiunei care prepară, provócă și întreține bóle diferite ca sediú, ca evoluție și ca proces patologic.

Or cum ar fi, noi susținem că această predispoziție sau turburare de nutrițiune este ereditară sau cel puțin congenitală, și că nu există de cât două singure diatезe: *artritică* și *tuberculósă*, caracterisate daca voim: cea dintéi printr'o asimilare în plus și desasimilare în minus; iar cea de a doua din contra, printr'o asimilare în minus și desasimilare în plus. Dar și într'un cas și în altul, echilibrul proceselor nutritive intersticiale este rupt.

Si póte că reflectând mai adânc asupra celor ce se petrec, s'ar susține și mai bine această idee.

În adevăr, la artritică, desasimilația efectuându-se mai cu lenevire, combustiunile intersticiale, arderea materiilor azotoase și hidro-carbonóse neputându-se îndeplini în mod complect, vor rămâne în organism depunându-se sub formă de grásime sau urate, constituind tophusul și alte modifacțiuni. Neapărat că această stare de lucruri continuând, nutriția va începe să sufere, iar organismul să se încarce din ce în ce cu materii inutile cari, daca copleșesc organe esențiale, pun viața în pericol.

Cu tuberculoșii se întâmplă lucruri inverse. Dénșii nu asimiléză; dénșii nu aduc în mod continuú materii pentru ardere; și de óre-ce la dénșii desasimilația fiind fórté puternică, arderea se face pe socotéla proprie a organismului, de unde va resulta și acel contrast dintre un artritic: om gras și cu aparența de voinic, burtos dar pleșuv (!), (din cauza unei nutrițiuni periferice defectuóse) și un tuberculos: om slab, ofilit, uscat, dar cu gene mari, sprincene late și gróse, unghiile mai desvoltate, bărboși și cu plete lungi, dându-le o podóbă fórté înșelátóre. Și tocmai această creștere demásurată a producțiunilor cornóse arată de sigur preponderența actului de desasimilație de care e coprins organismul. Și socotesc că tratamentul tuberculoșei prin alimentație forțată

are tocmai scopul de a suplini sau a excita asimilațiunea ce se găsește în stare de lăngezire, de trândăvie. În or-ce cas, se introduce materiile combustibile, pentru a scuti arderea organismului însuși, pentru a preveni autofagia, pentru a înlătura consumpția.

Iată dar două clase de oameni, două feluri de ființe diatesice: de o parte indiviđi cari consumă mai mult și ard mai puțin; iar de altă parte indiviđi cari ard mai mult de cât consumă.

Între aceste două extreme, numai încape îndoială că se pot găsi oameni unde echilibrul între forțele nutritive să fie păstrat, și cari vor constitui clasa oamenilor sănătoși, mediatezici.

După ce am stabilit existența diatezelor, ne vom sili a proba că un om nu e susceptibil de a avea în organismul său de cât germenul unei singure diateze; cu alte cuvinte, nu ne putem naște de cât sau artritici sau tuberculoși. Acesta de sigur va provoca multe obiecțiuni, dar nu e mai puțin adevărat că faptele clinice par a fi destul de conchidătoare. Ast-fel: un tuberculos nici o dată nu va fi și canceros în acelaș timp, căci cel puțin eu, n'am observat încă un cancer al limbei sau al buzei inferioare pe un om tuberculos, ci tot-d'a-una pe un artritic. Pe de altă parte, varietățile infinite de bóle de piele ca eczema, psoriasisul etc. formând apanagiul artriticilor, s'a constatat óre vre-o dată pe un tuberculos? și iarăș, s'a văđut vre-o dată o tumoră albă dezvoltată în articulația unui artritic? socotesc că nu.

În adevăr, iată un artritic care cade și'si produce o contusie forte a unei articulații. Acest organ se póte inflama, póte să dea naștere unei artrite deformante, unei ankilose etc. dar nici o dată nu va degenera într'o artrită tuberculósă, într'o tumoră albă, lucru care în mod fatal va lua naștere, dacă individul se găsește sub influența diatezei tuberculóse.

Deci, fără a mai căuta să multiplicăm exemplele, putem conchide că cine e tuberculos nu are cancer; precum de asemenea cine e canceros nu va avea și lupus sau or-ce altă bóla de natură tuberculósă.

Probabil că vor exista excepțiuni, dar acestea le vom considera ca stări patologice bastarde, căci e lesne de înțeles că un artritic, debilitându'si continuu organismul său inoculându'l direct cu un virus, póte fórte ușor să devie și tuberculos, precum de asemenea un om cu totul sănătos și fără nici o diateză, pus însă în condițiuni rele de trai, póte deveni și artritic și tuberculos și or-ce alt. Dar acestea constituie o clasă a parte de bóle dobândite, de bóle rezultate din debilitatea și sleirea organismului, și cari nu aű nimica de a face cu diatezele ast-fel cum ni se presintă în mod natural.

Venim acum la bólele constituționale. Acestea de și aű multe

puncte de întâlnire cu diatezele, le deosebim însă de ele prin aceea că germenul morbid nu e născut în organism ci căpătat în timpul vieții. Cu alte cuvinte, diateza este o intoxicație ereditară a organismului, pe când bóla constituțională este o intoxicație dobândită. *Diateza*, dacă mi se permite expresiunea, *este o moșie lăsată de la părinți, pe când bóla constituțională este o moșie cumpărată de noi înșine!* Ne naștem tuberculoși ca diatezici; devenim însă sifilitici, alcoolici, paludici etc. ca constituționali! Dar și într'un cas și în altul, organismul nostru este impregnat în totalitatea sea de germenul morbid, impregnare reprezentată de vechia expresie prin *morbus totius substantiae* sau prin *panpatie*, cuvânt introdus de Verneuil.

Ni se va obiecta însă că precum ne naștem artritici și tuberculoși, tot ast-fel ne putem naște și sifilitici și deci n'ar fi nici o deosebire între o bóla constituțională și diatesică.

Aci iată ce răspundem: Pentru a da naștere unui copil sifilitic, se cere neapărat ca tatăl sau mama să aibă în ei virusul sifilitic în totă puterea lui. În adevăr, observațiunile au probat că copii se nasc sifilitici când părinții se află în perióda secundară, căci atunci sifilisul e mai puternic; pe când din contra, ajunși în perióda terțiară, sifilisul pare a'și perde din puterea sea și atunci copiii nasc mai mult scrofuloși de cât sifilitici.

Nu este însă tot ast-fel cu diatesa tuberculosă: căci aci nu e absolut necesar ca eú să fiú tuberculos spre a naște un copil tuberculos, ci e destul să am numai predispoziția la acéstă bóla. Și probă este că poți fi chiar sănătos, și să faci un copil tuberculos dacă în familie există acéstă diateză; lucru care în sifilis nu se constată, căci densus cere transmiterea directă a virusului de la tată sau mamă la copil, iar nu pe calea eredității ascendente sau colaterală ca în tuberculosă.

Nu știu dacă am reușit în scopul propus; rămâne ca d-vóstră să complectăți lacunele ce vor fi rămas, convinși fiind cu toții că chestiunea e în adevăr fórte delicată și greu de rezolvat.

Conchidem însă că admitem numai două diateze, avénd fie-care ramurile sale și manifestându-se în mod cu totul diferit.

Iată acum capitolele de bóle ce avem să studiem paralel cu leziunile traumatice:

I) Bóle diatesice în cari intră: *Artrismul* (goutta, reumatismul, erpeticismul și cancerismul). *Tuberculoza* cu scrofulosa, limfatismul etc.

II) Bólele constituționale sau prin intoxicație: *Sifilisul*, *alcoolismul*, *paludismul*, *saturnismul*, *mercurismul* și *morfinismul*.

III) Bólele cronice: indiviđi *diabetici*, *albuminurici*, *cardiaci*, *epatici*, *nefretici* și *cerebrali*.

IV) Bólele acute de diferite felurí și a diferitelor organe.

V) Etatea înaintată ca stare generală permanentă, caracterisată prin degenerescețe diferite ale viscerelor ca : steatose, sclerose etc.

VI) In fine stările numite de Verneuil fisilogice pasagere ca : *graviditatea, puerperalitatea, anemia acută (?)* etc.

Domnilor,

Acest studiu de cea mai mare importanță a relațiunelor ce există între leziunile traumatice și bólele generale, se datorește, putem dice exclusiv, prof. Verneuil. Totuși, din însăși declarațiunile sale reese că, deja unii autori contimporani au intervêdut lucrul și chiar au atras atențiunea asupra acestui fapt.

Ast-fel, Delpech 1829 și Bouisson 1839, au descris emoragii traumatice intermitente observate pe unii operați atinși de paludism, emoragii ce nu s'au putut opri de cât prin preparațiunii de quinquina.

In 1845, un autor Engles Norman Chevers, cercetând cauzele mortalității după operațiunii în spitalele din Londra, ajunge la această observațiune importantă că mai toți acei operați morți, au presintat alterațiunii grave ale rinichilor, ficatului său splinei. Malgaigne, făcând o analiză a acestei lucrări pe care a și publicat'o în jurnalul său, a declarat că lucrarea lui Norman este una din cele mai remarcabile opere ce a putut produce medicina Englesă în acea epocă.

In 1864, Marchal de Calvi publică frumósa sea carte asupra accidentelor diabetului și arată gravitatea celor mai mici răniri asupra glicosuricilor. Dênsul, prin acésta, confirma o idee deja emisă de Landuzy din Reims, care susține că diabeticii erau pentru chirurgi un adevêrat *noli me tangere*.

In 1867 Sir James Paget publică în mod clar și categoric relațiunea strânsă ce există între rezultatul operațiunilor chirurgicale și starea de sănătate anterioră a bolnavilor.

In fine Verneuil se ocupă cu cea mai mare ardóre de acésta chestiune, și la primul congres internațional ținut la Paris, comunică o notă despre influența stărilor diatesice asupra rezultatului operațiunilor chirurgicale.

De atunci, pe fie-care zi materialurile se acumulează și astăzi chirurgii din tóte părțile continuă opera începută de ilustrul profesor Verneuil.

Conclusiunile la care a ajuns acest mare observator și clinician consumat, de și formulate ca să zic ast-fel repede, totuși le-a făcut

cu atâta pătrundere de spirit, în cât mai nimic nu s'a putut adăoga, rămăind nestrămutate ca și niște legi stabile.

Iată în adevăr aceste conclusiuni.

I) Terminațiunea traumatismelor accidentale sau chirurgicale este dominată de starea constituțională a individului rănit.

II) Bólele anterióre ale operatului, modifică adesea într'un mod rău mersul plăgei operatorie, și favoriséză în mod simțitor prin acésta invasiunea accidentelor și complicațiunilor traumatice.

III) Fórte adesea plaga operatorie are o acțiune rea asupra bólei constituționale: o provóca când e în stare de germen; o reaprinde când este stinsă; îi acceleréză soluțiunea în mod progresiv; agravéză localisațiunile vechi și în fine grăbește câte o dată desnodământul fatal.

IV) În fine, în condițiuni egale, pronosticul operațiunilor este tot-d'a-una mai grav la diatesicî de cât la indivizî sănătoși; el este tot-d'a-una nesigur, serios, greú de prevédut, din cauză că prin nimic nu putem prevedea în mod sigur, nici deviațiunile posibile ale procesului traumatic, precum nici răsunetul funest al traumatismului asupra organelor de mai puțină resistentă, creată mai dinainte de bóla constituțională.

Iată D-lor tabloul sombru, trist și descurajetor ce ne oferă profesorul Verneuil în urma profundelor sale cercetări și observațiuni. Zic trist și descurajetor căci, conformându-ne acestor conclusiuni, ar trebui să abdicăm de la chirurgie. Căci cu drept cuvânt am putea să ne întrebăm: ce om póte fi acela care să nu aibă într'ensul o diateză, să nu fi căpătat o bóla constituțională, sau să nu aibă un organ în interiorul său mai slab? De sigur nimeni, căci acésta ar fi ca și cum am căuta să găsim un om fără nici un păcat! Și tocmai pentru acest cuvânt inimiții lui Verneuil îl acusaú că voește să descurageze pe chirurgi, predicând pretutindenî și tot-d'a-una *abstențiunea*, restrângând chiar până la o completă stergere câmpul medicinei operatorie.

Ei bine nu este adevărat, căci numai grație acestor cercetări chirurgia datorește succesele sale. Când vom ști că nu e destul să operăm și să pansăm, ci să cunoștem în adâncimea lui organismul operatului, atunci vom fi scutiți de decepțiuni, de surprizele desagreaibile și de muștrare de conștiință că în loc să vindecăm am nimicit un om. Când vom ști influența diateselor asupra plăgilor operatorii, vom ști când să intervenim, când să amânăm operația sau când să ne abținem cu totul. Atunci vom ști să anunțăm pericolul, să prevenim familia și să nu rămănem surprinși și înspăimântați — prea târziu — de un desastru neprevédut. În fine, numai în aceste condi-

țiuni vom avea un rezultat operatoriu bun, fără temere de a ne compromite nici pe noi nici arta chirurgicală. Deci, departe de a ne încruși brațele, vom interveni și vom interveni cu folos aducând servicii reale bolnavilor, făcând să prospereze chirurgia.

Vom opera deci pe diatesici; nu vom lăsa pe un scrofulos să se sleiască în abundența supurației; nu vom lăsa pe un diabetic să móră de un antrax; nu vom lăsa pe un ténér să se stingă avénd o sdrobire a unui membru; vom ridica o parte gangrenată; vom opera pe un septicemic; vom scăpa pe un om de hernie strangulată, de ocluzie intestinală; vom opri emoragiile mortale, în fine *vom face chirurgie înaltă pe scara cea mai întinsă, dar o chirurgie prudentă, rezervată și științifică.*

Cunoștința aprofundată a diateselor, Domnilor, este zice Verneuil de un folos așa de evident, în cât ar părea banal de a o mai reaminti, și cu toate acestea sunt așa de puțin chirurghi cari o observă cu o rigóre suficientă.

Iată câte-va exemple relatate în operile lui Verneuil: Jobert de Lamballe operase de mai multe ori o fistulă penienă dar fără să fi reușit vre o dată, când află că pacientul era sifilitic. Imediat se institue un tratament specific și îndată noua autoplastie fu încoronată de succes.

Un bolnav zice Verneuil, mi se presintă cu un flegmon în aparență foarte simplu; îl debridez. Marginele incisiunii însă se sfăcléză, mortificațiunea se întinde în fie-care zi, iar starea generală se agravéză în aceeași proporție. În fine recunosc glicosuria; prescriu tratamentul apropiat; gangrena se oprește, escharele cad, plaga se curăță și bolnavul se vindecă.

Cu această ocaziune îmi permit a vă relata și unele observațiuni proprii.

Acum 4 ani vine în serviciul d-lui prof. Assaky un oficer de la intendență, afectat de o gangrenă uscată a celui de al II-lea deget la piciorul drept. Cu câte-va luni înainte fusese deja amputat la spitalul militar de degetul cel mare. Bolnavul a fost vădut chiar și de prof. Trélat. După ce se ridică organul gangrenat, tocmai când ne așteptam ca cicatrizarea să se termine, constatăm un nou început de gangrenă. Bolnavul nu era nici diabetic, nici albuminuric; era însă sifilitic și ca probă a fost că în urma unui tratament *ad hoc* a eșit pe deplin vindecat, fără intervențiune chirurgicală.

Sunt vre-o 6 luni când fui chemat la un comerciant care avea o mică adenită supurată. Fără să 'l ating, îi prescriu niște spălături antiseptice. A doua zi marginele orificiului se sfăcléză puțin, și în

timp de 48 de ore gangrena se întinde în mod colosal. Fac operația de urgență, ridicând pachetul ganglionar cu Paquelin. Bolnavul era diabetic, și prin bromur și alcaline nici o urmă de gangrenă n'a mai apărut, iar bolnavul s'a vindecat.

Acum am în căutare un om foarte robust. care mi se prezintă cu un șancăr, oferindu'mi toate caracterile unui sifilis îndurat. Îi prescriu tratamentul. După o săptămână, cu toate îngrijirile cele mai minuțioase, bolnavul nu merge bine. Constat un început de gangrenă al ulcerului, și în două zile bólaia un caracter foarte amenințător: tot ulcerul e gangrenat iar penisul edemațiat și de o culoare lividă. Bolnavul e cuprins de niște dureri atroce; imediat îl cloroformez și fac cauterisațiunii cu Paquelin întinse și profunde. Cu regret însă constat că după 4 zile bóla nu prezenta un aspect benign: gangrena avea noi tendințe a se întinde. Suprim ori-ce tratament; constat zahăr în urină; dau 4 grame de bromur pe zi și un litru de Vichy și spre marea mea satisfacțiune bolnavul aște e vindecat.

Un alt cas iarăși foarte important este următorul. Acum un an sunt chemat de un bolnav ce posedă în dosul urechei stângi un mic orificiu fistulos. Din antecedente am crezut cu probabilitate că era vorba de un vechi kist sebaceu supurat. Îl deschid mai larg, răzuu bine punga și-l pansez cu mici bandelele muiate în acid fenic 10%. Plaga avea un aspect din cele mai frumoase, plină fiind cu muguri carnoși de bună natură. Tocmai însă când era vorba să se închidă definitiv, procesul de reparație este întrerupt. Mai târziu, vedând că vindecarea nu se obține, deschid din nou, examinez cu atențiune, nu ved nimic, ard fundul cu Paquelin; iarăși merge bine, dar iarăși la fine vindecarea se oprește. Bolnavul fiind anemic, admit că e scrofulos; îi dau unt de pește, arsenic etc. În fine am întrebuițat întregul arsenal de antisiptice și caustice, și iarăși după noi deschideri, când credeam că vindecarea e sigură atunci un nou și mic traiet fistulos rămânia.

Bolnavul a fost vădit și examinat de toți chirurgii, dar nimeni n'a descoperit nici cea mai mică urmă de sifilis.

După 9 luni de căutare, cu toate că nu era sifilitic și nici că a avut vre-o dată șancăr—după declarația sa—totuși l'am rugat să ia un tratament specific pe care i l'am dat, vă mărturisesc, mai mult ca încercare, ca *pière de touche* și pentru că nici nu mai aveam ce să-i dau(!).

Lucrurile au început să se amelioreze, iar bolnavul din slab și anemic ce era, acum e într'o stare înfloritoare; ia 4 grame de iodur pe zi și rana e complect cicatrizată. Aci de sigur a fost vorba de un sifilis necunoscut sau chiar póte și de un sifilis ereditar.

Eată dar rolul diateselor și folósele ce tragem din cunoștința lor. Acum nu ne rămâne de cât să vedem cum și când trebuie să facem o operațiune.

După Prof. Verneuil, diferitele diatese și afecțiuni generale prezintă trei faze deosebite, faze foarte importante de cunoscut din punctul de vedere al probabilității acțiunii traumatismului asupra stării generale, sau a acestia asupra traumatismului.

Prima fază este *discrasia* care se caracterisează printr'o alterațiune necunoscută a umorilor. Dînsa, deși reprezintă o stare morbidă a individului, deși poate ori-când să deschidă scena diatesei, dar poate și să rămăe ascunsă, latentă în mod etern, fără să-și manifeste prezența prin nici un indiciu.

Ast-fel, un om bine condus, de și tuberculos prin diatesă, poate însă să-și ție în loc această predispozițiune și să-și conserve toate organele în perfectă sănătate până în cele mai adânci bătrănețe. Eî bine, în asemenea condițiuni ne este permis să întreprindem o operațiune, de ore-ce experiențele au arătat că bolnavii aflați numai în perióda discrasică pură, pot suporta operațiunile tot așa de bine ca și or-ce om sănătos. Și chiar dacă prin traumă deșteptăm întru cât-va diatesa, aceste manifestațiuni în general sunt puțin grave și chiar pasagere, fără să impedeze mersul regulat al procesului reparator.

A doua fază sunt *leziunile periferice* a organelor de o importanță mai secundară, leziuni apreciabile chimistului și anatomo-patologistului. Aci, de și operațiunea poate să fie mai gravă, din cauză că lucrând în țesuturi, sisteme și organe bolnave, traumatismul poate să aibă un resunet asupra organismului, totuși și aci ne este permis să intervenim, căci vom face o operațiune *utilă* și chiar *indispensabilă*. Iată câte-va exemple: Să ne închipuim un om tuberculos care nu ne oferă din diatesa sea de cât o tumoră albă, un testicul bolnav, o carie a óselor etc. Eî bine, pe acest bolnav îl vom opera, ridicându-i organul atins; și prin acesta îi vom aduce un serviciu colosal împedecând infecțiunea organismului, ținend în loc mersul diatesei prin distrugerea focarului infecțios. Un alt exemplu: un discrasic cu leziuni periferice, e coprins de septicemie acută; un diabetic de un antrax etc. Eî bine și pe acestia suntem obligați a-i opera chiar de urgență, căci numai ast-fel le putem scăpa viața.

Nu este însă tot ast fel când ne aflăm în fața *periódei a treia*, perióda de *leziuni viscerale*, de organe indispensabile vieței, perióda de cachexie, de consumpție. Aci, pericolul este din cele mai mari, căci cea mai mică plagă operatorie poate să fie punctul de plecare al celor mai înspăimântătoare complicațiuni. În adevăr, asupra unui diatesic cu ficatul

bolnav, cu rinichiї alterați, cu cordul degenerat sãu cu plãmãniї cavernoșї, ecoul traumatismului resonã cu atãta putere, în cãt adesea orї mórtea se produce în mod instantanat în mod fulgerãtor chiar în urma unei simple sondãri. De aceia în asemenea casurї operațiunea nu este nici *permisã*, nici *utilã* nici *indispensabilã*. Singurul lucru ce ne rãmãne este *abstențiunea absolutã*, cãutãnd prin mijlõce dulci și inofensive sã alinãm suferințele celor ce trebuie sã mórã.

Vom vedea însã în lecțiunile viitoare cã, înconjurãndu-ne de precauțiunї mari antiseptice, putem întreprinde și pe niște asemenea diatesicї operațiunї ce vor fi încoronate de succes.

Acestea sunt, domnilor, considerațiunile generalї asupra traumatismelor și diateselor.

În lecțiunea viitoare vom continua studiul fie-cãreї bõle în particular, pentru a vedea modul cum ele se comportã cu traumatismele, iar acestea cu dênsele.

C H E S T I O N A R

Istoricul traumatismelor cu bõlele generale.

Diatesa consideratã în diferitele epoce.

Definițiã. Opinia autorului admitând numai douã diateze: artriticã și tuberculosã. Caracterele clinice și anatomo-patologice.

Faptele prin carї se stabilește cã un om nu põte avea ambele diateze de o datã. Excepțiune pentru bõlele dobãndite în urma debilitãrei și sleirea organismului.

Deosebirea între diatezã și bõlã constituționalã. Partea esențialã a chestiunii. Diferitele bõle carї intrã în diatezã, în cele constituționale, cronice, acute etc. ce vor fi studiate în raport cu traumatismele.

Observațiunile lui Delpech, Bouisson, Norman Chevers, Marchal de Calvi, Sir James Paget, Verneuil, carї pe rând au contribuit la acest studiu.

Cele patru conclusiunї ale lui Verneuil. Folõsele practice ale acestor cunoștințe. Diferite exemple streine și ale autorului.

Cele trei periõde în diatezã: *discrasia*, *leziunї periferice* și *leziunї viscerald* formând cachexia. Caracterele fie-cãria și modul de a lucra cu fie-care din ele.

Operațiunea *permisã*, *utilã* și *indispensabilã*.

Casurile în carї se recomandã *abstențiunea absolutã*.

DESPRE BOALELE DIATESICE

Lecția XVII.

Domnilor,

Maî n'nainte de a intra în studiul traumatismelor în raport cu fie-care bôlă din grupurile ce am stabilit, am crezut de cuviință să alipesc în acelaș timp și câte un mic tablou conținând caracterile clinice ce inprimă individului niște asemenea bôle. Și acesta am făcut'o pentru douë cuvinte: întâi, că avënd deja cunoștința lucrului, vom ști mai bine să interpretăm fenomennle ce vor decurge din acțiunea traumatismului; iar al doilea, că nu vom rămâne surprinși de nimic, știind la ce trebuie să ne așteptăm; ba încă, putem lua și ôre-carî precauțiuni pentru a evita pe cât posibil aparițiunea unor asemenea lucruri.

Incepem dară cu artritismul.

1) **Artritismul.** — Artritismul, luat din punct de vedere clinic, este o bôlă constituțională, necontagiôsă, caracterisată prin tendința la formațiunea unui produs morbid numit *tophus* și prin afecțiuni variate ale pielii, aparatului locomotor și a viscerelor, afecțiuni terminându-se în general prin rezoluțiune.

Iată de ordinar după ce caractere putem cunoște pe un artritic: Transpirațiune exagerată mai ales pe cap, subțiorî, picioare, mâini și organele genitale; căderea prematură a părului, tendință la obositate și constipație. Artriticii suferă de migrene, de congestiuni la cap, de epistaxe, de turburări ale vederii și auzului, țiuitori și vâjieturi de urechi. Dênșii, în general robuști, au mâncărimi de piele manifestate prin exzemă, ertieme, edem al articulațiilor, urticaria, zona; fôrte des sunt cuprinși de furuncule, antraxe, herpes etc. Acesta este în scurt tabloul clinic al artriticului adăogând că mai tot-d'auna sunt și emoroidari.

Un artritic pôte fi *gutos*, *reumatisant* sau *erpetic*.

Gutta s'a numit astfel pentru că se credea că provine din depunerea

unei picături, (unei goutte) de humóre iute, acră, pe suprafețele articulare. Guta este caracterisată prin infiltrațiune uratică a țesuturilor puțin vasculare și în special a țesuturilor cartilaginóse și fibróse.

Guta, bólă extrem mobilă și variabilă, se póte presenta sub două forme; acută și cronică. În primul cas, o articulație saú chiar mai multe sunt coprinse de odată de o durere arzătoare și lancinantă, însoțită de roșiață, umflături și tensiune articulară. Acesta constituie accesul de gută care după 8—10 zile în general dispare.

Mai adesea însă Guta începe d'a dreptul în mod cronic având ca sediu de predilecțiune degetul cel mare de la picior. Acest organ începe a fi încercat de dureri intermitente dar câte o dată fórte vii, apărând mai ales în timpul nopței. În mod treptat guta copleșește și cele alte articulații, dar în general pe cele mici dând naștere în ligamentele fibróse la deposite de urat de sodă, formând niște concrețiuni solide în jurul articulațiilor numite *tophus*. (tuf, un fel de pietricică albă.)

Când această afecțiune rămâne stabilită la picioare se numește *podagră*; dacă ocupă genuchiul ia numele de *gonagră*; iar *chiragră* când se află pe mână. Gutoșii mai ales în urma unui acces au urina roșie, densă, lăsând să se depue mult acid uric saú nisip de urat de amoniac, de unde și predispoziția lor la calcule.

Reumatismul (*reuma-fluxiune*) este mai cu deosebire caracterisat prin leziunile profunde ce provócă în articulații, putând merge până la distrugerea cartilagelor, ligamentelor și suprafețelor osóse al căror rezultat este: ankiloză și deformațiuni iremediabile a articulațiilor. De o formă acută saú cronică, reumatismul póte fi mono saú poliarticular.

Erpetismul este mai ales caracterisat prin aceea că diatesa artritrică se manifestă mai mult pe piele și mucóse formând dartrele, pe când articulațiile în general sunt respectate.

Eată tabloul unui erpetic, adult dat de Lancereaux: Om uscățiv, nervos, iute, alergător, activ, dacă nu cade în ipohondrie. Desvoltarea organismului încă nu s'a terminat, și deja fenomenele bătrâneței apar: Mai întâi vine un fel de pitiriasis (mătréță) a pielii capului, ce aduce atrofia bulbului pilos și care finește prin a determina căderea mai mult saú mai puțin complectă a părului din regiunea anterioră și superioră a capului. Acestă calviție ce se arată chiar la etatea de 20 ani este limitată numai în regiunile sus menționate, pe câtă vreme în părțile laterale și la basa craniului există o corónă de păr adesea și acesta albit în mod prematur. Ósele și muschii de ordinar forte bine desvoltați; țesutul celulo adipos însă fórte puțin pronunțat; de aceea cei mai mulți erpeticii sunt slabi și subțiri, dar ómeni puternici;

ei nu devin grași de cât la o etate înaintată. Când sunt copii au turburări spasmodice ale larinxului și bronchelor; când sunt tineri au migrene, accese de astmă, spasmi vesicale, mâncărimi și bóle de piele, poliurie, gravelă și calcule. Când ajung la etatea de 40 ani, încep durerile articulare și o leziune proprie a sistemului circulator cunoscută sub numele de arterio-sclerosă, mai ales a rinichilor și cerebrului, de unde fenomene de ischemie, ramolire și emoragii cerebrale; aparițiunea unei albuminurii adesea pasageră și intermitentă dar de multe ori persistentă. În fine, când sunt bătrâni încep a avea tuse opiniatră, tra-cheite și bronchite cronice însoțite de o expectorație abondentă, mucosă sau muco-purulentă; mórtea lor obicnuită, este ramolisementul cerebral.

Tóte aceste bóle Domnilor, presintă în evoluțiunea lor cele trei període despre cari deja am vorbit și cari sunt : períoda de discrasie, de leziuni a organelor periferice și de leziuni profunde a organelor viscerale esențiale vieței.

Dupé Verneuil traumatismul póte să aibă I) o acțiune bilaterală și reciprocă asupra diatezei saú II, o simplă influență unilaterală. Adică: o plagă după ce destéptă diateza, acésta la rândul său are resunet asupra plăgei; pe când în cazul II, nu avem de cât saú redestep-tare de diateză, saú o schimbare în mersul plăgei. Étă câte-va esemple luate din acest autor:

O femeie de 35 ani fu coprinsă de simptome de ernie strangulată pentru care a fost operată. A doua zi chiar după operație se declară o cistită violentă cu retenție complectă de urină și dureri vagi în regiunea rinichilor. Prin sondă se extrage o mică cantitate de urină, fórte mult colorată, încărcată de mucus și depositate de urate în abondență.

Două zile după aparițiunea cistitei, plaga devine fórte durerósă și ia un aspect urát: marginile se tumefiază și sunt coprinse de o roșiățá lividă simulând un erisipel.

După 8 zile totul intră în ordine. Bolnava declară că cu 4 ani înainte, fusese atinsă fără caúsă cunoscută de dureri în rinichi și ipogastru, însoțite de micțiuni fórte penibile și depositate în urină de mucus și sedimente. Acest atac dispăruse încet, dar fără să lase vre o urmă.

Iată dar o bolnavă care nu a avut de cât acest singur stigmat al artritismului, ce după 4 ani, în urma unei operațiuni, a fost redeșteptat influențând și el la rëndul său plaga operatorie; decí, acțiune dublă și reciprocă.

II) *Redeșteptare simplă de diatesă fără răsunet asupra plăgei (influență unilaterală).*

Un ténăr de 24 ani, lucrător, își sdrobește piciorul. Refusând a i-se face amputația, se scot eschilele, se reguléază plaga și se panseză cu bandagiū Guerin. Totul mergea bine, sănătatea părea restabilită, când după două luni, bolnavul de o dată e coprins de un reumatism articular acut ce coplesește ambiū genuchī, cotele și pumnul stâng. Acéstă redeșteptare de diatesă a durat trei septămāni fără să fi exercitat cea mai mică influență asupra plăgei, care merse fără nici un accident către vindecare.

Dar câte o dată diatesa artritică nu 'și trădeză existența de cât printr'o simplă încărcare a urinei de urate.

Verneuil zice: Când un bolnav nu este nici alcoolic nici epatic, și că urina sea a doua zi după operație conține deposites mari de urate, putem să afirmăm cu siguranță că acel om este artritit.

În general trebuie să știm că manifestațiunile diatesice provocate de traumatism în mod neasteptat, fără nici o preparație a economiei, sunt de o durată relativ scurtă și de o intensitate mult mai mică de cât cele cari vin în mod spontanat. Cu tôte acestea, în scrierile lui Verneuil găsim o observațiune în care în urma unei traume s'a dezvoltat două manifestațiuni patognomonice de artritism, și aū fost de o intensitate și tenacitate excepțională. Êtă casul:

Un om de 30 ani, fără să fi suferit vre-o dată de dureri rumatismale, saū nevralgice, nici de vre o altă bôlă, cade dintr'un vagon călare pe un tampon producându'și o contusiune forte a perineului, ce fu însoțită de dureri vii, tenesme vesical, ematurie și echimose fôrte întinse. Cu tôte aceste complicațiuni bolnavul mergea bine. A zecea zi fu coprins de niște dureri violente în regiunea renală dréptă, cu vărsături și tenesme vesicale, în fine tôte simptomele unei colici nefretice; și în adevăr, după 3 zile bolnavul urinând a dat afară un calcul destul de gros. Dupe alte 5 zile este coprins de o febră fôrte întinsă și de o umflare durerôsă a genuchiului drept; acésta nu era de cât un reumatism articular care începea, și ca probă e că imediat tôte articulațiunile fură prinse și de cari bolnavul a zăcut patru luni. Ba ce e mai mult, bolnavul a rămas cu o sensibilitate extremă la recidive, așa că cea mai mică răceală, cea mai moderată oboseală erau suficiente pentru a da loc la manifestațiunii durerôse. A mai avut după aceia încă alte patru atacuri fôrte violente.

În fine un alt cas fôrte important este următorul:

Un ténăr de 32 ani intră în serviciul prof. Verneuil cu plăgi contuse ale mediului și indicelui de la mâna dréptă de cari după o

lună s'a vindecat, cicatrizarea fiind completă. După puțin timp, bolnavul, fără cauză cunoscută e coprins de o angină violentă însoțită de adenită sub-maxilară supurată care se deschide larg. În acest timp însă degetele odinioară bolnave se tumefiază, cicatrițele devin roșii și lucitoare; era vorba de o dactilită generalisată. După acésta apare un reumatism acut a tutulor articulațiilor jumătăței superioare a corpului, însoțindu-se chiar de o pericardită. După 10 zile, degetele se desumflară și totul mergea bine; când după alte 15 zile, bolnavul e coprins din nou de un atac de reumatism însă de astă dată al membrelor inferioare și fără dactilită.

Numai vorbim, D-lor, de accidentele și plăgile operatorii venite pe un artritic aflat în perioada III a diatesei. Aci complicațiunile și de o parte și de alta sunt foarte mari. În adevăr, putem observa fenomene din partea cordului și mai ales a rinichilor, așa de grave în cât pot compromite viața în scurt timp. Plăgele de asemenea au tendința de a deveni infecțioase și a se complica de flegmone, erizipele piemii etc. fiind dată natura microbieniă a artritismului.

Gutta când e în perioada întâiu nu are influență rea asupra mer-sului reparator al plăgilor. Cel mult daca observăm ore-cari dureri în locul lezat și o ușoră fluxiuone simulând o inflamație francă, dar care în general nu e de cât o simplă congestiune pasageră și fără să întârzie vindecarea plăgei.

Mai târziu însă, adică în perioada II, putem observa o acțiune dublă și reciprocă, precum în urma unei entorse sau fracturi, bolnavul să fie coprins de accese gutose cu producțiune de tophus în jurul articulațiilor lezate, iar fractura să nu se consolideze de cât având un cal exuberant.

Verneuil a observat două casuri de accese de gută venită în urma puncțiunei unui idrocet cu un trocar foarte fin; într'un cas operația s'a vindecat foarte greu.

În ceia ce privește *erpetismul*, trauma pôte provoca diferite erupțiuni ale mucósei și peleii, iar focarul traumatic să devie sediul de dureri nevralgice, de congestiunii, fluxiuunii și mai ales de dermatose diferite dintre cari primul rang 'l ocupă erpesul, apărând sub formă de micii și numeroase vesicule în jurul plăgilor constituind erpesul traumatic.

Cancerul. Influența traumatismului asupra desvoltărei cancerului pe un diatesic s'a constatat încă de mult.

Ast-fel Hunter susținea că, dacă o femeie mai mare ca 30 de ani primește o lovitură pe mamelă, este probabil că acea regiune va contracta mai lesne acțiunea cancerosă de cât acțiunea reparatrice.

Astăzi acest lucru s'a adevărit, grație studiului diateselor, și este

admis că o contusie p \acute{o} te fi punctul de plecare al unui cancer pe un om av \acute{a} nd ac \acute{e} st \acute{a} diates \acute{a} . De aceia se \acute{s} i recomand \acute{a} abla \acute{s} iunea precece a tumorei mai \acute{i} nainte ca s \acute{a} ne asigur \acute{a} m de diagnostic, c \acute{a} ci se pare c \acute{a} \acute{i} n prima peri \acute{o} d \acute{a} reunirile imediate se ob \acute{t} in f \acute{o} rte u \acute{s} or pe cancero \acute{s} i \acute{s} i prevenim astfel infect \acute{i} a secundar \acute{a} .

S \acute{a} nu avem \acute{i} ns \acute{a} iluziun \acute{i} prea mari ci s \acute{a} ne reamintim urm \acute{a} -t \acute{o} rele lucrur \acute{i} asupra c \acute{a} ror \acute{a} Verneuil a atras f \acute{o} rte mult aten \acute{s} iunea, ar \acute{a} t \acute{a} nd c \acute{a} adesea opera \acute{s} iunii incomplete sau simple contusiunii, or numai ni $\acute{s$ te punctiunii exploratrice, exercit \acute{a} o ac $\acute>t$ iune excitatrice f \acute{o} rte mare la distan \acute{t} \acute{a} . \acute{I} n adev \acute{e} r, de multe ori oper \acute{a} m un cancer f \acute{o} rte lesne de extirpat, iar bolnavul ni se presint \acute{a} \acute{i} n condi $\acute{s$ iunile cele mai bune, scutit fiind de or \acute{i} -ce leziune intern \acute{a} , presint \acute{a} ndu \acute{n} i-se dec \acute{i} sub aparen \acute{t} a unei s \acute{a} n \acute{a} t \acute{a} ti f \acute{o} rte satisf \acute{a} c \acute{a} t \acute{o} re. Cu t \acute{o} te acestea plaga nu se vindec \acute{a} , simptome generale apar \acute{s} i m \acute{o} rtea p \acute{o} te veni f \acute{a} r \acute{a} nici o complica \acute{s} ie local \acute{a} . La autopsie nu g \acute{a} s \acute{i} m nimic, afar \acute{a} numai de ni $\acute{s$ te mic \acute{i} nuclei cancero \acute{s} i disemina \acute{i} \acute{i} n pl \acute{a} m \acute{a} ni, ficat sau alte visecere lucrur \acute{i} de a c \acute{a} ror existen \acute{t} \acute{a} prin nimic nu o b \acute{a} nuiam. Adesea gaglion \acute{i} mic \acute{i} , mobil \acute{i} , indolen \acute{t} \acute{i} , sta \acute{s} ionari, pe car \acute{i} operatorul nu crede necesar a \acute{i} ridica odat \acute{a} cu tumora, dob \acute{a} ndesc repede un volum considerabil, se ramolesc \acute{s} i se ulcer \acute{e} z \acute{a} . \acute{I} nainte de a face o castra \acute{s} ie, examin \acute{a} m cu cea mai mare aten \acute{s} ie regiunile iliace \acute{s} i perineale \acute{s} i nu descoperim nimic de suspect. Cu t \acute{o} te acestea, abia cicatrizarea este ob \acute{t} inut \acute{a} , \acute{s} i bolnavul acus \acute{a} durer \acute{i} lombare \acute{s} i abdominale unde palpita \acute{s} ia descopere tumori car \acute{i} cresc cu o extrem \acute{a} repeziciune. \acute{I} n fine, traumele cele mai mic \acute{i} ca contusiunii sau fractur \acute{i} simple, f \acute{o} rte departe de cancerile viscerale, pot s \acute{a} le agraveze provoc \acute{a} nd \acute{i} n c \acute{a} teva \acute{d} ile o m \acute{o} rte cu totul nea \acute{s} teptat \acute{a} . \acute{I} at \acute{a} dou \acute{e} casur \acute{i} personale :

\acute{I} n 1888, fac r \acute{a} zuirea uterului la o femeie cancer \acute{o} s \acute{a} . Uterul p \acute{a} rea destul de mobil \acute{s} i f \acute{a} r \acute{a} s \acute{a} fi sim \acute{t} it alte tumori \acute{i} n abdomen. Dup \acute{e} \acute{s} ase s \acute{e} pt \acute{a} m \acute{a} ni constat \acute{i} n fosa iliac \acute{a} dr \acute{e} pt \acute{a} un pachet dur, format de sigur din aglomerarea mai multor \acute{i} ganglion \acute{i} ; m \acute{o} rte dupe dou \acute{a} lun \acute{i} .

Acum o lun \acute{a} fac aceia \acute{s} i opera \acute{s} ie la o alt \acute{a} femeie. Dupe 40 \acute{d} ile constat \acute{i} n dreptul ombilicului \acute{s} i de o parte \acute{s} i de alta o mas \acute{a} dur \acute{a} , profund \acute{a} \acute{s} i imobil \acute{a} care nu era, iar \acute{a} \acute{s} i, de c \acute{a} t ganglion \acute{i} bombar \acute{i} \acute{s} i mesenteric \acute{i} m \acute{a} ri \acute{s} de volum.

\acute{I} n 1887, am operat \acute{i} n serviciul D-lui profesor Assaky, pe un t \acute{e} -ran, bine f \acute{a} c \acute{u} t, de un cancer al buzei inferio $\acute{r$ e. D \acute{e} nsul avea \acute{s} i un ganglion submaxilar care \acute{i} ns \acute{e} , nu 'm \acute{i} -a inspirat o temere prea mare a \acute{s} a c \acute{a} nici nu 'l am ridicat imediat. Dup \acute{e} 15 \acute{d} ile, bolnavul ese complet vindecat av \acute{e} nd o cicatri \acute{s} \acute{a} linear \acute{a} . Dup \acute{e} 20 \acute{d} ile bolnavul se

reîntôrce având ganglionul enorm de mărit și fix; iar buza din nou copleșită de cancer într'o întindere colosală.

Iată și un alt cas relatat de Broca și care arată răsunsetul operațiunii asupra produselor canceroase la început necunoscute.

Este vorba de un tînăr de 30 ani care capătă o contuziune forte pe călcăi, însoțindu-se imediat de o umflare durerosă, de o colecție de sânge sub epiderm și o echimosă foarte întinsă. După câte-va zile totul dispăru, rămîind însă sub călcăi o indurație ce merse crescând luând și o colóre neagră. După 6 luni, clinica și microscopul a arătat un cancer encefaloid melanic, ce fu operat. Vindecarea s'a obținut fără accident, dar după alte 6 luni apare în regiunea inquală o nouă tumóre cu aceleași caractere, care iarăși fu operată. Acum însă, mai înainte ca cicatrizarea să se obție, alte tumori se dezvoltară în abdomen cu o rapiditate înspăimântătoare, care aduse mórtea individului.

În ceia ce privește influența diatezei canceroase asupra traumatismelor și în special a plăgei operatorie este din cele mai rele. În adevăr, lăsând la o parte perióda de cachexie când tóte organele fiind cu totul alterate, traumatismul va fi împedit în mersul său reparator, dar azi e lucru știut că fracturele la cancerosi, pe lângă că se efectuează foarte ușor rămân cu deservărire neconsolidate. Dar nu numai aceste organe importante ne oferă o asemenea stare nenorocită ci și însăși plagele părților moi încă nu se pot reuni prin prima intenție. Adesea în adevăr, ridicând o parte cancerosă, nu numai că reunirea imediată nu se obține, dar până să ajungem la o cicatrizare secundară, deja plaga ia aspectul canceros și bolnavul móre mai înainte ca să reușim a'î da cel puțin satisfacțiunea că plaga făcută de noi s'a închis. Și niște asemenea exemple din nenorocire sunt destul de frecvente.

Pentru ca acéstă lecțiune însă să nu fie prea obositóre, dați'mi voe să ne oprim aci rămîind ca diateza tuberculósă să o tratăm în ședința viitoare.

C H E S T I O N A R

Definiția *artritisului*. Caracterele sale clinice. Formele sub cari ni se prezintă: Guta, reumatismul și erpetismul.

Guta. Modul de invasie: acces acut și cronic. Caracterele sale. Tofus. Podagra, gonagra și chiragra. Urina gutoșilor și predispoziție.

Reumatismul. Lesiunile și consecința. Forma acută și cronică.

Erpetismul. Caracterile și tabloul clinic.

Acțiunea bilaterală și reciprocă a traumatismului asupra artratismului. Exemple. Acțiunea simplă, unilaterală a traumatismului prin deșteptarea diatezei fără răsunset asupra plăgei. Exemple.

Modul cum evoluază diatezele în urma traumatismului; une-ori de durată scurtă, alte dăți de o intensitate și tenacitate excepțională. Exemple.

Acțiunea traumatismului asupra *Gutei*, precum și a aceștia asupra plăgei. Acțiunea reciprocă a *erpetismului* și traumatismului.

Cancerul. Influența traumatismului asupra diatezei canceróse.

Opinia lui Hunter. Circumspecțiunea ce trebuie să avem. Opinia lui Verneuil. Exemple. Fapte clinice ale autorului. Influența diatezei canceróse asupra traumatismului. Lipsă de consolidare a fracturelor; lipsă de reunire imediată a plăgilor operatorii și transformarea lor în plăgi canceróse.

TUBERCULOSA IN RAPORT CU TRAUMATISMUL

Lecțiunea XVIII.

Domnilor,

Ne rămâne a studia a doua diateză ce un om poate să aibă, și vom căuta să arătăm în mod foarte demonstrativ acțiunea ce traumatismul are asupra redeșteptării sale.

Nu vom intra pentru moment cătuși de puțin în esența și cauza intimă a acestei boale, rezervându-ne dreptul a reveni pe larg la locul competent. Vă voi reaminti numai că grație marelui descoperiri a celebrului Dr. Koch, tuberculosa este considerată astăzi ca o boală parasitară și contagioasă, având ca patogenie un microb cu totul special cunoscut sub numele de bacilul lui Koch. Nu ne vom opri zic, aci pentru a nu ne depărta de obiectul studiului ce ne-am propus.

II) **Tuberculosa.** Aci mai mult ca or unde traumatismul își arată efectele sale, iar acțiunea unilaterală și bilaterală le întâlnim la fie-care pas. În adevăr, de câte-or nu vedem pe un tuberculos dezvoltându-se o tumoră albă în urma unei lovituri, sinovitele traumatiche devenind fungose iar violențele exterioare cele mai ușoare fiind punctul de plecare al epididimitelor tuberculose. Pe de altă parte, la scrofuloși ca și la tuberculoși, o plagă cât de simplă merge foarte încet către cicatrizare; neoformațiunea inflamatorie a focarului traumatic este săracă, lipsită de vitalitate, se organizează reși, rămâne mult timp în stare embrionară, lungește și suferă foarte ușor degenerescenta grosă. Densa se însoțește de supurație, plaga devine ulcerată și dezvoltă burgeoni cărnoși flască, anemici, de rea natură, sau se acopere de o crustă galbenă caracteristică; în fine plaga, zice Bazin, ia aspectul unei scrofulide.

Pe un tuberculos, cea mai mică leziune are un răsunet asupra ganglionilor, producând adenite sub acute. În fine, când după un timp îndelungat reușim să obținem cicatrizarea, acesta se face pe un țesut gros, anfractuos, devine voluminosă și proeminentă, luând

după cum aŭ arătat Follin și Lucke caracterul unui *cheloid*. În fine s'a observat că la scrofuloși și tuberculoși plăgile cele mai superficiale neinteresând de cât pielea, sunt acelea ce se vindecă mai cu greu, pe când plăgile profunde evoluéză mai simplu și într'un mod ôre-cum fiziologic. Acest singular fenomen, zice Terrier, s'ar putea explica pôte prin bogăția mai mare a tegumentelor în vase limfatice, probabil împregnate de germenul morbid.

Dintre tôte organele însă ale unui tuberculos, acelea cari se influențéză mai mult de leziunile traumatice sunt articulațiile cari, cu cea mai mare înlesnire, devin tumori albe caracterisate prin osteite caseose și desvoltarea acelor enorme fungosități mai mult saŭ mai puțin vasculare și în cari după cercetările lui Köster, Virchow, Cornil și Debove tot-d'auna sunt pline de neoformațiuni tuberculose, de foliculii tuberculoși. Unii autori pretind chiar că fracturele la tuberculoși se consolidéză mult mai greu de cât la ômenii sănătoși.

Studiul desvoltărei tuberculosei în urma unui traumatism este de dată recentă, căci astăzi s'a arătat cum un testicul saŭ alte organe pot deveni tuberculose în urma unei lovituri. Mai în urmă s'a cercetat dacă tuberculosa pulmonară pôte fi efectul unui traumatism, etc., etc.

Lepine în 1872 afirmă că pneumoniile traumatice pot să sufere transformațiunea caseosă, fără însă să fi adus probe suficiente.

În 1875—79 Tessier tatăl, a publicat trei exemple de ftisie de origină traumatică.

În fine Perroud din Lyon în 1874 a făcut un studiu asupra ftisiilor consecutive unui ușor traumatism dar des repetat, precum se întâmplă cu acei lucrători ce împing saŭ trag cu peptul, pentru a depărta bastimentele de marginea apei saŭ a le face să progreseze. Presiunea aplicându-se în regiunea sub-claviculară, tuberculosa și carvernele tocmai în acest loc se desvoltă.

Domnilor. Relativ la tuberculosă în raport cu traumatismul, cu plăcere vă recomand o teză de mare valóre a D-lui Miron Sigalea ce s'a susținut la facultatea de medicină din Iași anul acesta¹⁾. Observațiunile culese sunt fôrte instructive și cu totul demonstrative, arătându-se strânsa legătură ce există între traumatism și tuberculosă. Autorul prin studii seriose, resuméză în mod fôrte clar cercetările ce s'aŭ făcut pentru a se înțelege mecanismul saŭ mai bine zis patogenia

¹⁾ Tuberculosa în raport cu traumatismul. Teză pentru doctorat în medicină și chirurgie, de Miron Sigalea, fost intern al spitalului „clinicilor“. Iași 1892.

tuberculosei în urma traumatismelor, și din care reproducem părțile următoare :

„Când un corp contondent vine de lovește pieptul unui diatezic, se pot întâmpla două lucruri: sau va fi urmată această lovire imediat de o emoragie bronco-pulmonară, sau va determina numai o stare congestională a vaselor celor mai mici și a vaselor limfatice din aparatul respirator, o preschimbare a țesuturilor, o dilacerare mai mare sau mică a celulelor alveolare, cu un cuvânt va provoca o stare abnormă a țesutului parenchimos pulmonar cât și a tuturor elementelor accesorie ce intră în acest organ. Se vor produce de multe ori pneumonii, cari vor avea un mers cronic; se vor produce bronco-pneumonii, se vor naște uneori pleurezii; și toate acestea vor slăbi mai mult sau mai puțin organul respirator, vor provoca acolo o stare permanentă de denutrițiune, vor provoca cu un cuvânt un *locus minoris resistentiae*, în care și circulațiunea și nutrițiunea, în fine toate fenomenele vieții se vor îndeplini incomplet de cum se îndeplinesc în altă parte a corpului, vor devia cu un cuvânt de la tipul fiziologic. Or, la un organism care poartă prin ereditate nu numai terenul tuberculos, bacilii cum spune *Baumgarten*, stau ascunși în ganglionii și în celulele măduvei, cât timp fenomenele tuberculose nu se pot manifesta din pricina funcționării regulate a organismului. Și după cercetările cele mai noi bacteriologice ale lui *Koch*, *Metchnikoff*, *Bouchard*, *Cornil*, *Babeș* și *Charrin*, bacilul tuberculosei nu se va putea localiza în nici o parte a organismului, pe câtă vreme *fagocitoza*, se îndeplinește regulat și împiedică or ce atac al acestui dușman periculos.

Indată însă ce se produce o slăbire într'o parte ore care a organismului, cum e faptul *locului de mai mică rezistență* determinat la plămâni prin o traumă, imediat această slăbire va reacționa asupra întregului organism. Fagocitiții proprii își vor pierde din puterea lor; fagocitoza nu se va mai îndeplini ca în stare normală. Pe de altă parte, în locul de mai mică rezistență, circulațiunea sanguină și limfatică va fi mai încetă, mai lentă, toate funcțiunile vitale se îndeplinesc mai greu. Înțelegem deci, cu ce mare ușurință microbul lui *Koch* se va opri pe lângă pereții vaselor limfatice, de unde torentul limfatic nu'l va mai putea duce. Cu câtă ușurință deci acest bacil, căruia fagocitiții nu îi mai opun rezistența ca în stare normală, se va așeza, localiza în țesutul pulmonar, în ganglionii și vasele limfatice și în celulele lor endoteliale, e lesne de priceput. Și apoi dacă mai adăugăm pe lângă acesta, că va întâlni acolo un mediu perfect pentru *cultura lui* în serul sângelui provenit de la emoptisii, atunci vom înțelege ușor mecanismul colonisării sale

în partea aparatului respirator, ce a fost traumatizat; căci cum a arătat încă de mult Koch, serul sângelui e cel mai bun mediu pentru cultura bacilului tuberculos. Și toate aceste fenomene se vor putea săvârși cu atâta mai ușor, cu cât știm că bacilul e anaerob, că poate trăi în totă liniștea și libertatea în vasele limfatice, unde oxigenul nu-l poate atinge câtuși de puțin, ca unul ce nu există în acele vase. Și apoi unde mai punem faptul, că fagocitiții pe lingă că au pierdut din puterea lor, apoi nici că pot rezista de loc toxinelor bacilului lui Koch, mai ales când acestea au început deja să invadeze torentul limfatic și celulele endoteliale ale vaselor limfatice.

Și după această localizare a microbului, lesne vor începe apoi totă seria de fenomene ce vor duce la formarea celulelor gigante, a zonelor de celule migratrice, embrionare din jurul lor; cu un cuvânt la totă formațiunea foliculului tuberculos, caracteristic prin examenul microscopic, or ce s'a țin și se țin încă pentru a contesta specificitatea lui, proprie tuberculoșei.

Acăsta mi se pare cea mai bună și mai rațională explicație ce se poate da asupra patogeniei tuberculoșei în urma traumelor ce se întâmplă pe sau în interiorul cavității toracice. Și acum, că cunoștem această explicație, vom putea ușor să lămurim cum se produce procesul tuberculos la artrite, coxite, abcese tuberculoșe. Vom înțelege ușor tot mecanismul ivirei tuberculozelor locale, odată ce cunoștem cum se petrec lucrurile în tuberculosa pulmonară de origină traumatică.

Să luăm de pildă un traumatism ce activează asupra testiculelor. Testiculul va fi slăbit în funcțiunea lui, se va produce o schimbare în părțile lui constituante, nu va mai funcționa ca în stare normală, sângele de acolo pe o întindere dată, nu se va mai preschimba și nu va circula cu aceeași viteză, ca în cele-alte părți ale corpului; o preschimbare întregă se va produce în vasele limfatice și în limfa ce conțin, aceste vase; cu un cuvânt cum se exprimă *P. Reclus* „traumatismul „nu produce tuberculisatiunea acestui organ, după cum nici impresiunea frigului nu aduce o erupțiune miliară în plămâni; dar lovitura „asupra glandei spermatică determină o orchită, după cum răceala va „fi urmată de o bronchită. Or dacă terenul se pretéază, în loc de o „inflamațiune, se va desvolta o tuberculoșă locală, și în ceia ce ne „privește vom spune că tuberculul își va datori existența nu loviturilor, dar inflamațiunei consecutive loviturilor. Ni se pare sigur, că „terenul devine favorabil fie prin diatesă, fie prin cauzele locale de „excitațiune și de slăbirea ce lucrăză asupra testiculului“.

Să adăugim apoi că, ca rezultat al acestei slăbiri, fagocitoza nu se va mai îndeplini cu aceeași putere și în aceeași măsură în organul

ca în cele alte părți ale corpului; să mai adăugim apoi că circulațiunea limfatică fiind retardată în locul lezat, microbii cu ușurință se pot anina de pereții vaselor, și vom înțelege ușor după toate acestea, și după cele spuse mai înainte ca bacilul lui *Koch*, fie că era de mai înainte în vasele limfatice sau ganglionii, fie că a fost introdus după aceea prin absorpțiune sau respirațiune, se va putea localiza și va începe procesul său de destrucțiune în organul lezat prin traumă. După exemplul adus aici și explicarea lui, se poate de asemenea explica că și la articulația genunchiului, a femurului, umerului, că și la cõste ca și în or ce parte a organismului nostru, lucrurile se vor petrece cu exactitate în acelaș mod cum le-am descris mai sus. Așa că, rămâne bine stabilit din cele spuse până acuma, că tuberculoza poate naște cu multă ușurință în urma unei traume, odată ce am vădut mecanismul complex dar și simplu cum se va întâmpla acest proces atât de nefast pentru cei cari îi va atinge.“

Domnilor,

Pentru a termina, ar trebui să discutăm și cestiunea modului după care trebuiesc făcute operațiunile pe tuberculoși.

Lucrul acesta însă va fi în detaliu studiat când va fi vorba de tuberculoza fie-cărui sistem în parte. Totuși, cestiunea fiind deja discutată ca una din cele mai importante în congresul de chirurgie din Paris 1890, vom căuta să resumăm privirile generale ce le cred în raport cu subiectul nostru.

Toți autorii sunt de acord că, or unde și aprõpe în or ce organ se va descoperi localizarea tuberculozei, putem cu cea mai mare speranță de reușită, să ridicăm acest focar prin mijlocele chirurgicale.

Astăzi există o deosebire enormă între conduita ce avem cu tuberculoza, și aceia pe care predecesorii nostri o aveau acum 15 sau 20 de ani.

Știți în adevăr, că în acea epocă intervențiunile dacă nu erau absolut interzise, erau însă foarte parcimonioase. Tuberculoșii purtau cu o resignațiune de necreșut o viață întrægă, supurațiuni osõse și fistule multiple, fără ca nici dênșii, nici medicii să se gândescă la suprimarea unei asemenea stări mizerabile.

Põte însă că aveau dreptate, și tocmai acesta probeză spiritul pătrunzător și profitul ce medicii vechi știau să tragă din experiențe și faptele clinice.

Dênșii, observând că tuberculoșii indată ce se operau, fie pentru

o fistulă, o leziune ososă, sau pentru or ce alt scop, în loc de a căpăta vre un beneficiu, din contra, starea lor generală se agrava aducându-le chiar morțe; observând că omenii tuberculoși, ba unii pôte abia suspecti, în urma celei mai inocente operațiuni ca de exemplu o fistulă anală, erau de odată coprinși de o tuberculosă generalisată și cu o formă galopantă; observând în fine că pericolele ce riscau tuberculoși erau cu totul disproporționale în raport cu folósele ce aprópe fără excepție erau negative, conchiseră că tuberculoși nu trebuiesc operați, ci mai bine să fie lăsați în voia întâmplărei și in brațele sórtei lor nenorocite.

Credința lor nu era că intervențiunea chirurgicală e cauza desastrelor, ci suprimarea sau distrugerea focarelor de supurație. Așa, un tuberculos nu muria din cauză că se opera de o fistulă anală de exemplu, dar din cauza pôte chiar a reușirei operației! din cauză că fistula închizându-se, puroiul din organism, materia pecantă din economie, nu avea pe unde să iasă, și atunci remâind în sânul organelor, lua o dezvoltare mare și de aci distrugerea vieței.

Plecați de la aceste idei, dênșii declarară că supurațiunile la ftisici erau ca o *supapă de siguranță, ca un exculatoriu, ca un ce indispensabil existenței lor*; și prin urmare sub nici un cuvânt ele nu trebuiesc atinse, cu atât mai mult distruse, căci fără ele ftisici nu pot trăi! Și aceste credințe erau așa de înrădăcinate, în cât medicii căutau chiar prin diferite excitante locale sau generale să irite și să congestioneze anusul, spre a provoca formațiunea emoroizilor sau fistulelor, deschizând astfel o pörtă artificială prin care natura să 'și pótă da afară materia otrăvitóre ce conține. Și când nu reușiau aci, atunci recurgeau la stabilirea de fistule în alte regiuni ale corpului, de unde eșiră cunoscutele *fântânele*.

Astăzi însă, chirurgia modernă a trecut peste tóte aceste considerații, căci cu o îndrăsnélă, cu un curagiu și pot dice chiar cu vrăsmășie atacă, ridică și distruge focarele tuberculóse, fără cu tóte acestea să fie în detrimentul bolnavilor ci spre marele lor folos; căci în loc ca starea lor să se agraveze ca înainte, acum din contră se amelioréză; forțele prosperă, și fără a mai vorbi de vindecarea sigură și repede a operațiunei, dar chiar starea generală ia o așa de mare schimbare în bine, în cât unii din tuberculoși s'ar putea considera definitiv vindecați.

Și cu tóte acestea, operațiunile de azi nici că se pot compara cu cele din vechime.

Astăzi numai e cestiunea de deschiderea abceselor reci, a gomeilor, și a fistulelor; astăzi nu ne oprim numai în răzuirea, abraziunea,

rezecția și decorticarea articulațiilor și óselor copleșite de tuberculosă; astăzi curagiul chirurgului a mers mult mai departe; căci azi nu se mulțumește numai cu ridicarea unui testicul, ci deschide peritoneul spre a-l evacua de puroi și sau fungosități; astăzi se deschide bășica udului iarăși pentru a răzui materia tuberculosă; astăzi se scóte cu totul un rinichi tuberculos; astăzi în fine, mergem până în substanța plămânului ridicând și curățind o cavernă etc. etc. etc., și totuși ce frumoase succese, pe când înainte ce desastre colosale numai din pricina unei operațiuni de fistulă anală!

Ce probază toate acestea? Nimic de cât că ideia sa și credința părinților noștri, cari atribuia și mórtea tuberculoșilor la suprimarea supurației, nu este adevărată. Ei aveau numai o singură dreptate, aceea deja spusă și anume că: or de câte ori opera un tuberculos acesta mai adesea muria. Dar tocmai acest lucru, adică intervenția, constituie secretul vindecărilor actuale, căci astăzi grație mijloacelor de anestezie și antisepsie perfectă de care dispunem, operațiunile din periculoase ce erau au devenit o adevărată bine facere pentru bolnav. Decă, în timpurile vechi, nu suprimarea unei fistule aducea mórtea tuberculosului, ci operațiunea prin ea însăși care se făcea în cele mai rele condițiuni, antisepsia fiind pe atunci necunoscută.

Dr. Daniel Mollière chirurg de la hétel-Dieu din Lyon a sprijinit, la congresul de chirurgie din Paris din 1890, această idee, din ale căru observațiuni tragem conclusiunea următoare:

Că ftisicii pot tot așa de bine să supórté or ce operațiune ca și or care alt om sântos, cu condiție însă de a ridica totă partea bolnavă; de a ne înconjura de cele mai puternice precauțiuni antisepice și de a preserva pe bolnavi de febra traumatică.

Și étă două esemple fórte demonstrative luate din acest autor:

Un om de 35 ani posedă o tumoră albă a genunchiului cu supurația încheeturei, fuzee purulente în lungul cóspei, caverne pulmonare și ulcerăția tuberculosă a buzei.

Se face amputația cóspei la treimea superióră, și printr'un simplu pansament se obține reunirea imediată perfectă.

Acest ftisic, deși se găsia în ultima fază a bólei sale, nu numai că s'a vindecat local în cel mai scurt timp posibil, dar după câte-va săptămâni, starea sea generală se ameliorase într'un mod considerabil. Și acesta numai pentru cuvântul că grație antisepsiei, bolnavul n'a prezentat nici cea mai mică umbră de febră traumatică.

Nu s'a petrecut însă lucrul tot ast-fel la un alt cas, unde s'a ridicat un testicul cazeos la un om încă ténér și de o aparență fórte robustă și la care nimic nu făcea să se bănuiască existența unei tuber-

culose toracice. Ei bine aci, mijlocele de antisepsie nefiind aplicate în totă vigórea lor, bolnavul capătă un erisipel, iar temperatura se ridică la 40° și 41°. Când pacientul părea că intră în convalescență, inceptu să tușiască, să aibă spute purulente, să fie coprins de sudorî nocturne profuse, și după o lună sé móră de ftisie galopantă.

Dar aceste fapte destul de conchizátore și carî vorbesc de sine, noi le-am vëzut deja când am vorbit despre acțiunea microbilor în procesele gangrenóse. Acolo am arătat în adevër că pe un diatesic, inoculația celui mai inofensiv microb e în stare să producă fenomenele cele mai înspăimântátore. Și ce alt este un tuberculos de cât un diatesic la care, din lipsa antisepsiei, inoculându-i-se un noú microb, acesta servă ca o scântee la un car de pae, căci dënsul aprinđënd organismul impregnat de bacilî, rezistența e fórte mică și de aceea focul ia proporțiunî mari, iar individul se arde și se perde în mod repede, în mod galopant.

Dar nu e numai ftisicul care póte muri în asemenea condițiunî ci și alcoolicul, și paludicul și nefreticul și albuminuricul și cardiacul și toți acei cu organele splachnice bolnave, carî în urma unei invasiunî de microbî cad repede, căci abia puteau lupta cu ceia ce deja aveau. Și acésta socotesc că e adevëratul mecanism al morței subite la alcoolici ce în curând avem să studiem; și póte chiar șocul nu e alt ceva de cât intervenirea acestei asociațiunî saú alianțe microbiene despre carî deja am vorbit în lecțiunile precedente.

C H E S T I O N A R

Tuberculosis. Definiție. Considerațiunî generale.

Istoricul. Lépine. Tessier. Perroud din Lyon, relativ la desvoltarea tuberculozei în urma traumatismului.

Mecanismul prin care traumatismul provócă desvoltarea tuberculozei.

Tesa lui Miron Sigalea din Iași.

Esemplu cu ftisia pulmonară.

Esemplu cu testiculul tuberculos.

Opiniunea lui Reclus.

Modul cum trebuiesc făcute operațiile pe tuberculoși.

Starea actuală a chestiunii în raport cu cea veche.

Principiul vechilor autori. Lipsă de ori ce intervențiune. Causele acestei abstinence totale.

Supapa de siguranță sau exutoriul tuberculoșilor. Consecințe.

Starea actuală. Concluziuni.

Nefundarea vechei credințe și cauzele sale.

Opinia lui Molière. Principiul modern. Fapte clinice.

Mecanismul succeselor și nesucceselor unei operații pe un tuberculos chiar cachectic fiind.

Intervențiunea unui nou microb în cas de traumatism. Consecințe. Analogia cu cele-alte diateze sau stări constituționale. Mărtea repede și șocul traumatic.

DESPRE BOALELE CONSTITUȚIONALE

Lecția XIX.

Domnilor,

Sifilisul, alcoolismul și paludismul fiind cele mai răspândite stări morbide la noi, vom căuta să le studiem mai în detaliu atât pe ele cât și raporturile reciproce ce au cu traumatismele.

I. **Sifilisul.** Cu totă confuziunea ce la început domina asupra acestei bôle, totuși autorii încă din secolul al XV ca Amatus Lusitanus în 1550 și mai târziu Astruc 1742, credea că sifilisul are o influență vătămătoare asupra evoluției plăgilor. În timpurile noastre această chestiune s'a discutat din nou. O parte din autorii ca Fournier, Caze-nave, autorii compendiului și Jobert de Lamballe, susțin opiniunea vechie; pe când alții autorii ca Lagneau și mai ales Ricord, negă cu desăvârșire or-ce acțiune vătămătoare a sifilisului asupra reparațiunii plăgilor. Cu toate acestea Huguier, Bassereau și Racle (1850—57) cu probe palpabile au demonstrat influența sifilisului asupra afecțiunilor chirurgicale, așa că astăzi mai ales prin demonstrațiunile prof. Ver-neuil, lucru este cu desăvârșire stabilit și în afară de or-ce dubiu.

Dar deja o mulțime de alții autorii au afirmat acest fapt în mod categoric. Ast-fel:

Hunter dice că pe un sifilitic or-ce plagă poate să devie un ulcer veneric.

În Bazin găsim observații de erupțiuni papuloase de natură evident sifilitică situate pe cefă și care sunt atribuite de bolnav la frecarea gulerului cămășei sau a hainei. De sigur, adaoga acest autor, frecarea cu totul mecanică a unui guler, nu poate să dea naștere unui sifilis; dar poate să favorizeze pe un punct determinat al corpului, aparițiunea unei erupțiuni specifice.

Clipet în tesa sea (1867) afirmă că adesea aușia pe Michon în-

trebând pe bolnavi dacă au avut sifilis, or de câte ori vedea că o plagă ia un aspect urât.

Autorii compendiului se pronunță foarte clar când dic: Existența or căruși viciu ca scorbutic or *veneric* pôte să întârșie sau chiar să împedice travaliul de cicatrizare, iar plaga să degenereze în ulcer luând aspectul ce caracteriză aceste diferite feluri de cachexii.

În fine, Nelaton susține că sifilisul se opune la consolidățiunea fracturilor când densusul a produs o alterățiune a osului în punctul fracturat.

Autorii însă cari s'au ocupat mai în special de influența reciprocă a traumatismului și a sifilisului, exceptând pe Verneuil, sunt: Lucien Petit, în tesa sea 1875; Dusterhoff, 1878 și Folinea în Italia 1879.

Sifilisul, acestă bôlă lungă și indefinită, acestă bôlă ale cărei leziuni persistă chiar mai mult ca viața omului, este foarte insidiôsă. Căci dacă câte o dată apare în tótă splendôrea sea, de multe ori e înșelățore, făcând să nu i se dea nici o importanță. Densa pôte să dispară în timp de 2—3 ani când individul se crede foarte sănățos, și iarășî reapare une-ori în mod furios. Decî, în momentul când intervine un traumatism, sifilisul va influența sau va fi influențat după cum densusul va fi *recent* sau *vechi*, *patent* sau *latent*.

Leziunea caracteristică a sifilisului, zice Verneuil, este că procesul său patologic sémănă foarte mult cu acela al scrofulei cu tótă deosebirea naturei lor. În adevăr, și aci găsim aceiași proliferațione, aceleași neoplasii conjunctive abondente dar inutile, de prisos, și chiar vățământore, din cauză că acest țesut nou sufocă țesuturile vechi înlocuindu-le în cele din urmă prin producățiunii fibrôse și cicatriciale. Constatăm aceleași tendințe către ulcerățiunii rebele cu reparaățiunii amânate la indefinit; constatăm aceiași tendință de a se fixa pe aceleași sisteme: tegumentul intern sau extern, sistemul osos, sistemul limfatic etc.; că în fine, în ultimele lor periode sau în formele grave, densele nasc produse întru cât-va speciale și foarte vecine; tuberculul pentru una (scrofula) și goma pentru cea altă (sifilisul). Singura deosebire ar fi că manifestaățiunile sifilitice ar avea tendințe de a ceda mai ușor ca cele scrofulose, fie în mod spontanat fie în urma unei terapeutice.

Aceste cunoștințe, continuă Verneuil, ne permite de a înțelege ce se petrece câte o dată în focarul traumatic. În cas de fractură, vom avea o întârșiere sau o lipsă completă de consolidare; reparaățiunea se va mărgini în producerea unui cal fibros ce nu va permite să fie copleșit de osificațione. În urma unei simple contusiunii osose, neoplasia sifilitică va apare, proliferaățiunea exagerată de celule conjunctive nu

va întârzia să dea loc la osteite, periostite, exostose, periostose, gome supurate, abcese sub periostice și în fine denudațiuni osose și necrose neterminabile.

O contusie a părților moi va fi urmată de flegmone indolente, cu mers cronic, cu o supurație lăngedă, lăsând după dênsele fistule, supurațiuni sau plăgi ulcerate.

Când contusiunea e forte și circumscrisă, pielea adesea se sfacelază, și după căderea escharei găsim o plagă având toate caracterile unei siflide ulcerose sau unei gome ulcerate.

Plăgile prin instrument tăios adesea nu se reunesc prin prima intenție și ca consecință în succesul autoplastiilor, sau vedem diferite modificațiuni proxime or tardive în mersul cicatrizarii. Ast-fel plaga se poate ulcera sau să ia caracterul serpiginos vindecându-se într'un loc și deschidându-se în altul; ulcerarea câte o dată nu ia nici un aspect specific, dar nu se vindecă; câte o dată în fine păstrează aparența unei plăgi ordinare, dar se eternisează sau se cicatrizează provizoriu pentru a se redeschide cât mai curând.

Epoca în care diateza sifilitică, conchide Verneuil, turbură trivaliul curatif, este nesigură. În adevăr, această turburare câte o dată vine imediat după rănire, alte ori după câte-va zile; iar alte dată în fine, după câte-va săptămâni sau chiar luni întregi. De unde rezultă că adesea vedem o plagă având la început un mers cu totul normal, iar mai pe urmă rămâne staționară până când la sfârșit, îmbracă haina sifilitică.

Dar să vedem mai în detaliu modul cum sifilisul influențează traumatismul în cele trei perioade ale sale, precum și acțiunea traumei asupra acestei diatose.

Mai întâiu sifilisul când se află în prima sea perioadă sub formă de accident primitiv, sau chiar în primele luni ale existenței sale, pare a fi indiferent, căci nu s'a vădut încă până acum în mod evident ca o leziune traumatică să sufere vre-o influență rea din partea șancărului. Este adevărat că unii autori au adus observații în care o plagă făcută departe de sediul unui șancăr infectant, ar fi luat un caracter sifilitic, dar acesta ar fi rezultat după alții, sau dintr'o continuațiune directă, sau că această transformațiune trebuie considerată ca o manifestațiune secundară precoce.

O altă chestiune este: dacă ridicăm un șancăr sau făcând ablațiunea unui prepuț coplesit de un șancăr, plaga ce va resulta evoluază dênse ca o plagă simplă și deci se va putea reuni prin prima intenție?

După Dusterhoff și Folinea, lucrul e posibil publicând chiar mai multe exemple. Alții însă cred contrariul și ca probă este că șancărul

o dată ridicat plaga e cuprinsă de indurațiunea sifilitică specifică. Acésta însă după Dusterhoff ar resulta în mod indirect și anume prin existența de comunicațiunii între limfaticele plăgei și acelea ale indurațiunei.

Am vădut un singur cas în serviciul d-lui dr. Assaky care făcând eradicatiia unui șancăr, plaga de și cusută, reunirea prin prima intenție nu s'a obținut; iar plaga e devenit sifilitică.

Din parte-mi am făcut și eu eradicatiia unui șancăr sifilitic la 6 Noembrie 1891 asupra individului Petre Olteanu unde însă, de și am luat toate precauțiunile antiseptice și am ridicat întregul ulcer, depărtându-mă cât de mult de marginile sale și închidând plaga prin 8 puncte de sutură cu cat gut, totuși n'am putut obține reunirea prin prima intenție, căci plaga s'a inoculat și vindecarea s'a făcut prin a doua intenție și tocmai după o lună de zile.

În teza de doctorat a d-lui Jacobson ¹⁾ se poate vedea mai multe casuri de plăgi, rezultate din excisia șancărului și unde, în unele casuri, s'a putut obține reunirea per primam, iar în altele plăgile s'au însoțit de supurațiunii foarte abundente.

Pentru noi lucrul stă ast-fel: nu mai încapă îndoială că dacă șancărul nu s'a excisat în totalitatea lui, buzele plăgei vor fi contaminate și de aci lipsă de reunire imediată. Dar aceiași nereunire o putem constata și în cazul când am determinat o plagă întinsă mergând foarte departe de limita ulcerului. Ei bine, în acest cas ne mai putându-se învoa impregnarea buzilor soluției de continuitate de virusul șancărului, am fi autorizați a admite că șancărul poate să influențeze în rău și chiar dincolo de teritoriul său plăgile operatorii. Cu toate că după câte vedurăm lucrul se petrece ast-fel, totuși însă nu putem trage o concluzie definitivă, de óre-ce știut este că plăgile prepuțiale chiar când nu e vorba de șancăr, încă nu tot-d'a-una se reunesc prin prima intenție. Proba e că operațiunea fimozelor simple și chiar congenitale, de multe ori nu ne dă o reunire imediată, și cu toate acestea șancăr nu există sau n'a existat nici o dată. Socotesc deci că lipsa de reunire se datorește mai mult unei lipse de antisepsie—care în această regiune nu e ușor de obținut—de cât acțiunei șancărului. În adevăr, fața internă a prepuțului, și mai ales șghiabul glando-prepuțial fiind un loc ascuns al microbilor, trebuie să uzăm de o antisepsie energetică pentru a distruge aceste cuiburi de microbi—ceia-ce tocmai nu se

¹⁾ Considerațiunii asupra excisiunii șancărului îndurat ca mijloc preventiv al infecțiunei sifilitice. Teză pentru doctorat în medicină și chirurgie, de I. Iacobson, anul 1891, București.

prea observă — căci mai tot-d'a-una ne mărginim într'o spălătură în momentul operației și iată tot, ceia ce nu e de loc suficient, căci de sigur, mulți microbi scapă neatinși, și ei sunt cari apoi compromit reunirea plăgei. Să mai adăogăm apoi că după operație, iarăși ne este foarte greu a aplica un bun pansament antiseptic și oclusiv ca pe cele alte regiuni, și ast-fel avem atâtea cauze cari vin contra unei reuniri a plăgilor prepuțiale pe când pentru reunire numărul lor e cu totul infim.

Conchidem dar că în mod sigur, o plagă făcută în ulcerul sifilitic nu se reunește; iar cât pentru plăgile făcute la distanță, influența rea a șancărului nu e de loc probată, ba încă noi susținem că e cu totul zero, mai ales în regiuni foarte depărtate de șancăr, ca pe braț, cõpse etc.

În *perioada secundară*, adică atunci când sifilisul a impregnat întru cât-va în mod mai intim iconomia, influența sea asupra leziunelor traumatiche e mai pronunțată.

Unii, între cari și Cornil, au făcut și aci o deosebire susținând că daca accidentele secundare sunt limitate numai în gură ca de exemplu plăci mucõse pe amigdale, putem ridica aceste organe fără nici o témă. Fournier însă țice că în asemenea casuri operațiunea se însoțește de emorații și inflamații foarte violente.

Nu este însă tot ast-fel cu sifilidele cutanate cari pot să apară în urma celei mai ușõre traume, sau să influențeze pe acesta din urmă în modul cel mai defavorabil.

Adesea în urma unei mușcături de purice sau de țanțar o papulă sifilitică põte să apară. S'a citat chiar casuri de aparițiunea sifilidelor în sghiabul format de *acarus scabiei* sau în urma unor simple scãrpinături.

Acosta ne explică vechia practicã a autorilor care pentru a se convinge că un om este sau nu sifilitic, i se recomanda să facă o baie mai forte de puciosă. În cazul când individul avea germenul sifilitic în el, de o dată corpul se acoperea de plăci; iar în cazul contrariu nu se observa nimic. După cum vedem, ideia e logică căci ne arată deșteptarea diatesei prin acțiunea iritantă ce sulful exercită asupra pielii, întocmai daca nu chiar mai mult ca un traumatism.

Este adevărat că în casuri de plăgi profunde ca amputațiuni, reunirea se põte obține cu cea mai mare înlesnire; câte o dată însă bontul se põte ulcera luând un caracter specific ca în următõrea observație a lui Gross din Nancy, care formeză un exemplu frumos de acțiune bilaterală și reciprocă.

„Dr. Gross face amputațiunea gambei la partea de mijloc la o față de 27 ani pentru un picior valg congenital. Totul se petrece bine,

dar temperatura crește în fie-care zi. Mare fu surprisa mea, țice Gross, când după 5 zile, luând pulsul bolnavei, descoper o exantemă cu toate caracterele unei siflide palpuloase. Papule mari de o culoare roșie închisă caracteristică acopere mânele și antebrațele, ele sunt mai discrete pe trunchi și pe față; pe frunte și în jurul nasului se ved căți-va butoni rari. Avea ganglionii inguinali și la cefă. De alt-fel bolnava mărturisește că cu 2 ani înainte fusese bolnavă și tratată în spital. Imediat se începe a i se face injecțiuni ipodermice cu sublimat și în acea zi chiar temperatura cade la 37°. În zilele următoare exantemele cresc mereu când după 10 zile ajung la maximum acoperind tot corpul. Desfăcând pansamentul nu se constată nimic din partea bontului. Mai târziu însă, se observă pe limita externă a plăgei două eșanceruri în semi-lună cari indică în mod manifest un început de ulceratiune. Acastă ulceratiune copleșește totă jumătatea externă a circumferenței plăgei și progresază prin mici segmente circulare de o perfectă regularitate. După o lună, lizereul cicatricial a dispărut pretutindenii și întregul bont s'a transformat într'un vast ulcer sifilitic cu mărginele mâncate și festonate. În fine, grație tratamentului anti-sifilitic bolnava s'a vindecat tocmai după șase luni".

Resumatul acestei observațiuni este: Traumatismul operator determină repede aparițiunea diatesei (a III-a zi) care la rândul său influențază plaga începându-și acțiunea a 19-a zi, și împedându-i travaliul de reparațiune timp de 6 luni.

Iată acum un alt cas mai insidios, prin acésta că diatesa sifilitică a rămas mult timp ascunsă mărginindu-se numai în a împedea travaliul reparator al plăgei, fără să-și manifeste prezența prin nici un indiciu, ci tocmai mai târziu când în focarul traumatic s'a produs o iritație și o inflamație vie, atunci diatesa a apărut în mai multe puncte ale corpului și în mod cu totul neîndoios.

Observația e luată din un jurnal englezesc publicată de dr. Barnes din Liverpool.

„Un om de 30 ani intră în spital suferind de o fractură indirectă a gambei. După ce fractura fu redusă și membrul așezat într'un aparat, bolnavul părea că merge foarte bine. La 24 Aprilie nu se constată nici o urmă de consolidatie și nimic nu putea explica lucrul, de ore-ce pacientul se bucura de o constituție foarte bună și nici o dată nu fusese bolnav. Se reaplică un alt aparat care se ridică la 10 Iunie, când fractura se găsește în aceiași stare de neconsolidare absolută.

Atunci se hotărăște a se întrebuița metoda lui Dieffenbach pentru a provoca iritația fragmentelor și se și introduce două cue ascuțite în focarul fracturei. La 29 Iulie se ridică punctele, se găsește o sensibilitate foarte mare a fragmentului superior și o cantitate con-

siderabilă de puroi. La 12 August, adică după 2 luni, și când inflamația era intensă, bolnavul se plânge de durere în ochi și noptea e coprins de o febră mare cu delir. La 13 se constată o irită sifilitică a ochiului stâng și o erupțiune exantematósă pe față și tot corpul, care nu lasă nici o îndoială că e de natură sifilitică, ceia ce s'a adevărit prin tratament care a adus vindecarea atât a sifilidelor cât și a fracturei, a cărei consolidățiune s'a obținut în mod definitiv tocmai la 8 Septembrie.

In perióda terțiară influențele reciproce ale sifilisului și traumatismelor sunt foarte variate. Câte o dată diatesa rămâne latentă, sau cel mult nu se manifestă de cât printr'un număr foarte mic de mici leziuni neînsemnate. Alte dăți focarul traumatic devine sediul de dezvoltare al gomelor și periostosele în virtutea principiului de *locus minoris resistentiae*. Alte dăți în fine, traumatismul poate fi punctul de plecare de gome viscerale putând pune viața bolnavului în pericol.

Iată câte-va exemple date de Verneuil:

„Un om de 40 de ani suferia de mai mult timp de un ușor retrecisment anorectal pentru care a fost tratat de mai mulți medici prin dilatație și incisiuni interne. În 4 Mai 1872 a intrat la Lariboisière în starea următoare: Anus sănătos, lipsă de emoroide sau fisuri, sfincterul contracturat, existența unei valvule pe părțile posterior al rectului, valvula are grosime de 1 cm. rezistentă dar neindurată și acoperită de mucósa rectală sănătósă. Bolnavul are diaree continuă, muco-purulentă, slăbiciune, pierderea forțelor, dispepsie, tenesme după fie-care micțiune, descuragiare profundă. După 2 luni de tratament infructuos prin dilatație progresivă și iodur, brida persistă cu un cortegiū de fenomene alarmante. Verneuil practică rectotomia lineară. Ameliorarea se obține imediat. A opta și a avut o cistită dar care a dispărut repede. După 3 săptămâni însă bolnavul ese complet vindecat ne având de cât o foarte ușoră fisură“.

Dar această vindecare nu a fost de cât pasageră, de ore-ce după un scurt timp aceleași fenomene revin, însoțindu-se de retrecisment recidivat. În 1875, prin urmare după 3 ani, bolnavul se prezintă prof. Verneuil care constată o erupțiune pustulósă pe gambă de natură sifilitică și în plus acea strictură devenise sediul unui sifilom anorectal din cele mai tipice. Tratamentul mixt aduse o amelorațiune manifestă prin disparițiunea erupțiunii și ramolirea sifilomului“.

Un alt exemplu: O femeie de 25 de ani, intră la 1 August la Lariboisière pentru o tumoră situată la partea superióră și internă a cõpsei drepte, care s'a descoperit a fi un chist idatic ce se și deschise după 15 zile prin pastă de Viena. După o lună bolnava ese vindecată.

După 3 ani bolnava revine la spital crezând că are o recidivă a tumorii. Densa prezintă o tumoră sașă mai bine deșă o indurație difusă, rēu circumscrișă, de mărimea unui pumn, fără aderențe cu osul dar părănd că anglobeză muschi, și o largă placă de piele ce era grōșă, aderentă, de o culōre violacee sașă albastră în întindere de 7 c m.

Acēșă tumoră așezată just pe vechia cicatrice, avea o ulceratie cu marginele tăiate à pic, cu fundul cenușiu din care se scurgea un puroiu seros de rea natură și în mare abondență. Acēșă tumoră s'ar fi putut impune drept un cancer sașă or-ce alt neoplasm. Verneuil însă, cu tōtă negațieuna bolnavei de a fi avut vre o dată or-ce manifestație sifilitică, totuși, declară că e vorba de o indurație sifilitică terțiară, de un sifilism al vechii cicatrițe. Și în adevăr, în mai puțin de 15 zile, în urma unui tratament mixt, tumora scădușe pe jumătate; iar după o lună dispăruse cu totul.

Iată în fine un al III-lea cas de sifilom traumatic pe care Verneuil îl dă ca unul din cele mai clare și mai instructive.

„O femeie de 25 ani, de o constituție escelentă, cade în 15 Ianuarie 1879 determinându'și o contuzie fōrte circumscrișă și umflare superficială a pielei, fără cea mai mică gravitate, pe fața internă a gambei drepte. Totul a dispărut de sine în timp de câte-va zile. Pe la 8 Febr. bolnava începe să simtă o durere vagă în locul rānit și un sentiment de greutate în membru. Către finele lui Februarie, o indurație durerōșă la pipăit se dezvoltă în locul contusionat; durerile devin mari în timpul nopței, așa că'i turbură somnul; iar ziua bolnava merge șchiopând“.

În acēșă stare se prezintă prof. Verneuil la 3 Martie care nu'și putu explica felul leziunii când, privind mai cu atenție bolnava, recunoște într'însa o vechie clientă de spital care cu un an înainte venise regulat pentru a lua iodur contra unor sifilide ale feței și nasului. Se prescrișe deci un tratament apropiat și totul dispăru după 3 săptămāni.

Dar daca în majoritatea casurilor, accidentele terțiare de natură sifilitică provocate de traumă sunt susceptibile de a se vindeca, nu este însă mai puțin adevărat că une-orī aceste sifilome în loc de a apărea în locul ocupat de traumă, se dezvoltă la distanță în organe splacnice, și acolo pot da naștere la accidente funeste ba încă chiar mortale.

De aceia când e vorba de a întreprinde o operație, trebuie să fim fōrte scrupuloși în examinarea bolnavului și să nu ne influențăm cătuși de puțin de pozițieuna sea socială și de asigurările imposibili-

tăței acestei diatese. La cea mai mică bănuială să fim circumspecți, căci alt-fel putem avea surprise desagreabile cari nu pot de cât să ne compromită.

Iată unul din casurile cele mai mișcătoare întemplat chiar eruditului prof. Verneuil dar care, pentru instrucțiunea noastră, în loc de a' ascunde—precum cei mai mulți facem în mod copilăresc și nedemn—din contra, îl dă publicității pentru a folosi celor alți medici.

Este vorba de o dómná de 41 ani, care încă de mult suferia de un onixis al policelui drept. Cu tótá insistența lui Verneuil de a descoperi o diatesă sifilitică nu reusește, dar nici nu examinéază bolnava pe corp. Totuși densusul îi face o operație ușorá, iar nu amputația degetului precum doria bolnava; îi face, ȓic, o cauterisare cu Paquelin destul de profundá la 7 Februarie 1879. Chiar în prima nópte bolnava n'a avut somn. Dupé 6 ȓile apar 4 tumorí cari nu erau de cât gome: doué pe mamela stângá, una în axilá și alta pe epigastru. Cu acéstá ocasiune bolnava declará cá mai are una în dreptul lombelor deja de 2 luni.

Dupé 3 ȓile apare o cefalee frontalá fórte vie la stánga, împedcând somnul. Verneuil făcând ancheta mai seriósá, constată cá e în fața unui sifilis inveterat. Prescrie un tratament, dar în van căci bóla progreséază repede: o gomá cerebralá se desvoltá într'un mod furios, care dupé ce determiná o paralisie și afasie completá, la 25 Martie ridicá viața bolnavei.

De sigur, cazul acesta ne arată cá nu trebuie să dăm cređémént vorbelor bolnavilor, ci examinându'í cu mai multá atențiune, chiar daca suntem în bănuialá, să ne abținem de la or-ce intervențiune, și trecénd peste or-ce considerații, să instituim mai întâi un tratament specific daca voim să evitám surprise displácute. Și mai ales acéstá regulá o vom avea în vedere pentru persónele pretinse din înalta societate, căci tocmai ele sunt care ne dau cele mai mari decepțiuni din causá cá la ei sifilisul se găsește în stare latentá fiind ținut în loc prin bunul traiú, iar nu lásat în voia sea, ca la cei sáraci lipsiți de hraná și locuință și unde sifilisul, neavénd unde să se ascundá, se manifestá în afará trádând ast-fel organismul ce'l conține.

CHESTIONAR

Considerațiunile generale asupra sifilisului în raport cu traumatismul. Istoric. Amatus Lusitanus, Astruc, Fournier, Jobert de Lamballe, cari sunt pentru. Lagneau și Ricord, contra.

Starea prezentă. Opinia lui Huguier, Bassereau, Racle și Verneuil.

Autorii ce s'aù ocupat mai în special cu această chestiune: Hunter, Bazin, Clipet, autorii Compendiului, Nelaton, Lucien Petit, Dusterhof și Folinea.

Influența sifilisului în periòda I asupra traumatismului. Analogie între leziunile sifilitice și scrofulóse (Verneuil). Consecințe.

Modificațiunile ce suferă tóte plágile în general din partea sifilisului.

Influența șancărului asupra plágilor. Opinia autorului.

Acțiunea sifilisului în periòda II asupra traumatismelor. Caractere. Diferite exemple clinice.

Modul cum se compórtă sifilisul în periòda III față cu traumatismele. Exemple prin fapte clinice. Conclusiuni.

DESPRE ALCOOLISM ȘI TRAUMATISM

Lecția XX.

Domnilor,

Studiul acesta e mai nou de cât or-care altul și se datorește iarăși prof. Verneuil care are meritul de a fi atras atențiunea chirurgilor asupra acestei chestiuni, făcând'o să intre în cadrul cliniceî.

Pentru înlesnire autorii admit două părți: alcoolismul *acut* și *cronic*.

Beția simplă de sigur nu pôte să aibă nici o influență asupra leziunilor traumatice, de ôre-ce o asemenea stare e accidentală, pasageră și deci organismul nu este atins în substanța sea ca la beția cronică, beția de profesie.

Cu tôte acestea, daca beția simplă este indiferentă pentru mersul ulterior al plăgilor, este însă un factor din cei mai importanți în provocarea diferitelor accidente unele mai grave de cât altele. Și pentru a ne convinge, nu avem de cât să ne gândim cum aprôpe toți ômenii din clasa de jos carî vin în spital cu felurite traumatisme, acestea s'au petrecut în momente de chef, în momente de beție. La anumite zile mari ca: Crăciun, Paște, lăsatul de sec, nunți, botez, etc. ômenii se înveselesc prin vin până se ameteșc și în urmă finesc prin bătăi, ce adesea degenerază până la lovituri mortale, fie cu intențiune saũ prin accident.

Ast-fel Villan dice că beția produce jumătate din morțile accidentale; iar Michel Levy, un alt autor, a găsit că din 46,000 de morți accidentale constatate în Franța în timp de 7 ani (1835—1841) 1622 au fost atribuite beției.

De curiositate am ținut și eu socotélă de accidentele de beție prezentate în serviciul meũ, cu începere de la 4 Octombrie 1891 până în present 4 Septembrie 1892. Și în acest interval de 11 luni, statistica mi-a dat că din 143 plăgi, 100 au fost determinate prin accidente de beție, ceia ce dă o proporție de 70 %.

De sigur că numărul ar fi fost și mai mare dacă lucrurile ar fi fost mărturisite cu sinceritate. Căci după cum ați văzut, imediat ce bolnavii sunt întrebați dacă accidentul a provenit din beție sau nu, majoritatea din ei negă, temându-se ca nu cum-va acesta să se afle de justiție, căci atunci judecata n'ar fi aspră, după credința lor, fiind vorba de circumstanțe atenuante!

La finele lecțiunei voi descri în scurt într'un tablou toate aceste accidente, precum și motivul care le-a produs, motiv mai tot-d'a-una de foarte puțină însemnătate.

Ar fi de dorit ca niște asemenea statistice să se ție în fie-care serviciu, putând servi poate mai târziu, la luarea ore-căror măsură.

În beție avem trei perioade bine distincte :

Prima perioadă a beției e caracterisată printr'o simplă și ușoră excitațiune nervoasă, când individul devine mai vesel, mai loquace, mai istet, mai curtezan, mai îndatoritor și mai politicos în special cu da-mele etc. ! Aici accidentele lipsesc în majoritatea casurilor.

În *a doua perioadă*, excitațiunea nervoasă este la apogeul său, însoțindu-se de perversiunea facultăților intelectuale. Funcțiunile cerebrale se manifestă prin toate formele de exagerațiune în gândire și acțiune. În acest moment individul devine foarte lăudăros și caută să desfidă pe or-cine în mod nehibzuit. Ast-fel, unul vrea să facă paradă de forța sea prin luptă, ridicare de greutateți etc. ; altul vrea să și arate talentul și știința în felurite moduri prin sărituri, prin trecerea unei ape în not, prin dare la semn etc. și rezultatul unor asemenea nebunii, adesea este o nenorocire ce închide petrecerea. Căci în această perioadă, facultățile locomotrice suferă aceleași turburări ca și inteligența, așa că dacă be-țivul devine mai temerar în urma excitațiunei cerebrale, devine însă incapabil de a se proteja, în urma turburărilor și desordinelor în apar-atul muscular. În aceste condițiuni, bețivul, chiar ocupațiunile sale ordinare le face cu stângăcie, și de multe ori din lucrurile cele mai fa-miliare ese pentru bețiv un pericol din cele mai mari.

Și lucru curios, omenii ale căror profesiuni îi expun mai lesne la accidente, tocmai aceia sunt cari se îmbată mai des. Ast-fel vedem un vizitiu cădând după capră ; pe un căruțaș călcat în picioarele cailor sau sdrobît de rôtele camionului ce conduce, sau în fine, pe un lucrător la uzină omorât de mașina ce trebuie să pue în mișcare.

Putem face următoarele divisiuni în perioada II din beția acută precum :

a) *Beție feroce, sêlbatică* când individul își perde cu totul rațiunea și simțul de om, și pe care vulgul îl numește *turbat* (omul beat e ca un câine turbat). Acesta de ordinar se observă mai mult la omenii

inculți. Ori cum ar fi însă, omul în această situație comite niște fapte cu adevărat sălbătice: rupe hainele nevastei și ale copiilor, sparge ușile și ferestrele, strică toate mobilele, pune chiar foc întregii case, rămânând într-o clipă cel din urmă sărac. Dă cu orice apucă, asvrile cu cuțitul, cu toporul, e în stare în fine să comită orice omor. S'au vădut bețivi în această stare apucând cu dinții și smulgând testiculele unui adversar, iar alții rupând nasul, urechile sau alte părți ale corpului.

Nu este cred fără interes, dacă voiți reproduce aci câte-va cazuri din tabloul ce voiți da la urmă, survenite în urma acceselor de beție furiasă.

I) *Păuna Tudor* intră în serviciul meu la 25 Noembrie 1891, într-o stare cu totul deseserată având: plagă penetrantă a abdomenului, complicată de ernie intestinală, transformat în anus contra natură. Tot abdomenul era coprins de emfism și infiltrat cu materii fecale și puroi. A stat în spital mai mult ca trei luni, abia putând scăpa cu viață.

Acastă femeie ne-a declarat că bărbatul său îmbătându-se, devenise furios, ca și nebun. Dintr'o mică discuție, pune mâna pe un cuțit și-l înfige în pântecul femeii sale, care născuse un copil de curând (6 săptămâni).

II) *Stavri Marin* de 40 ani, plugar, vine în serviciu cu plagă penetrantă a toracelui în partea dreaptă. Anemia era așa de înaintată în urma emoragiei, încât bolnavul a și murit a doua zi.

Și acesta iarăși a fost lovit cu un cuțit de un flacău, fiind în stare de beție.

III) Un alt caz, ce ne arată până unde poate merge gradul de sălbătăcie a unui bețiv, este următorul.

Maria Apostolescu de 28 ani, fu atacată de cumnatul său, care fiind beat furios a voit să atenteze la pudorea sa. Dînsa resistând, el, a luat un clește pe care roșindu-l în foc, a ars-o mai pe tot corpul, iar cu o vergea de fer o lovia în toate părțile.

La 28 Ianuarie, femeia intră în serviciul meu cu leziunile următoare: Combustiuni de gradul III întinse și multiple pe totă jumătatea inferioară a corpului și anume: pe fața anterioară și internă a cōpselor; pe pubis, pe sghiabul interfesier, pe fesse, pe genunchi și pe gambe. Largi vinețele pe cōpse, abdomen, obraz, torace, brațe etc. Apoi o mulțime de linii sau dungă de arsură pe tot corpul. Flictene pe mâni, Acăsta de sigur va servi ca un exemplu de ferocitatea unui beat.

IV) *Leonida Alexandrescu* vine la 29 Martie 1892 în serviciu cu artera radială tăiată, însoțindu-se de o emoragie colosală și care de

sigur i-ar fi provocat mórtea, dacă nu s'ar fi făcut legătura arterei. Accidentul s'a întâmplat în cârciumă, unde unul din tovarăși luându-se la certă s'a repezit cu un cuțit spre a-l ucide.

V) *Barbu Dumitru* intră în serviciu la 27 Martie 1892 cu urechia stângă pe jumătate perdută. Fiind la cârciumă, a fost apucat cu dinții de un inamic al său, care îmbătându-se și-a răsbunat în acest mod, din cauza unui proces ce avusese și unde fusese condamnat la 10 lei!

VI) *Sultana Ioniță* de 22 ani a suferit mai multe tăeturi cu un cuțit din partea amantului său într'un acces de beție, din cauza geloziei. A intrat în serviciu cu plăgi prin instrument tăetor pe reg. epigastrică, pe mamela dréptă, pe fața posterióră a toracelui și pe sprânceana dréptă.

VII) *Stefan Vasile* de 19 ani discutând cu camaradul său beat, acesta ia un revolver și trăgând, îi produce o plagă prin armă de foc pe fața externă și posterióră a cóspei stângi.

VIII) *Tudor Kiriță* de 35 ani fiind la chef, primește mai multe lovituri cu bricégul din partea unui vecin ce se îmbătase. Mobilul răsbunării a fost că pacientul închisese acestuia o purcică! Leziunea produsă a fost o plagă profundă a părții cartilaginóse și osóse a nasului.

IX) *Anica Gheorghe* 38 ani a fost apucată cu dinții de nas smulgându-i întregul lobul. Agresorul era un amant al ei, care la beție, din cauză că i se îmbolnăvise un cal, și-a răsbunat pe dinsa rupându-i nasul!

X) *Nica Buzică* a fost înjunghiat de un bun prietin al său, dar care fiind beat a dat cu cuțitul producându-i plagă penetrantă a abdomenului, complicată de ernia stomacului și a intestinului gros. După 24 zile a murit de peritonită cronică.

XI) *Bela Riván* de 22 ani a fost împușcată de bărbatul său la beție producându-i o plagă în reg. occipitală stângă.

XII) *Lina Constantin* 20 ani a fost împușcată de un curtezan la beție, din cauză că dinsa vorbea cu un alt flăcău, primind lovitura în spate.

XIII) *Tinca Fornescu* 17 ani a fost lovită cu cuțitul de amantul său la beție, din cauza geloziei, în reg. fesieră dréptă.

XIV) *Nae Bălănescu* 31 ani a fost apucat cu dinții de nas rupându-i întregul lobul, din cauză că fiind beți, cârciumarului i s'a părut (?) că acesta face curte nevastei sale!

XV) *Gheorghe Dumitrescu* 27 ani a fost lovit cu țoporul de un vecin al său în stare de beție, producându-i o plagă a antebrățului stâng, complicată de emoragie și secțiunea tendónelor.

XVI) *Ușa văduva Costache* de 55 ani capătă fractura extr. inf. a radiului stâng, fiind lovită cu un fier de vecinul său, ce era în stare de beție.

Peronne în tesa sea spune că a văzut în serviciul prof. Verneuil în 1868 un individ care avea totă buza superioară ruptă, ridicată cu totul de dinții unui bețiv adversar al său; și ca culme a mizeriei i se transmite și sifilisul, căci după cât-va timp a apărut în locul plăgei un șancăr indurat din cele mai clasice. Alți bețivi devin sălbatici chiar cu ei însăși, astfel se citează cazul unui bețiv care de câte ori se îmbăta încerca să-și rupă scrotul. Unii merg până a se sinucide; statistica a dat a șasea parte de sinucideri actului de beție. Din 4595 sinucideri, Brière a găsit 530 făptuite în momente de beție.

b) *Beție alucinantă* este când bețivii au turburările intelectuale sub formă de *alucinațiune*, ceia ce iarăși poate da loc la accidente; așa s'a văzut bețivi cari crezând că trec prin ușe, au eșit prin ferăstră sfărâmându-și capul de pavagiū.

În fine c) *beție convulsivă* care nu e scutită de pericole și pe care Percy o descrie în modul următor: Bețivul încercă de a mușca pe cei ce-l înconjoară, își înfinge unghiile pretutindenți și se sfășie chiar pe el însuși, dacă are mâinile libere. Dacă din nenorocire se găsește singur, se asvêrle pe ferăstră sau se rănește grav rostogolindu-se pe pavagiū; se lovesce cu capul de ziduri sau de lemnele de la pat, așa că acest autor a văzut chiar indiviđi murind în acest mod.

Dar dacă în toate aceste forme, bețivul devine agresor cu străinii și chiar cu el însuși, aș putea adăoga încă o formă pe care o numesc d) *beție sentimentală sau patetică*. — Sunt în adevăr casuri în care un om îmbătându-se își aduce aminte și vorbește cu mare foc de persoane, în general mörte de mult. Astfel sunt ómenți cari numai la beție își reamintesc de nevastă, copii, frați, unchi, morți de ȕcimți de ani etc., și pe cari îi plânge cu lacrimi, pe când la trezie sunt destul de indiferenți. Am cunoscut un om care de câte ori se îmbăta, nimic nu făcea de cât să plângă și să bocească pe bunică-sa, de care altfel abia își aducea aminte, căci bētrâna murise pe când el era copil! În aceste momente dînșii povestesc calitățile răposaților, și ce e curios, aceste calități ce entusiasmă și face pe bețiv să plângă, sunt tocmai din cele mai fără însemnătate. Așa cunoscutul meu, când plângea pe bunică-sa, în oftăturile sale descria cum dinsa îi da covrigi și simiți!! lucru care natural provocă rîsul, iar bețivului trezit umilinta, când i se povestește scena.

Orî cum ar fi, acesta socotesc că e forma cea mai inofensivă,

de beție ce p $\acute{o$ te exista. Probabil c \acute{a} aci e vorba de persoane nevropate și cu siguranță isterice.

Dar cea mai periculoasă stare a bețivului este de sigur *perioda III* ce se caracteriz \acute{a} printr'o pierdere totală a inteligenței, printr'o depreziune absolută a forțelor și în fine printr'un astfel de *collapsus* încât cu drept cuvânt omul aflat în această stare se numește *beat mort*. Ajuns aci, bețivul — care ne înfățișeză degradatiunea omenescă — este sub iminența celor mai grave pericole, căci fiind într'o complectă incapacitate a se garanta, suferă în mod pasiv t $\acute{o$ te cauzele exterioare ale traumatismului. Acum țice Bacle într'un limbagiū figurat: alcoolismul lasă pe individ fără apărare în mijlocul societăței umane, care necunoscând slăbiciunea sea și tîmpenia de care e isbit, îl sfaramă și-l sdrobește în angrenagele sale, întocmai precum acesta s'ar întempla în jocul unei mașini.

Deveniți neprevădători, țice Libig, vorbind despre bețivi, d \acute{e} nșii prin pierderea timporară a inteligenței își dau foc cu propriile lor mâini, sau se expun la flacările unui focar în ignițiune; și amortiala beției nu le permite de a se sustrage de la pericol și nici să c \acute{e} ră ajutor, așa c \acute{a} ard de vii ca printr'un fel de combustiune spontanată.

În general alcoolismul acut sau mai bine țice beția accidentală, nu are nici o influință asupra leziunilor traumatice așa c \acute{a} , pe un om chiar beat fiind, putem face ori-ce operațiunii de urgență ca tracheotomiī, kelotomiī, cateterism etc., fără să avem trebuință de chloroform; căci în *perioda III* anestesia este așa de mare, încât elementul durere abia există sau chiar lipsește cu totul.

Bețiviī sunt așa de insensibili la durere ca și alienațiī; loviturile de pumnī primite în timpul beției nu sunt simțite, așa c \acute{a} omul beat nici nu observă c \acute{a} a fost bătut de c \acute{a} t a doua țic, când își vede trăsurile deformat \acute{e} . Blandin a făcut amputația c \acute{o} psei la un om beat c \acute{a} țut pe drum, fără să fi avut cel mai mic sentiment de operațiune. Iar \acute{a} și s'a publicat casurī de fractură cominutivă a ambelor maxilare cu ruperea buzelor în t $\acute{o$ tă înălțimea lor, fără ca omul beat să fi dat semn de cea mai mică suferință.

Actualmente am în serviciul meu pe individul Franz Tomasin care fu adus în spital cu leziunile următoare: I) Contuziunii forței ale întregi feți cu echimose și b \acute{o} se sanguine așa de întinse, încât ochiī nu se mai vedeau de loc, iar obrajiī vineți și umflați ca pumnul, făcea imposibilă recun \acute{o} șterea omului! II) Luxație scapulo umerală stângă sub coracoidienă complectă. III) Fractura c \acute{o} psei la terțul de mijloc. IV) Fractura claviculei stângi. Individul fiind beat mort a c \acute{a} țut dela

o înălțime de 10 metri și a fost adus într'o completă stare de ne-simțire și fără să manifeste nici cea mai mică durere, atât la reducerea luxației cât și a fracturii.

Al doilea fenomen ce observăm la un bețiv este rezoluția completă a sistemului muscular, și numai grație acestei lipse totale de ori-ce contractiune musculară, ne explicăm faptul cum bețivii căzând chiar de la o înălțime considerabilă pot scăpa fără a-și fractura nimic, ceea ce a și făcut proverbul că, și bețivii au un Dumnezeu care-i proteje (!) Dar această lipsă de contractiune musculară servă bețivilor și în alte cazuri, mai ales în luxații ce se pot reduce pe loc cu cea mai mare înlesnire. Astfel Percy spune că a văzut într'o ții pe un cârpaciū reducēnd fōrte ușor o luxație a umărului la un popă, pe care nu o putuse reduce cei mai renumiți chirurģi din acel loc. Meșterul îmbătase pe popă cu vin cald până la somnolența când, profitând de momentul oportun, reduse luxația fără cea mai mică durere.

Ați văzut din observația precedent descrisă, cum am redus cu o facilitate din cele mai extreme luxația scapulo umerală a individului Franz Tomasin, care fiind beat mort, nu numai că n'a știut și nici a putut simți ceva, căci se găsia în cea mai completă rezoluție — ca și cum ar fi luat mari cantități de cloroform — dar nici a doua ții și nici ađi n'are cea mai mică conștiință de cele ce s'au petrecut și de leziunile ce a suferit.

Bouisson a redus și el de asemenea la un om beat o luxație a brațului, fără ca bolnavul să fi avut cunoștință nu numai de reducere dar nici chiar de accident, așa că a doua ții n'a voit să cređa că membrul său a fost luxat și pus la loc.

Dar dacă în niște asemenea împrejurări omul beat trage profit din rezoluția sea musculară, în schimb însă în alte cazuri, acesta constituie pentru dēnsul un adevērat pericol.

În adevēr, în momentul unei căderi, mușchii ne-opuind nici un obstacol la eșirea extremităților osōse din cavitățile articulare, luxațiile se fac mult mai lesne și pot să producă desordine mari, cari de sigur n'ar fi avut loc fără o rezoluție musculară completă.

Iată un cas nenorocit descris în compendium de chirurgie: Un om într'o stare completă de beție cade pe mână. Mușchii paralizați de beție nu se opun la eșirea umărului din articulația cotului; dar mai mult, nu se opun nici la deplasarea ulterioară a osului către partea antero-inferioară a brațului; artera brachială fu împinsă cu atâta violență și într'o întindere atât de considerabilă, încât pēreții săi n'au putut să reziste acestei enorme distensiuni și au trebuit să se rupă, de unde răceala,

insensibilitatea mâinei și încetarea bătăilor arteriale a radialei și cubitalei care a persistat chiar după reducere.

Totuși, unii chirurghi au căutat să pue în principiu alcoolisarea bolnavilor pentru practicarea unor operațiuni; dar dacă acest mod de a vedea era pôte permis în timpurile vechi, astăzi însă când avem la îndemână chloroformul, nimeni nu se mai gândește la așa ceva. Sunt însă unele observațiuni foarte curioase unde alcoolul împins până la beție a dat niște rezultate extraordinare. Astfel s'a vădut casuri de tetanos vindecate prin beție: un copil de 9 ani — ȳice Collis și Wilmot, — fiind rănit la braț fu apucat de tetanos a opta ȳi de la accident, de care s'a vindecat prin întrebuintarea de puncți administrat până la beție. Iarăși un englez Campbell, spune că a oprit o emoragie înspăimântătoare după facere, dând bolnavei să bea o butelie de rom! A doua ȳi femeia nu s'a plâns de cât de o ușoră cefalalgie. De sigur că aci e vorba de o emostasă pasivă, în urma slăbirei contractiunilor cordului, prin efectul sedatif ce posedă alcoolul luat în cantități mari.

Dar étă un cas din cele mai curioase dat de Dr. Cyr, unde o beție a scăpat viața unui om fiind în prada unei septicemii. Bolnavul era un student în medicină ce ajunsese în ultimul termen al bólei, după ce suferise deschiderea mai multor abcese ce dăduse o abondentă colecțiune de puroiuri. Șeful de serviciu spusese diminéța că nu mai era absolut nimic de făcut. Séra, bolnavul într'un acces de delir, apucă o sticlă cu un kilo de vin de quinquina și de odată bea tot conținutul. A doua ȳi de diminéța abia l'a deșteptat din beție; spre mirarea tuturor însă, bolnavul simți o ameliorare generală foarte marcată, care de aci înainte nu făcu de cât să se mărescă din ȳi în ȳi până la vindecarea completă.

Un alt cas analog a fost comunicat de un medic Italian cu acelaș succes, însă bolnavul în adins a bėut de odată o butelie de vin de Bordeaux ca să se îmbete, spre a nu simți când are să móră; și s'a vindecat! Și aci iarăș lucrul nu pare imposibil dacă ne gândim la proprietățile tonice, antipiretice și antideperditorii ale alcoolului, așa că în casuri desesperate am putea la rigóre să recurgem și la acest mijloc.

Astăzi chiar mulți ftisici datoresc prelungirea vieții lor numai alcoolului. În ceia ce mă privește am recomandat unui ftisic să nu bea de cât rom; și în adevăr se obișnuise astfel, încât în două ȳile după cum singur mi-a declarat, abia îi ajungea o butelie de rom. Ei bine, acest bolnav plin de caverne pulmonare a durat două ani numai cu rom.

CHESTIONAR

Alcoolismul acut și cronic. Causele pentru care alcoolismul acut nu are influență asupra leziunelor traumatiche. Accidentele prin beție. Statistica lui Villan și Michel Levy. Statistica autorului. Perioadele beției: Caracteristica perioadei I și II-a a beției.

Formele beției din perioada II.

- a) Beție feroce.
- b) Beție alucinantă.
- c) Beție convulsivă.
- d) Beție sentimentală sau patetică, introdusă de autor.

Caracterile beției din perioada III.

Lipsa de sensibilitate. Consecințe.

Lipsa de contracție musculară. Folose practice. Urmări grele. Complicația luxațiilor și fracturilor de plăgi și ruperi vasculare.

Efecte salutare ale alcoolului în cazuri grave. Diferite observații și ale autorului.

TABLOU

de accidente provenite în urma beției, începând de la 4 Octombrie 1891 până la 4 Septembrie 1892 în Div. II, serviciul chirurgical, din Spitalul Filantropia.

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
1	<i>Ion Mihaiu, 50 ani.— Plagă contusă în regiunea fronto-parietală stângă, de formă curbă (6 cm.).</i>	4.—15 Oc- tombrie	11 zile	Intrat în spital beat; a fost lovit cu un ciomag tot de către un om beat. <i>Sâmbătă seara.</i>
2	<i>Iancu Vasile, 33 ani. Plagă contusă în regiunea parietală stângă (3 cm.), complicată de denudația o- sului.</i>	6—13 Oc- tombrie	7 zile	Intrat beat mort în spi- tal; a fost rănit voind să sară în ajutorul altui bețiv; a fost lovit cu o piatră din șosea. <i>Duminecă.</i>
3	<i>Elena Dumitrescu, 18 ani. Plagă prin armă de foc a părții de mijloc a feței dorsale a piciorului stâng.</i>	6 Octombrie— 25 Noembrie	50 zile	Femea a fost împușcată cu revolverul de bărbatul său; el era beat. Scenă de amor. <i>Duminecă.</i>
4	<i>Ghiță Stoenescu, 30 ani. Plagă contusă în reg. su- pra-sprâncenală dreaptă; e- chimosă pleoapelor în dreapta.</i>	11—18 Oc- tombrie	7 zile	A fost lovit cu tacul de la bileard, după cum spune bolnavul; agresorul a fost beat. <i>Sâmbătă seara.</i>
5	<i>Stavri Marin, 40 ani, plugar. Plagă profundă, pro- dusă prin instrument tăietor în regiunea anterioară a to- racelui din partea dreaptă.</i>	25—27 No- embrie Transport . .	2 zile 77	A fost împuns cu un cuțit de un băiat fiind în stare de beție. <i>Sf. Ecaterina. A sucombat.</i>

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
6	<i>Ion Radu, 32 ani</i> , muncitor. Plagă contusă în regiunea temporo parietală dreaptă. Contuzii ale toracelui și escoriațiuni multiple pe corp.	Report . . 4 Decembrie— 4 Februarie	77 64 zile	Individul a venit beat mort, fără să știe cine l'a bătut. <i>Joi, Sf. Sofronie</i>
7	<i>Niță Stoica</i> . Plăgi contuse în regiunea fronto-parietală stângă. Plagă a pavilionului urechei stângi.	8—9 Decemb.	1 zi	Individul a venit beat mort. A fost lovit de un alt bețiv cu un par. <i>Sf. Nicolae</i>
8	<i>Dumitru Brătescu, 28 ani</i> , funcționar Plagă contusă a sprâncenei drepte.	8—12 Decemb.	4 zile	A intrat în serviciu beat mort. Leziunile au provenit din căderile suferite în timpul beției. <i>Sf. Nicolae</i>
9	<i>Leanca Ion, 30 ani</i> . Echimoze multiple.	25 Decembre	1 zi	S'a îmbătat; a spart gemurile cărciumei; a fost dusă la secție de unde a venit în serviciu. <i>Crăciun</i>
10	<i>Negoescu Dumitru, 20 ani</i> . Plăgi multiple a regiunii occipito temporale stângă.	13—19 Octombrie	6 zile	A fost lovit cu vână de boiu de alți prieteni, fiind la chef la o nuntă. <i>Duminecă</i>
11	<i>Zamfir Gheorghe, 45 ani</i> . Fractura maxilarului inferior.	20 Octombrie— 13 Noiembrie	24 zile	Lovit cu pumnul de către un om beat. <i>Duminecă</i>
12	<i>Mihali Ilie, 60 ani</i> . Contuziuni de gr. I pe ambele pleoape.	10—12 Noiembrie Transport . .	2 zile 179	A fost bătut de un prieten al său beat; dinsul, fiind el, era treaz. <i>Arh. Mih. și Gavril</i>

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul șilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidental, precum și starea bolnavului la intrare
13	<i>Marcu Stan, 25 ani.</i> Plagă contusă în reg. occipitală (3 cm.) fără denudația osului, escoriații pe frunte și nas.	Report . . 23—24. No- embre	179 1 și	A fost adus în spital beat mort, bătut de către un alt individ beat. <i>Intrarea în Biserică</i>
14	<i>Păuna Tudor, 20 ani.</i> Plagă prin instrument tăietor în regiunea ipogastrică, emfiseșem a părților abdominale, ernie intestinală și anus contra naturei.	25 Noembre— 23 April. 1892	149 șile	Bărbatul ei fiind beat, a împuns-o cu un cuțit, sărindu-î arțagul din lucru de nimic. <i>Intrarea în Biserică</i>
15	<i>Ion Gavrilescu, 45 ani.</i> Plăgi contuse în reg. temporo-parietală stângă. Cont. a articulației coxo fem. stângi, escoriații pe corp.	25 Noembre— 6 Decembre	10 șile	A fost împins din trăsură în picioarele cailor de un prieten beat, fiind și el beat mort. <i>Intrarea în Biserică</i>
16	<i>Georgescu Ion.</i> Plagă contusă în regiunea parietală dreaptă.	24 Decembre	1 și	Lovit, fiind beat, de un camarad tot beat, cu un ciomag. <i>Sf. Ignatie</i>
17	<i>Anghel Andrei.</i> Plagă contusă în regiunea parietală stângă.	28 Decemb.— 1 Ianuare	4 șile	Lovit cu un ciomag de un camarad tot beat, a 4-a zi după Crăciun
18	<i>Lizandra Stan-Marin, 20 ani.</i> Plagă contusă în regiunea frontală dreaptă și complicată de denudația osului și echimose forte a pleoșelor.	13--26 Ian.	14 șile	A fost lovită de bărbatul său, fiind în stare de beție, fără cauză bine cunoscută. <i>Ziua de Sf. Ión.</i>
19	<i>Dumitru Popescu, 21 ani,</i> căruțaș. Plagă contusă a verticelui de 5 cm. complicată de denudarea osului.	23 Ianuare Transdort . .	1 și 359	A fost lovit de un căruțaș cu căldarea, fiind în stare de beție, în seara de <i>Duminecă</i> 19 Ianuarie.

No curent	N U M E L E și D I A G N O S T I C U L	D A T A intrării și eșirei	Numărul zilelor de căntare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
20	<i>Radu Gheorghe, 32 ani.</i> Plagă prin instrument tăetor în regiunea sub-scapulară dreaptă de 6 cm. interesând pielea și țesut celular subcutanat.	Report . . 26 Ianuare— 2 Februara	359 7 zile	A fost lovit de un camarad beat dirj. Rănitul declară că și dînsul era dirj. <i>Duminecă 26 Ianuarie,</i> la cărciumă.
21	<i>Marița Apostolescu, 28 ani, servitoare.</i> Combustiuni de gradul III, întinse și multiple pe totă jumătatea inferioară a corpului (flancul drept). pe fața ant. internă a cōpselor, pe pubis, pe sghiabul interfesier, pe fese fața externă a articulației genunchiului drept și fața post. a gambelor. Lărgi echimose pe cōpsa dreaptă, abdomen, obrazul stâng, partea lat. stângă a toracelui, fețele externe ale brațelor. Echimose lărgi pe umărul stâng. Multe alte echimose și linii de arsură pe tot corpul. Flictene pe mîini.	28 Ianuare— 10 Februare	13 zile	Cumnatul său fiind beat farios, a atentat la pudorea ei, dar nereușind, a luat cleștele ars în foc și i-a produs o mulțime de arsuri pe corp; afară de asta, cu o bară de fier i-a produs o mulțime de echimose. <i>Duminecă 26 Ianuarie.</i>
22	<i>Petrache Florescu, 48 ani.</i> Escoriațiuni pe frunte și nas. Contuziuni pe cap, manifestate prin durere.	3—7 Februare	4 zile	Bolnavul declară că a fost bătut din cauza alegerilor, de un camarad al său beat. <i>Duminecă 2 Febr.,</i> <i>Întîmpinarea Domnului.</i>
23	<i>Sîța Ion, 40 ani.</i> Escoriațiuni pe nas și față. Dureri violente pe cap, fără leziuni esterne.	19—21 Februarie Transport . .	4 zile 387	Bolnava declară că a fost bătută de două indiviși beți, din chiar senin. <i>Duminecă 16 Febr.</i>

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și egirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
24	<i>Leonida Alexandrescu, 29 ani.</i> Plagă prin instrument tăctor a antebrațului stâng în sghiabul arterei radiale.	Report . . 29 Marte— 10 Aprile	387 14 zile	Fiind în cărciumă cu alți camarazi beți morți, unul s'a repezit cu un cuțit producându-și rana descrisă. A venit în spital după $\frac{3}{4}$ oră, cu o emoragie foarte mare care provenia din artera radială, căria i s'a aplicat o legătură de inter-nul de gardă. <i>Duminecă.</i>
25	<i>Marin Stilescu, 27 ani,</i> zidar. Plagă în regiunea frontală dreaptă (4 cm.) complicată de denudația osului.	29 Marte	1 zi	Bolnavul a fost lovit cu un pahar de vin în cărciumă, din cauză că a sărit să despartă pe alți doi bețivi ce se băteau. <i>Duminecă 29 Martie.</i>
26	<i>Barbu Dumitru, 31 ani.</i> Plagă contusă a urechei stângi, complicată de lipsa totală a $\frac{1}{2}$ pavilionului urechi stângi. În resumat, lipsește $\frac{1}{2}$ urechea stângă.	27 Marte	1 zi	Acesta a fost produsă prin resbunare din cauza unui proces pe care l'a avut cu rănitul și pe care l'a perdut fiind condamnat la 10 lei, din cauza unor stricăciuni produse de un porc. La 25 Mart. <i>Buna-Vestire.</i>
27	<i>Manole Cristache, 33 ani.</i> Contuziuni mari ale ochiului și obrazului stâng.	11 Marte	1 zi	A fost lovit de un vecin beat fără nici o cauză în sera de <i>Sfinții 40 de mucenici.</i>
28	<i>Frusina Stefan, 30 ani.</i> Contus. profunde pe gamba stângă și cōpsă, fața esternă a articulației umărului stâng și drept; în reg. lombară se văd echimose largi cu ruperea de vase până la formarea de bose.	8—12 Marte Transport . .	4 zile 408	Bolnava a fost bătută de bărbatul său beat (venia de la cărciumă). de fiul său vitreg și sócra lui, cu scaune, ciomege și furci. Ajunul celor <i>40 Sfinți de mucenici.</i>

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum starea bol- navului la intrare
29	<i>Tudosie Pop.</i> Contuziuni și echimose ale feței. Kemosis ale ambelor conjunctive. Echimose ale cavității bucale.	Report . . 14—29 Martie	408 15 zi	Bolnavul cu alți 7, au bătut 4 1/2 vedre vin. Pe drum l'au dat jos din căruță și l'au bătut, vîrîndu-î cîoda bicicluului pe gât, în urma căreia a fost inundat de sânge pe gât, gură și nas. <i>Duminecă.</i>
30	<i>Dumitru Ionescu.</i> Plăgi contuze ale obrazului stîng escoriațiuni ale capului și contuziuni ale umărului stg.	16—18 Marte	2 zile	Bolnavul a fost lovit de un adversar beat, cu țepușa căruței, din cauza unei intențării de proces, pentru pămînt. <i>Duminecă,</i>
31	<i>Tudorița Trifan, 38 ani.</i> Contuzii a părții laterale stîngi a toracelui, cu fractura cîstei VIII în partea anterioară.		1 zi	Bolnava declară că a fost bătută cu un lemn, de al II-lea bărbat, beat, pentru că cămașa n'a fost bine călcată.
32	<i>Mihalache Zamfir, 21 ani.</i> Plagă penetrantă a abdomenului complicată de ernia epiploonului în regiunea epigastrică pe partea laterală stîngă la 3 laturi de deget de stern.	26 Marte 14 Aprilie	19 zile	Bolnavul declară că din gelozie pentru amanta cu care trăia de 3 ani și cu care avea un copil, s'a înjunghiat, după ce beuse 3 litri de vin. <i>Țiua de Buna-Vestire.</i>
33	<i>Cristea Florea, 83 ani,</i> Gangrenă traumatică a cîpseii drepte fața esternă, lungă de 17 cm.	2—28 Marte Transport . .	26 zile 471	Bolnavul fiind beat, în cărciumă, stînd lângă o sobă, a căzut jos, producîndu-și o contuziune care s'a terminat cu sfacelarea părților moi. <i>Duminecă.</i>

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul șilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
34	<p><i>Sultana Ioniță, 22 ani.</i> Plagă prin instrument tăe- tor în reg. epigastrică în- cepând de la falsele cöste la 3 cm. de stern.</p> <p>Plagă profundă cu un traect de 5 cm., mergând spre linia mediană; alta pe mamelou drept; alta d'asu- pra reg. mamare drepte; alta pe fața post. și infe- rioră a toracelui; plagă în lamboū a ung. extern a sprâncenei drepte.</p>	<p>Report . . 26 Marte— 14 Aprilie</p>	<p>471 1 șil</p>	<p>Töte leziunile au fost pro- duse de amantul său beat și gelos. <i>Buna-Vestire.</i></p>
35	<p><i>Costică Tache, 21 ani.</i> Plagă contusă în reg. fron- tală cu escoriațiuni ale fe- ței, echimose ale pleopei och. stâng.</p>	<p>29 Marte— 4 Aprilie</p>	<p>1 șil</p>	<p>Bolnavul, împreună cu alții, beți morți, în căr- ciumă, nu știe cu ce a fost lovit. <i>Duminecă.</i></p>
36	<p><i>Stefan Vasile, 19 ani.</i> Plagă prin armă de foc la partea de mijloc a feței es- terne și post. a cöpsel stg.</p>	<p>30 Marte— 15 Aprilie</p>	<p>1 șil</p>	<p>Bolnavul, servitor la un comersant de vin, aducând séra mai multe boloböce cu vin, camaradul său beat, a scos a doua zi de dimi- neta un revolver și a tras. <i>Luni.</i></p>
37	<p><i>Rieger Carol, 37 ani.</i> Fractură completă a gam- bei stângi, torșul inferior.</p>	<p>6 Aprilie — 12 Maiu</p>	<p>38 șile</p>	<p>Bolnavul adus beat mort și accidentul s'a întâmplat jucând acesta ceardaș cu alți tovarăși. A doua zi de <i>Pasci.</i></p>
38	<p><i>Anton Demek, 57 ani.</i> Entorsă a articulației picio- rului drept.</p>	<p>6—16 Aprile Transport . .</p>	<p>10 șile 522</p>	<p>Bolnavul adus beat, de- clară că fiind în brutărie cu un sac de făină, a alu- necat, producându-și bóla. <i>A doua șil de Pasci.</i></p>

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul ziilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
39	<i>Anghelina Stefan, 30 ani.</i> Contuziuni și echimose ale umărului stâng și ale toracelui.	Report . . 6 Aprilie	522 1 zi	Bolnava declară că a fost bătută de către un vecin beat, din cauză că niște porci intrase o dată în ograda acestuia. <i>A doua zi de Pasci.</i>
40	<i>Nicu Dumitrescu, 27 ani.</i> Plagă prin instrument tăetor pe partea ant. a pumnului, fața palmară, ocupând reg. tenară și ipotenară dreaptă.	7 Aprilie	1 zi	Fiind într'o cărciumă cu mai mulți prieteni beți, acesta, în urma unor discuțiuni, a ridicat paharul și trântindu-l, și-a produs leziunea de mai sus. A fost adus cu emoragie abundantă. <i>A treia zi de Pasci.</i>
41	<i>D-na E. Căciulescu, 30 ani.</i> Plagă cont. pe sprâncena dreaptă, adâncă până la periost.	7 Aprilie	1 zi	Fiind mai mulți într'o trăsură, au fost isbiți de furca unei alte trăsuri, unde se aflau alți omeni cu chief, făcând chiar mai multe victime. A venit noptea la pansament. <i>A treia zi de Pasci.</i>
42	<i>Tudor Chiriță, 35 ani.</i> Plagă prin instrument tăetor a părții cartilaginose și osoase a nasului, adâncă până la schelet.	8 Aprilie	1 zi	Bolnavul ducându-se în cărciumă pentru țuică, cumnatul său beat deja, a sărit cu fiul său, și cu un briciag i-a produs rana de sus. Răsunarea a fost, pentru că bolnavul închisese o purcică a acestuia. <i>A patra zi de Pasci.</i>
43	<i>Marin Gheorghe, 26 ani.</i> Plagă contusă în regiunea fronto-parietală dreaptă (5 cm.).	24—30 Aprilie Transport . .	6 zile 532	Bolnavul a fost lovit cu ciomagul de 5 inși beți, din cauză că pacientul le-ar fi luat un braț de fân. <i>Diua de Sf. Gheorghe.</i>

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și egirii	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum starea bol- navului la intrare
44	<i>Ioniță Dinu</i> . Plăgi contuse multiple în reg. frontoparietală dreaptă; a cotului, fața ant. și mijlocie a gambei, pe crêsta tibiei, complicată de denudația osului.	Report . . 25 Aprilie— 1 Mai	532 6 zile	A fost lovit cu ciomagul de cuscrul său din cauza a două franci ce bolnavul îi împrumutase ; ambiî erau beți și pacientul a fost adus beat mort. <i>Diua de Sf. Marcu Evangelistu.</i>
45	<i>Anica Gheorghe</i> , 38 ani. Plagă prin smulgere a întregului lobul al nasului.	25 Aprilie— 12 Maiu	18 zile	Amantul său într'un acces de beție, a apucat'o cu dinții de nas, rupându-i nasul, pentru că i s'a'u bolnăvit niște cai din cari unul a murit.— <i>Acciași zi.</i>
46	<i>Niculae Ionescu</i> , 45 ani. Plagă contusă în regiunea occipitală.	26 Maiu ora 10 noptea	1 zi	Bolnavul beat mort a alunecat și a cădut pe o piatră.— <i>Buna-Vestire.</i>
47	<i>Ana Crăciun</i> , 30 ani. Contusiuni și echimose pe ambele fese de mărimea podului palmei mâinei.	25—27 Aprilie	2 zile	Bolnava a fost bătută de un frate vitreg pentru că intrase în ogradă să culégă niște frunze de viță uscată. <i>Diua Sfântului Marcu Evangelistu.</i>
48	<i>Voica Marin</i> , 35 ani. Plagă contusă în reg. parietală stângă (3 c.m.) complicată de denudația osului.	27—29 Aprilie	2 zile	A fost lovită de unchiul său și o vară, cu un par de gard pentru că dintr'un loc arat voia să ia buturugi (vine).— <i>Duminică.</i>
49	<i>Leanca Ioniță</i> , 40 ani. Plagă contusă a indicatorului stâng.	10 Maiu noptea	1 zi	A fost bătută de bărbatul său care era beat, pentru că nu voia să'i dea bani. <i>Diua de 10 Maiu, serbare națională.</i>
		Transport . .	562	

No. curent	N U M E L E și D I A G N O S T I C U L	D A T A intrării și egirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
50	<i>Costache Gheorghe.</i> — Plagă contusă a pavilionului urechei complicată de spintecarea părților tari (dréptă). Plăgi contuse în regiunea scapulo - umerală dréptă și alte regiuni.	Report . . 13—15 Maiü	562 3 zile	A fost adus beat mort ; declară că a fost lovit cu un ciomag de fratele său pentru că a cerut parale de băut. <i>Ajunul Înălțării Domnului.</i>
51	<i>Marița Niculescu, 38 ani.</i> Plagă contusă în regiunea parietală dréptă însoțită de denudația osului.	13—28 Maiü	15 zile	Bolnava a fost bătută de un străin beat pentru că intrând în curte și trăgând cu bățul într'un câine, acesta l'a mustrat. <i>Acciași zi.</i>
52	<i>Iorgu Popescu, 25 ani.</i> Echimose ale ambelor pleoape inferioare.	22—23 Maiü	1 zi	Pacientul a fost bătut de un altul eșind din cărciumă lovindu'l cu petre și cărămiği din cauza amantelor. <i>Sfântu Constantin și Elena.</i>
53	<i>Mircea Țigănișteanu, 32 ani.</i> Fractura degetului inelar (prima falangă) stâng complicat de artrită metacarpo-falangienă cu epanșament.	28 Maiü	1 zi	Bolnavul spune că 2 din prietenii săi bătându-se la beție și el sărind să'l scape (acum 2 luni), eri 27, unul din ei îmbătându-se și voind să'si răsbune, a sărit pe feréstră în casă la pacient și l'a bătut. — <i>A treia zi după Sfânta Treime.</i>
54	<i>Cosma Cornea, 31 ani.</i> Plagă contusă în regiunea frontală, complicată de denudația osului (formă de stea).	29—30 Maiü Transport . .	2 zile 584	Bolnavul jucând cărți într'o cărciumă pe băutura și sfădindu-se între dênșii, unul din jucători, avënd necaz pe pacient, îi trage o palmă ; acesta ese afară

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
		Report . .	584	din cărciumă și la ușă îl lovește cu un pahar care s'a spart. <i>Ajunul Duminiciei.</i>
55	<i>Gheorghe Măndreanu, 22 ani.</i> Plăgi prin instrument tăetor : pe obrazul stâng paralel cu marg. sup. a maxilarului; pe epolet stâng; pe fața externă a brațului stâng; pe fesa stângă.	31 Maiu—4 Iunie	5 zile	Bolnavul a fost bătut de un prieten al său beat mort pentru o certă veche. <i>Duminecă.</i>
56	<i>Alosepî, 33 ani.</i> Plagă contusă în regiunea parietală stângă (6 c.m.)	13—22 Iunie	9 zile	Bătută de un cărciumar pentru că nu voia să târ-guiască din prăvălia sa, pretextând o datorie de 8 lei.— <i>Ajunul Duminiciei.</i>
57	<i>Stoian Marin, 45 ani.</i> Plăgi contuse în reg. temporo-parietală dreaptă complicată de secțiunea osului (tabla externă?) Plagă pe vertex complicată de denudația osului (5 c.m.) date cu o sapă.	23—25 Iunie	3 zile	Pacientul cu mai mulți prieteni și primarul la cărciumă au bătut 4 oca de vin, când au eșit din cărciumă pacientul a fost lovit de vâtaf cu o sapă. <i>Ajunul nașterii Sfântului Ion.</i>
58	<i>Nica Buzici, 33 ani.</i> Plagă penetrantă a abdomenului cu hernia stomacului (ca o portocală). Plagă tăiată în ipocondrul drept și reg. lombară. Pe fața externă a cōpsei.	24 Iunie—17 Iulie	24 zile sucombat	Bolnavul a fost injunghiat cu un bricég de un tovarăș al său bun prieten, fiind într'o cărciumă și bând 10 oca vin; s'au certat și când ese, cel alt îl așteptă afară și 'l injunghie. <i>Nașterea Sfântului Ión.</i>
		Transport . .	625	

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum starea bol- navului la intrare
59	<i>Dumitru Bojoreanu, 35 ani.</i> Plagă contusă în regiunea parietală stângă complicată de denudația osului. Echimoză a peleii capului lângă plagă.	Report . . 22 Iunie	625 9 zile	Bolnavul în timpul sereii a fost lovit cu o piatră în cap de către un nepot al său pentru o pretențiune de pământ. <i>După Duminică.</i>
60	<i>Iancu Irimescu, 30 ani.</i> Contuzii pe fața dorsală a antebrațului stâng și pe epoletul drept; escoriațiuni numeroase pe spate și membrele superioare.	30 Iunie – 11 ulie	2 zile	Bolnavul spune că mai mulți oameni beți fiind pe sosea, fără motiv l'a lovit cu sapa și niste ciomege. <i>A doua zi de Sf. Petru.</i>
61	<i>Iulian Nicola, 27 ani.</i> Plagă contusă în regiunea frontală și la extremitatea inferioară a antebrațului drept.	4–7 Iulie	3 zile	Bolnavul declară că niște oameni beți fără să'l cunoscă au dat cu ciomege într'ensul. <i>Sâmbătă spre Duminică.</i>
62	<i>Gheorghe Petrescu, 17 ani.</i> Plagă contusă în regiunea parietală stângă.	2–5 Iulie	4 zile	Voind să despartă pe doi inși care se băteau la cârciumă, unul din ei i-a dat cu bastonul. — <i>Sâmbătă spre Duminică.</i>
63	<i>Dumitru Ivan, 19 ani.</i> Plagă contusă în regiunea tenară a mânei drepte.	4–8 Iulie	4 zile	Lovit cu un ciomag de către un flăcău însoțit de alți 3 inși beți, din cauza unei fete pe care voind s'o fure, pacientul i-a ajuns. <i>Sâmbătă spre Duminică.</i>
64	<i>Ion Popescu, 26 ani.</i> Plagă contusă în regiunea occipitală dreaptă.	8–19 Iulie Transport . .	11 zile 658	Bolnavul fiind pe drumul Băneșei, trei indiviși beți, fără motiv l'a lovit cu ciomagul. — <i>Intr'o Mercuri.</i>

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
65	<i>Alexandru Șulea, 36 ani.</i> Plagă contusă în reg. frontală (6 cm.).	Report . . 6—8 Iulie	658 3 zile	Lovit cu un pahar mare de bere în cap fără motiv. Agresorul deja se bătuse cu alții.— <i>A doua zi de Duminecă.</i>
66	<i>Mihalache Ion Balogu, 34 ani.</i> Plagă prin armă de foc în reg. lat. dreaptă a toracelui (côsta VII) complicată de ușor emfism cutanat și spute sanguinolente.	29 Iulie—8 Iunie	9 zile	Bolnavul pe când dormia afară, a fost împușcat din greșală de un sergent care fiind beat de ziua lui (Sf. Petru) s'a amusat dând focuri de revolver. — <i>Ziua de Sf. Petru și Pavel.</i>
67	<i>Rubin Nadler, 22 ani.</i> Plagă prin armă de foc aproape de apendicele xifoid în dreptul ultimelor côste false din stânga. Mici arsuri pe flancul stâng și pe partea aut. a toracelui stâng. Există orificiul de intrare; glonte nu s'a găsit.	5—13 Iulie	8 zile	Un văr al nevastei sale făcând pe intrigantul, a luat pe bolnav și împreună s'au îmbătat; au cumpărat un revolver și manevrând au intrat în casă trăgând în nevastă și el. Bolnavul a fost adus în sincopă; s'a făcut injecții cu ether. <i>Duminecă.</i>
68	<i>Bela sin Rivan, 22 ani.</i> Plagă prin armă de foc în reg. occipitală stângă și escoriațiuni pe umărul stâng.	5—8 Iulie	3 zile	Pacienta a fost împușcată de bărbatul său fiind bêt (vezi No. 74). <i>Duminecă.</i>
69	<i>Gheorghe Bucur, 40 ani.</i> Plagă contusă în reg. fronto-parietală stângă. Contuziuni largi în flancul stâng.	10—13 Iulie	3 zile	Adus la spital în stare de beție. A doua zi spune că a fost lovit cu un fier de un cârciumar cu care avusese certă mai înainte. Băuse în alt loc.— <i>Vineri.</i>
		Transport . .	684	

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
70	<i>Stefania Luca</i> , contu- siuni ale capului.	Report . . 13—19 Iulie	684 7 zile	A fost bătută de nora și fiul său în stare de beție <i>Duminică.</i>
71	<i>Chiriță Stefan</i> . Plăgi contuse în reg. fronto-pa- rietală stângă și sub-orbi- tară. Contuziuni pe pleope și umărul stâng, cósă, braț, antebraț și cósă dreaptă.	17—21 Iulie	4 zile	Pacienta a fost bătută de amantul său care era beat. Cauza ar fi gelozia de amor. <i>Ajunul Sfântului Ilie.</i>
72	<i>Wolfgang Stahl</i> , 57 ani. Plăgi contuse multiple în regiunea frontală.	19 Iulie—5 August	16 zile	A fost adus beat com- plect; nu știe dacă a fost bătut sau s'a lovit singur. <i>Duminecă.</i>
73	<i>Lina Constantin</i> , 20 ani. Plagă prin armă de foc în reg. scapulară, dorso- lombară dreaptă (alice).	20—23 Iulie	3 zile	Eșind de la cârciumă, un vecin a dat cu pușca din causă că dânsa vorbia cu un alt flacău. <i>Sfântu Ilie.</i>
74	<i>Constantin Petre</i> , 25 ani. Contuziuni largi pe fesă și umărul stâng.	27—30 Iulie	3 zile	Bolnava a fost bătută de bărbatul său mort beat. O bate or de câte ori se îm- bată, fără motiv. <i>Sfântu Pantilimon.</i>
75	<i>Nicu Nicolae</i> , 77 ani. Plagă contusă în regiunea parietală stângă și fractura cubitalui stâng.	28 Iulie — 11 August Transport . .	15 zile 732	A fost lovit cu un cio- mag de ginerele său, in- demnat de soția acestuia. Atât ginerele cât și soția erau beți morți. De 12 ani ginerele său îl bate pretin- dându'i pământul de zestre. <i>Duminecă.</i>

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
76	<i>Martin Toma, 36 ani.</i> Treți plăgi contuse în regiunea fronto-parietală dreptă.	Report . . 27 Iulie	732 1 zi	A fost lovit cu ciomege de 3 indiviđi beți, pe când se întorcea de la Pantelimon unde fusese cu mușterii. <i>Sfântu Pantelimon.</i>
77	<i>Toma Tomescu, 30 ani.</i> Plagă contusă în regiunea temporo-parietală stângă.	30 Iulie	1 zi	Pacientul revisor de lampiști, a observat unuși lampist că nu și-a împlinit serviciu, acesta fiind beat l'a lovit cu bastonul în cap.
78	<i>George Feldioreanu, 30 ani.</i> Plagă contusă în reg. frontală dreptă (formă de potcovă) osul denudat.	2—11 August	10 zile	A fost lovit cu un scaun de un individ beat cu care a bătut împreună. Cauza a fost o certă ce a avut'o cu fratele bolnavului. <i>Duminecă.</i>
79	<i>Ion Trifu, 47 ani.</i> Contusie și escoriație a pometului drept; echimosa plempelor ochiului drept. Contusii și escoriații, cóspsa dreptă. Plagă a indexului drept.	2—5 August	4 zile	A fost adus beat complet. Sergentul care l'a adus spune că a fost călcat de o trăsură care a trecut peste cóspsa dreptă.
80	<i>Vasile Nenu, 45 ani.</i> Plăgi contuse multiple.	6 August	1 zi	Bét mort a fost bătut de un chiriaș al său pentru că l'a înjurat. <i>Schimbarea la față.</i>
81	<i>Dumitru Nécșu, 25 ani.</i> Plagă contusă în regiunea frontală și vârful nasului.	8—10 August	2 zile	A fost bătut de către fratele său cărciumar, beat, pentru că a cerut să'i împrumute niște bani. <i>Sâmbătă spre Duminecă.</i>
Transport . .			751	

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum starea bol- navului la intrare
82	<i>Gheorghe Răușanu, 30 ani.</i> Plagă în regiunea supra-orbitară stângă.	Report . . 9 August	751 1 zi	A fost bătut de 4 cumnați în stare de beție pentru niște pământ. <i>Duminecă.</i>
83	<i>Tinca Ionescu, 17 ani.</i> Plagă prin instrument tător în partea superioară a fosei iliace externe drepte.	9—11 August	3 zile	A fost rănită de amantul său din cauză de gelozie fiind dânsul în stare de beție.— <i>Duminecă.</i>
84	<i>Maria Dragomir, 26 ani.</i> Plagă contusă pe frunte.	9—11 August	3 zile	A fost bătută de ajutorul de primar în timpul nopții, pe când se întorcea de la cărciumă; era beat mort <i>Duminecă.</i>
85	<i>Iancu Mateiș, 28 ani.</i> Plagă contusă în regiunea sprâncenei stângi.	9 August 3 ore noaptea	1 zi	Pacientul a fost lovit de un cunoscut al său care era beat.— <i>Duminecă.</i>
86	<i>Nae Bălănescu, 31 ani.</i> Plagă prin mușcătura a virfului nasului, complicată de de diereză de 2 lei.	11 August	1 zi	Fiind la cărciumă la joc de cărți s'a spart o solniță. Nevasta cărciumarului l'a ocărât, iar bărbatul beat s'a repezit la bolnav și l'a apucat cu dinții de nas rupându-i o mare parte din vîrf. <i>După Duminecă.</i>
87	<i>Constantin Sandu 40 ani.</i> Plagă contusă în reg. parietală dreaptă.	11 August	26 zile	A fost lovit cu un par de un vecin beat de la care cerea niște datorii. <i>După Duminecă.</i>
		Transport . .	786	

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și egirii	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
88	<i>Franz Tomas, 54 an.</i> Luxație scapulo - umerală stângă cu contuziuni și plagă contusă a epoletului. Frac- tura claviculei drepte și a côpsei drepte. Echimoze și plăgi contuse ale feței.	Report . . 11 August Se găsește în spital.	786 50 zile	A căzut după o schelă de la înălțimea de 10 me- tri pe niște grinzi care erau puse pe pământ. A fost a- dus în spital beat mort. <i>După Duminecă.</i>
89	<i>Ión Tudor, 25 an.</i> Plagă contusă în regiunea temporo-occipitală stângă, d'asupra apofisei mastoide.	14 August	1 zi	A fost lovit de un alt precupeș cu care era de mult în certă, la cârciuma la masă pe când era cam beat.— <i>Ajunul Sf. Marii.</i>
90	<i>Toma Ioniță, 25 an.</i> Plagă contusă în reg. pa- rietală (8 cm.) de la urechea dréptă. Interesază tegumen- tele și osul care presintă o scufundare. Mărginile sunt netede.	15 August	1 zi	In séra de 13 August având certă ca un alt in- divid, acesta din urmă i-a dat cu o furcă de lemn în cap fiind în stare de beție. <i>Sfânta Marie.</i>
91	<i>Gheorghe Dumitrescu, 27 an.</i> Plagă prin instru- ment tăetor în terțul infe- rior al antebrațului stâng, complicată de emoragie și secțiunea tendónelor.	15—22 August	7 zile	A fost lovit cu un topor de către un vecin al său care era beat. <i>Sfânta Marie.</i>
92	<i>Marin Dobre, 50 an.</i> Plăgi contuse în regiunea parietală dréptă. Echimoze ale ambilor ochi și contu- siuni ale antebrațului drept.	15—18 August	3 zile	A fost lovit cu un ciomag de către stăpânul său care era beat. <i>Sfânta Marie.</i>
		Transport . .	848.	

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul zilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
93	<i>Uța Văduva Costache, 55 ani.</i> Fractura extremității inferioare a radiului stâng. Plagă contusă în regiunea inferioară a cõpșei drepte.	Report . . 16 August	848 11 zile	A fost lovită cu un fier de către un vecin al său care era în stare de beție. <i>A doua zi după Sfânta Marie.</i>
94	<i>Ivan Ganea, 27 ani.</i> Plagă contusă în regiunea parietală stângă fără denu-darea osului.	16 August	7 zile	A fost lovit cu o peatră de către un individ care a eșit beat dintr'o cărciumă. <i>Adoua zi după Sfânta Marie.</i>
95	<i>Nicolae Tănase, 47 ani.</i> Plagă contusă în regiunea fronto-parietală stângă; contusii ale ante-brațului stâng.	16 August	50 zile	A fost lovit cu un baston de mai mulți indiviđi cari erau beți morți. <i>A doua zi de Sf. Marie.</i>
96	<i>Neacșu Radu, 60 ani.</i> Plagă contusă și echimosă a ochiului drept. Contusii multiple pe torace și spate de gradul I.	17 August	7 zile	A fost bătut de un cărciumar beat, din cauză că a voit să'ı ia nevasta pacientului; a fost lovit cu un ciomag. <i>Duminecă.</i>
97	<i>Gheorghe Nėgu, 35 ani.</i> Contusii multiple pe gamba și antebrățul stâng (gr. I).	17—21 August	4 zile	A fost lovit cu un par de un individ beat pentru că acesta a voit să-și ia copilul din o casă unde se afla.— <i>Duminecă.</i>
98	<i>Ion Andrei, 52 ani.</i> Plagă contusă în regiunea	18 August	1 zi 928	Bolnavul declară că aũ fost 5 într'o cărciumă unde

No. curent	NUMELE și DIAGNOSTICUL	DATA intrării și eșirei	Numărul șilelor de căutare	Mobilul care a provocat accidentul, precum și starea bolnavului la intrare
	sprâncenei drepte însoțită de denudarea osului. Echimose la baza nasului. Plagă contusă în nivelul art. falango-metacarpiene a indexului stâng (3 c.m.). Contuziuni și echimoze largi pe fața externă a feței și cōpsei stângi. Contuziuni gr. I pe spate.	Report . .	928	aŭ băut mai multe oca de vin; unul din ei, după ce bolnavul ese din cărciumă, ia ciomagul lui și lovindu'l îi produce leziunile mai sus spuse. Causa a fost din pricina unor datorii vechi. <i>A doua zi de Duminecă.</i>
99	<i>Niță Nicu, 41 an.</i> Plăgi contuse: una în regiunea frontală, alta în regiunea fronto-parietală stângă.	22 August	1 zi	A fost lovit la obor de tatăl împreună cu fiul său din cauza unor datorii de 6 lei.— <i>Sâmbătă spre Duminecă.</i>
100	<i>Stan Anghelescu 54 an.</i> Plagă contusă în reg. occipito-temporală stângă, bosă sanguină.	23 August	1 zi	Lovit cu bastonul de un cărciumar pentru o mică datorie. — <i>Duminecă.</i>
		Total . .	930	

Din acest tablou reese:

1) Că s'a perdut 930 zile de lucru din cauza beției, ceia ce face 2 ani și jumătate. Și să se noteze bine că mulți din bolnavi n'aŭ stat în spital de cât o singură zi, siliți fiind a'î concedia din cauza lipsei de locuri. De asemenea toți cei-alți iarăși n'aŭ stat până la vindecarea completă, tot din aceiași cauză. Așa că numărul șilelor pierdute ar fi fost mai mare chiar ca trei ani.

2) Din accidente avem 70% produse pe cap și față și anume: 50% în partea stângă; iar 21% în partea dreaptă. Restul de 29% de plăgi sunt aplicate pe corp, din care 18 la stânga iar 11 la dreapta.

3) Că toate accidentele s'au întâmplat în zile de sărbători și anume : 47 la % în ziua de Duminecă, iar restul în cele alte sărbători în care intră Paștele și Crăciunul.

4) Că lunele cele mai bogate în accidente sunt : August care ne dă 25 % și Iulie 15 %.

Acésta ar părea curios, cu toate acestea lucrul se esplică, căci în aceste luni sărbătorile sunt mai numeróse la cari se mai adaugă și diferite târguri ca : Sf. Ilie, Sf. Pantelimon, Schimbarea la fața, Adormirea, culesul viilor etc. etc.

Socotesc că nu puțin rol jócă și următorul fapt, adică : în lunele Iulie și August, creditul pe la cârciumi e mult mai mare căci în aceste luni produsele încep a se vinde. Samsarlăcurile și gheșefturile cârciumarilor acum sunt în flóre, căci pe la cârciumi, țărani își vënd chiar după câmp bucatele lor ca : grâu, ovéz, porumb, fasole etc. De aci : cinste la cârciumă, apoi cértă și bătăi. În timpul ernei, de și oamenii ar bea mai mult, nu e însă credit, căci nu se știe cum va fi agricultura pe care o consider ca stând în raport direct cu accidentele de beție.

5) Că majoritatea accidentelor sunt produse cu corpí contondanți și anume : bastóne, ciomege, pietre, óle, pahare etc. ceia ce arată o lipsă de premeditare căci bețivul dă cu ce apucă. În adevér, în nici un cas n'am constatat o crimă intenționată, căci chiar în cele două cazuri mortale, actul a fost făcut în urma unor mici discuții la beție, de ómeni de alt-fel fórte prieteni între dênși.

Raportul traumatismelor asupra stărei de beție acute.

Lecțiunea XXI.

Domnilor,

Mai întâi trebuie să discutăm dacă da sau nu, putem face operațiuni pe un om aflat în perioada III de beție.

Dacă este vorba numai de o beție accidentală, putem întreprinde unele operațiuni de urgență, căci după observațiunile clinice, o asemenea beție ce nu face parte dintr'o stare obicnuită a bolnavului—constituind acea intoxicație inveterată—nu are absolut nici o influență rea asupra mersului natural al plăgei. Cel mult bolnavii aŭ a doua zi după beție o stare saburală pasageră, cu cefalalgie, reacțiune ușoră febrilă, sete etc., fenomene însă cari dispar după 48 ore, fără să dea naștere vre-unui element defavorabil în evoluțiunea consecutivă a leziunii. Ba ce este mai mult, în forma comatósă a beției, putem fi chiar obligați a interveni, spre a scăpa viața individului.

Iată o observație din cele mai curioase, petrecută în spitalul din Londra. Un om de 31 ani fu adus în spital într'o stare complectă de insensibilitate în urma unei beții monstre făcută la un banchet, cu rachiŭ și bere. Bolnavul avea pupilele larg dilatate, respirația stertorósă și absența de orî-ce mișcare voluntară în timp de 4 ore. Cu tótă pompa stomacală și vomitivele ce scóseră destulă cantitate de lichide, starea bolnavului nu s'a îmbunătățit. El devine comatos, fața se tumefiază, iar respirația din ce în ce mai dificilă; pulsul filiform, respirație rece, insensibilitate generală la orî-ce fel de stimulație, deglutiție imposibilă, în fine amenințare de mórte iminentă. Atunci chirurgul Tompson practică tracheotomia, și scapă viața bolnavului, care după 3 săptămâni ese din spital vindecat.

De multe ori am vădut că răniri chiar grave, nu aŭ nici un efect asupra stărei de beție, bolnavii putënd fi tăiați sau sdrobiți, fără să simță. Câte odată însă se observă lucruri curioase. Așa, un om fiind

beat, dacă primește o lovitură saă cade, fenomenele de beție dispar imediat. Astfel s'a vęđut indiviđi cari în urma unei entorse, durerea fiind fórte vie, omul din beat mort s'a trezit imediat. Bazatđ pe acest fapt, s'aú și instituit mijlócele energice ca bătai, revulsivele și chiar ferul roșiu, ca proprii pentru a fi aplicate în perioda III de beție. Acęsta lucręză printr'un fel de contro-stimulație, printr'o sguduire vie ce se imprimă întregului organism, în urma cäreia, excitabilitatea nervósă dormitändă, fiind repede deșteptată, acęsta stimuleză la rândul sęu circulația cerebro spinală ca și a celor alte organe, aduce oxigenarea sângelui și cu dınsul face să dispară fenomenele de asfixie.

Unii aú pretins ca traumatismul póte să producă efecte inverse, susțiind că s'aú vęđut indivizi numai puțin amețiți de vin, cari în urma unor lovituri vii, aú devenit cu desävırșire beți; dar acestea sunt mai mult niște pure curiosități și de un interes chirurgical fórte mediocru.

Vom termina însă adăogând că în unele casuri, în urma unui pansament larg cu alcool a plăgilor cu suprafață întinsă și profundă, bolnavii aú simțit adevęrate fenomene de beție, probabil prin străbaterea alcoolului în organism prin vasele plăgei.

Terminând cu studiul beției acute începem acum partea a doua a chestiunei, adică:

Alcoolismul cronic și traumatismul.

Abusul dılnic și mult timp preiungit al alcoolului provocă turburări așa de profunde și numeroșe în organism, în cât îi schimbă cu desävărșire constituția sa fiziologică. Individul ajuns în perioda cachectică de alcoolism, devine după cum dıce Gosselin, un bătrân anticipat; ba mai mult încă, un bătrân bolnav; căci țesuturile sale nu sunt numai atrofiate ca în bătrânețea normală, ci degenerate, așa că alcoolismul determină o bătrânețe *precoce* și *patologică*.

În adevěr, cine nu cunoșce starea vrednică de compătimit a unui tēnēr, coprins de alcoolism cronic. Figura sa e bohăită, palidă și fără nici o expresiune, saú brăsdată de nisce dilatațiuni neobicinuite a capilarelor, dând nasului o colorațiune roșie caracteristică, saú desemnându-se pe dınsul și pe pomete, venele și capilarele, ce forméză leziunea cunoscută de **couperosă**.

Primul organ intern ce suferă este fără îndoială stomacul, căci el vine cel dintăi în contact direct cu acęstă otravă. De aceia vedem pe alcoolici, că încep a-și manifesta degradațiunea or-

ganică prin turburări digestive: cei mai mulți au vărsături gleróse sau bilióse, mai ales diminéța; mucósa stomacală luând o îngroșare enormă, devine incapabilă pentru fenomenul digestiunei; de aceea bețivií de profesie nu au poftă de mâncare, se mulțumesc cu fórté puțin, căci digestiunea e dificilă și chiar durerósă, ceia ce denotă un început de ulceratiune a stomacului. Alcoolicii tot-d'auna cu limba saburală, au fórté des diaree, însoțite de colici și crampe.

Unii alcoolici sunt slabí; cei mai mulți însă au aparența de a fi bine constituiți și grași; cărnurile lor însă sunt moi și flasce. Sistemul muscular numai are nici o energie în trinsul, de unde mersul alcoolicilor este nesigur, iar membrele superióre își perd dexteritatea și sunt coprinse de o tremurătură senilă, copleșind de asemenea muschií limbei, buzei și ai bărbiei, ceia ce face că alcoolicii încep a vorbi cu dificultate, să li se încurce limba, și la cea mai mică emoțiune să nu pótă pronunța nici un cuvânt, ci numai să gângăvescă cu limba, buzele și bărbia tremurânde.

Ficatul iarăși este unul din organe care suferă fórté mult la alcoolici. Dinsul este sediul celor mai grave degenerescențe, gresósă. amiloidă etc., împedcându-í funcțiunea fisiologică. Creșterea de volum a ficatului câte o dată devine enormă, iar altă dată se atrofiază în cel mai înalt grad posibil, dând acele ciroze atrofice tip, cari cu ascita colosală ridică viața bolnavului.

Cordul suferă și el aceiași degenerescență gresósă, care-í atrofiază fibrele musculare, făcându-l se funcționeze mai încet, să aibă bătăi slabe și profunde, și la cea mai mică emoțiune chiar să se opréscă.

Rinichií iarăși nu scapă de acest flagel. căci și dînșii în urma iritațiunei continue ce determină alcoolul, se imflamează încetul cu încetul, degenerésă ca și cele-alte organe, mergând chiar până la suprimarea funcțiunilor sale.

Sistemul circulator ne dă leziunea caracteristică de arterio sclerosă, care constă în disparițiunea fibrelor musculare lise și înlocuirea lor prin țesut conjunctif sau degenerarea gresósă. În aceste condițiuni, vasele își perd puterea elastică și contractilă; devin friabile, așa ca emoragiile sunt fórté frecvente la alcoolici.

Sistemul nervos presentă și dînșul turburări fórté diferite: meningele capătă câte odată o îngroșare enormă și devin aderente de bolta craniénă. Circulațiunea cerebrală, făcându-se în mod defectuos, face ca acest organ se suferé diferite alterațiuni până la ramolire, din cauza unei nutrițiuni próste și insuficiente. De aceea vedem pe alcoolici că încep să-și pérdă din vigórea facultăților intelectuale, me-

moria să le devie infidelă, iar aptitudinea lor către lucru să se perdă din ȳi în ȳi. Când alcoolismul continuă, leziunile se pronunță și mai mult, așa că începem să vedem diferite contracturi, dându-ne mișcările convulsive, epileptiforme sau choreice.

În fine, în ultima perioadă, alcoolicii sunt coprinși de alucinațiuni, de ipohondrie și diferite manii, cari fac, că unii din acești nenorociți își ridică singurii viața cu un moment înainte, prin sinucidere.

Eată pe scurt tabloul trist dar adevărat al unui alcoolic, care aflat în această degradare generală și profundă a organismului, dînsul va suporta greu o leziune traumatică, fiind cu totul lipsit de or ce vigóre pentru a conduce o luptă. De aceea vedem, că adesea ori în urma celei mai ușore leziuni externe, alcoolicul, fie prin complicațiunile ce aduce traumatismului, fie prin răsuetul acestuia asupra organelor sale deja bolnave, se distruge întocmai ca un copaciū putred, ce nu așteptă de cât suflarea unui vînt ușor.

Pentru înlesnirea subiectului s'a făcut o diviziune naturală în acest studiū, stabilindu-se două capitole principale.

I) Efectul alcoolismului cronic asupra traumatismelor și II) Reciproc-efectul traumatismului asupra alcoolismului.

I) Efectul alcoolismului cronic asupra traumei.

În acest capitol vom vedea diferite complicațiuni locale și generale, ca adinamie, sau exaltațiune, febre intense și rebele, în fine flegmóne, erisipele, gangrene etc., cari în mod subit vor veni să însoțescă o leziune traumatică, și acesta numai grație intoxicațiunei cronice sub influența caria individul rănit se găsește.

Și aci iarăși se stabilește două sub diviziuni: *Efecte directe ale alcoolismului asupra traumatismelor*, ce se caracterisă prin acesta, că leziunea traumatică se complică imediat ce s'a produs, prin acțiunea directă a alcoolismului. Exemplu: un alcoolic își fracturază o cóstă; dar acest alcoolic coprin de o excitațiune nervósă începe a face mișcări desordonate, și ast-fel fractura de cóstă devine imediat o fractură complicată prin perforarea cavităței pleurale și chiar ruperea pulmonului.

Un alt exemplu: Un alcoolic fără să fie beat, este apucat de un atac de congestiune cerebrală și cade jos, fracturându-și cóspsa. Acest om, fiind luat drept apoplectic, nu se dă nici o atențiune la împotența funcțională a membrilor, atribuindu-se acesta unei perderi a mișcărilor ce însoțesc în mod natural asemenea crise, așa că tocmai târziu se re-

cunoste fractura, ce deja pôte s'a complicat de mișcările desordonate ale bolnavului, fie prin ruperea osului în fragmente mai mici, fie prin perforațiunea tegumentelor sau deschiderea unui trunchiū vascular.

Dar cele mai importante din aceste efecte sunt de sigur

b) *Efectele secundare ale alcoolismului asupra traumatismului*, ce se caracterisă prin acêsta, că o leziune traumatică este așa de viū influențată, în cât pôte provoca o *môrte subită a rănitului*, pe care nimic n'a putut'o prevedea; sau că acêstă leziune se va complica în mersul său de fenomene inflamatorii infecțioase, cari iarăși *pot pune viața bolnavului în pericol*. Decî ne vom ocupa întâi de *môrtea repede la alcoolici în urma unui traumatism*.

Nu este nimic mai penibil, ȃice Verneuil, pentru știință, și nimic care să pôtă sdruncina creditul unui chirurg, de cât acele catastrofe de môrte subită, în care un operat móre după câte-va ore, fără să fi putut prevedea acêstă môrte și fără ca cel puțin autopsia să ne arate cauza sau leziuni suficiente spre a ne putea explica un asemenea desastru. Și niște asemenea casuri nenorocite, fôrte adesea le întel-nim pe alcoolici cari, în urma celor mai neînsemnate traumatisme sau operațiunii chirurgicale din cele mai simple, mor subit fără ca acêsta să ni se explice nici prin sediul, nici prin intinderea leziunii primitive, precum nici prin desvoltarea și extensiunea accidentelor inflamatorii plecate dela plagă.

Acêstă môrte subită, probabil, nu o putem explica de cât printr'o alterațiune repede a sângelui, care lucrăză asupra organismului în modul celor mai puternice otrăvuri septice.

La alcoolici, există deja o alterațiune prealabilă a sângelui, dar compatibilă cu viața și chiar cu exercițiul pasabil al funcțiunilor. Sub influența unei răniri, a unei mici emoragii sau a ultimului exces alcoolic, acêstă alterațiune preexistentă a sângelui, repede se mărește și ia proporțiunile unei otrăviri supra acute. Sângele încărcat cu principii toxice, repede se precipită către centrele nervoase deja predispușe și determină môrtea mai 'nainte ca accidentele secundare plă-gilor să aibă timpul să se desvolte. Individul móre de o septicemie internă supra acută. (Peronne.)

Wagner și Busch, în Germania, explică môrtea repede a alcoolice-lor, mai ales în casuri de fracturi, prin producțiunea unor embolii gresoșe, plecate chiar din focarul fracturei. Și acêsta cu atât mai mult pare adevărată, cu cât în sângele alcoolicilor s'a observat globule de grăsimi, găsindu-se chiar și coagulii gresoși în cavitățile cordului. Pe de altă parte, cercetările lui Rokitsansky și Lancereaux au dovedit că la alcoolici ôsele devin sediul unui deposit adipos mai mult sau

mai puțin abondent, ce se depune în vacuolele țesutului său. Osul alcoolicului se apropie de al bătrânului, având aceeași lărgime mare a canalului medular, aceeași păreți subțiri, friabil și casanți, în fine aceeași substituțiune a substanței osoase prin substanță gresosă. De aci lipsa de consolidare a fracturilor, de aci probabil formațiunea de embolii gresoase, ce poate determina mărtea instantanată a alcoolicului.

Noi credem că și aci e vorba tot de o asociațiune a microbilor. În adevăr, în urma unei simple plăgi sau chiar contuziune, e destul ca cel mai inofensiv microb să între în organismul alcoolicului deja otrăvit din carne până în oase, pentru ca dinsul să cadă imediat neavând cea mai mică forță de rezistență. Acesta formeză pentru alcoolic, ultima picătură ce se adaugă într'un pahar cu totul plin, ce nu așteaptă de cât o asemenea ocazie pentru a deborda, pentru a'și versa conținutul. Dar mărtea subită se mai poate explica și prin degenerescenta gresosă a cordului. Ați avut un exemplu trist zilele acestea prin mărtea subită a unui celebru cântăreț care, fiind deja un vechi alcoolic, făcuse cu o zi înainte ultimul său chef care a durat până la ziua. Voind a cânta la piano, de o dată cade jos și rămâne mort. Cum ne explicăm asemenea fapte? De sigur, sau printr'o supra otrăvire a organismului, sau printr'o emoțiune contra căria cordul fiind surprins n'a putut lupta fiind degenerat, și astfel mărtea se produce prin sincopă cardiacă bruscă.

Dar dacă alcoolicul nu piere printr'o mărte subită în urma unui traumatism, cel puțin complică aceste leziuni prin supurațiuni și inflamațiuni difuze, lucru pe care clinica pe fie-care îi ni-l arată.

Aceste supurațiuni se caracterisă prin aparițiunea lor repede și fără să fie însoțite de cortegiul obicinuit al simptomelor cardinale a inflamației, așa că supurația se manifestă la exterior numai printr'o simplă colorațiune specială a pielii, ce devine lividă, bronzată, ca și cum ar fi imbibată de o soluție slabă de nitrat de argint.

Terrillon a observat niște asemenea depozite abondente de gramațiuni chiar și pe mucosa intestinelor subțiri la alcoolicii inveterați. Lancereaux observă de asemenea, că mulți din bolnavi atinși de melanodermie sunt alcoolicii de profesie.

De sigur, că aceste corpuscule pigmentare, provin din distrugerea globulelor roșii ale sângelui, înlocuindu-se printr'un număr mai mare de globule albe, ce fără îndoială formeză cauza supurațiilor abondente.

Alcoolicii sunt foarte dispuși la gangrene, nu numai în urma unui traumatism, dar chiar și în urma unor inflamații.

Astfel la bețivi, erisipelul are foarte mare tendință către gangrenă.

Unii, mai ales în Anglia, posedă ulcere cronice cu caracter fagedenic pe gambe.

Bergeret a publicat observațiunea unei femei pasionată pentru băuturi alcoolice care, în urma unei erupțiuni de pemfigus și eczemă, tâtă suprafața corpului s'a transformat într'un ulcer vast din care se scurgea o materie ichorôsă și fetidă.

Ricord a arătat de asemenea că la bețivii, mai ales vara, șancă-rile cele mai simple devin foarte repede inflamatorii și chiar gangrenose pentru care le-a și numit șancăre *eno fagedenice*.

Billroth în fine, citéză un cas foarte curios observat pe un alcoolic cu afecțiune cronică a rinichilor care în urma unei limfangite a gambei, ganglionii inguinali se inflamără, se tumefiară și cădură în gangrenă împreună cu pielea ce-i acoperia.

În fine grație degenerescentei gresose a ficatului și alterațiunea sistemului circulator, lesne ne putem explica producțiunea de emorragii secundare ce se observă la alcoolicii. Pe de altă parte, alterațiunea sângelui, lipsa de plasticitate precum și decrepitudinea precoce a organismului, ne esplică iarăși greutatea cu care plăgile se vindecă la alcoolicii, ceia ce a și făcut să fie numiți *răi de carne*.

Relativ la facilitatea cu care gangrena se desvoltă pe alcoolicii în urma celor mai neînsemnate traumatisme, vă reamintesc unul din casurile cele mai tipice ce am avut în serviciul meu anul trecut, și asupra căruia am făcut chiar o lecțiune clinică.

Cred că nu vatămă întru nimic reproducând acea lecțiune, ceia ce vom face în ședința viitoare

CHESTIONAR

Intervențiunile în periôda III de beție.

Efectele traumatismului asupra beției producând trezirea celui îmbătat.

Aplicațiuni practice.

Fenomene de beție în urma pansamentelor largi cu alcool.

Alcoolismul cronic și traumatismul.

Tabloul clinic al unui alcoolic cronic.

Leziunile organice ale viscerelor și cele-alte sisteme, în special cel circulator. Comparația lui Gosselin. Consecințe practice. Efectul alcoolismului asupra traumatismului.

Complicațiuni locale și generale.

Efecte directe ale alcoolismului asupra traumatismului. Eemple.

Efecte secundare. Mórtea subită.

Considerațiuni generale ale lui Verneuil asupra acestei chestiuni. Mórte prin precipitarea sângelui intoxicat asupra centrilor nervóse.

După Peronne, printr'o septicemie internă supra acută.

După Wagner și Busch, mórtea provine în urma emboliilor gresóse.

Opinia autorului prin care mórtea se produce prin sincopă cardiacă și asociația microbienă.

Cele-alte efecte asupra traumatismului: gangrene, fagedenismul ulcerelor.

Observațiunile lui Ricord și Billroth.

Emoragiile secundare; dificultatea cicatrísărei plăgilor, etc.

DESPRE GANGRENĂ LA ALCOOLICI

Lecțiunea XXII.

Domnilor,

În urma studiului destul de amănunțit, ce am avut onórea a face cu d-vóstră, asupra raportului dintre alcoolism și traumatism, întâmplarea a făcut ca în serviciul nostru să se presinte un cas de gangrenă pe un alcoolic.

Profitând de ocasiune, îmi cer voe a expune acest fapt în fața d-vóstre. ¹⁾

Vé aduceți aminte d-lor, tabloul trist ce ne oferă un alcoolic care, după comparațiunea ingeniósă a lui Gosselin, ne represintă un *bétrán anticipat și patologic*.

Și în adevěr, alcoolicul nu are nimic în organismul sėu care să nu fie atrofiat și degenerat: meningele sale sunt îngroșate, mușchiul cardiac înlocuit prin grăsime; ficatul distrus prin copleșirea degenerescențelor granulo-gresóse, iar rinichii, într'o permanentă iritație, sunt împedicați de la rolul lor fiziologic. Dar mai presus de tóte, sângele alcoolicului este profund alterat prin distrugerea globulelor roșii, prin înlocuirea lor cu un număr mai mare de globule albe și diferite corpuscule pigmentare; de unde, lipsa de plasticitate și absența de materialuri trebuincióse pentru reparațiunea unei plăgi. Și dacă la tóte acestea mai adăogăm cunoscuta alterațiune a sistemului vascular adică arterio-sclerosă, lesne putem vedea în ce condițiuni precarii se găsesce un alcoolic în fața unui traumatism or cât de ușor ar fi, și de ce minimă vitalitate organismul sėu e dotat, pentru a putea lupta cu cel mai neînsemnat agent exterior. De aceea, după cum ați vėđut, alcoolicul saú că móre repede, instantaneú ca și cum ar fi trăsnit; saú că

¹⁾ Vezi „Clinica“ pag. 197 din 1891.

la densusul, inflamația cea mai anodină se însosese de complicațiuni din cele mai periculoase, putând aduce cu dênsele mórtea individului. O plagă cât de inocentă, pe un alcoolic nu se vindecă; se inflaméză, supurează, se complică de fuzee purulente, de erisipel și în fine de gangrene une-orî mortale.

Și nu numai în casuri de cehexie alcoolică, de beție confirmată și înveterată se observă aceste rezultate înspăimântătoare: în tóte zilele, zice Verneuil, vedem ómenî în flórea etáței, cu aparența unei constituțiuni forte, cu o putere atletică, cu o sănătate nesdruncinată, după spusa lor; ómenî neobositori la muncă, ardenti la lucru ca și la chef, dar asupra cărora leziunile traumatice cele mai ușóre devin punctul de plecare a celor mai grave accidente, pe cari nimic nu le póte opri din mersul lor; terapeutica cea mai rațională este cu desăvârșire impotentă. Ast-fel vedem apărând limfangita, flegmon difus superficial sau profund, erisipel malign, gangrene întinse, emoragii consecutive, etc., totul însoțit de febră intensă, septicemie repede, delir furios; iar la interior, congestiuni și flegmasii viscerale cu mers fulgerător, și tóte acestea adesea în urma unei simple sgârieturi.

II.

Studiul gangrenei alcoolice putem zice că și datorește începutul său lui Broca, care a făcut să apară două tесе în această privință, sub inspirațiunea sa.

Din observațiunile conținute în aceste lucrări, reese că, mai toți indivizii fiind atinși de alcoolism cronic, imediat după accident sau după o ședere scurtă de câte-va zile în pat, diferite puncte ale corpului lor, mai ales sacrul, trochanterele, omoplații etc., sunt copleșiți de gangrenă. Și de óre-ce nisce asemenea gangrene apar pe alcoolici și în puncte depărtate de locul traumatizat, în mod foarte repede, li s'a dat numele de *decubitus acut al alcoolicilor*, prin analogie cu un alt decubitus acut de origină nervósă, descriș deja de Samuel și Charcot.

La rindul său, Verneuil, într'un discurs făcut la Academia de medicină din Paris în 1871, atrage atențiunea asupra gangrenei de natură alcoolică zicând: Am tratat de la începutul lor două casuri de pustulă malignă foarte circumscrise, având sediul la mână și antebraț. Am întrebuițat cauterisări cu vigóre spre a distruge în mod sigur focarul virulent. Rêul însă n'a fost oprit: o umflătură enormă copleși repede întregul membru, noui eschare se formară, un delir furios a apărut și mórtea termină scena în 48 ore. În ambele casuri, indiviții, funcționari la abator, erau de o vigóre excepțională, dar în acelaș timp

și uniți din *cei mai reputați alcoolici de profesie*. Și iarăși mai departe adaugă: strangulațiunea herniară, leziune pur mecanică în aparență, este foarte greu de vindecat la alcoolici. Kelotomia, atât de eficace la indiviții ordinari—când e făcută la timpul oportun—la dînșii mai nici odată nu reușește. Suprimarea strangulației nu oprește nici nu previne peritonita; bolnavii mor imediat în prostrație. Ast-fel la un alcoolic, spune Verneuil, atins de hernie strangulată, intestinul s'a gangrenat după 36 ore, iar mórtea a venit a treia zi, fără peritonită.

Gillette în studiul său foarte amănunțit asupra plăgilor prin armă de foc în 1875 a arătat frecuențe de gangrenă ce complicaū aceste plăgi, și cari tot-deauna se iviaū pe resculații comunei, dedați la un abus enorm de bēturii alcoolice.

III

Dar dacă nisce asemenea gangrene se observă în urma unor afecțiuni relativ grave ca: strangulațiune de hernie, plăgi prin armă de foc sau fracturi complicate, Jalaguier în 1880 a arătat prin mai multe observațiuni, cum la alcoolici, limfagitele, plecate din leziuni foarte mici, capătă o extremă gravitate, de óre-ce mai tóte casurile s'au terminat prin gangrenă, iar unele chiar prin mórte.

Eată un mic resumat:

1) H... 37 ani, *limfangită gangrenósă plecată din mai multe papule de prurigo* și copleșind tot membrul superior. Obiceiuri de beție de 15 ani; tremurătură alcoolică, nici zahăr nici albumină în urină. Delir caracteristic. Largi incisuni, afecțiunea își continuă mersul. Nouă intervențiune cu ferul roșu pe eschare și lanțurile limfangitice. Ameliorațiune, vindecare foarte lentă.

2) H... 43 de ani, dar avēnd aerul de 60, muncitor, vechi alcoolic de un timp îndelungat. Nici zahăr nici albumină în urină. *Contusie rēū determinată a piciorului în urma unei căderi*. Frisson în prima și, roșiată și umflătură repede a gambei. Chiar de a doua și semne de sfacei. A deca și, limfangita se urcă până la terțul inferior al cōpsei, eschare pe dorsul piciorului și al gambei. Starea generală gravă, sub delirium, variațiuni de temperatură între 39³ și 36⁶. Lini și puncte cu Paquelin. Ameliorațiune considerabilă în timp de 15 zile, când apare o pleuro pneumonie ce omórá pe individ în 2 zile.

Autopsia: lichid în ventriculele cerebrului, pāreți vilosi, pleuresie la drēpta, urme de pneumonie cronică. Ficat foarte voluminos, galben, foarte gras dar fără abcese. Cele-alte organe normale.

3) Om de 54 ani, cu aparență vigurosă, alcoolic; cade. *Torsiune*

uşoră a piciorului, escoriaţiune superficială pe faţa externă a gambei. A doua zi, limfangită cu flictene, febră şi frisoane repetate. În zilele următoare, flictenele se rup, lăsând în locul lor eschare. A noua zi, febră vie şi delir alcoolic, limfangita flegmonosă se ridică până d'asupra genuchiului. Lipsă de varice; nici zahăr, nici albumină în urină. Până la a 16-a zi amelioraţiune generală şi locală când fenomenele reapar: violent frison, febră intensă, iar limfangita îşi reia mersul.

Nouă amelioraţiune, dar după 19 zile, fenomene cardio-pulmonare rău determinate ridică viaţa bolnavului.

La autopsie se găseşte: cord ipertrofiat, pericardită recentă fără epanşament. Aorta ateromatosă, rinichi sclerosati şi graşi, sclerosarea arterelor renale. Nimic la celelalte organe, lipsă de flebită.

4) Om de 60 ani, care bea 4—5 litruri de vin pe zi. Ulcer varicos cronic la partea inferioară a gambei drepte. *Fără cauză cunoscută* e coprins de accidente generale grave: delir, febră, diaree şi limfangită în jurul ulcerului.

Ameliorare în timp de 10 zile, când fenomenele reapar însoţindu-se de flictene şi plăci de sfacel pe picior şi gambă; nouă amelioraţiune, lipsă de zahăr sau albumină în urină. Reparaţiune lentă după căderea escharelor. În acest timp capătă o pluresie care se resorbe, însă, pe când nu mai era nimic de temut, bolnavul e cuprins de un delir furios ce durează 36 ore, determină o comă şi în 48 ore mórtea.

La autopsie se găseşte: o îngroşare considerabilă a meningelor, emoragie puţin întinsă în protuberanţă şi în nivelul insulei la dreapta. În pept urme de pleuresie; nici o leziune cardiacă, aorta extrem ateromatosă, congestia rinichilor cu sclerosarea arterelor renale.

Am ţinut să reproduc resumatul acestor câte-va observaţiuni din scrierea lui Jalaguier, pentru a vedea cum cazul nostru are foarte mare analogie cu dânsule, în ceia ce privesce izbucnirea unei gangrene aşa de întinsă în urma unei leziuni aşa de uşoră. În adevăr, bolnavul nostru, din pricina unei simple escoriaţiuni nebăgată în seamă, era pe punctul de a-şi pierde viaţa, şi pentru ce? pentru simplul cuvânt că este alcoolic. Nu va mai rămâne decî nici o îndoială că, influenţa alcoolismului este care a favorizat transformarea limfangitei din simplă în flegmonosă, iar pe acesta în gangrenosă, ce de sigur fără intervenţiunea noastră energetică, lucrul ar fi luat proporţii distrugătoare:

Eată observaţia:

Paul Martinović, de 52 ani, născut în Ungaria şi de profesie curier, intră în serviciul nostru la 5 August 1891. Despre părinţii săi, cari au murit, nu ne poate da multe desluşiri, afară numai de mama

sa ce a murit de umflătură la pânțele și picióre (probabil ciroză atrofică de natură alcoolică). Despre fratele său care trăește, nu știe nimic.

Dinsul a suferit în copilărie de friguri, a avut blenoragie în tinerețe, dar sifilis nici odată. De un timp îndelungat, bolnavul suferă de umflături la picióre, mai des la cel stâng și cu deosebire când umblă; să spunem imediat că e puțin varicos. Declară că usază de băuturi alcoolice dar fără să facă excese mari(!?) Nu este însă mai puțin adevărat că are tremurături în degetele mânilor, caracteristice alcoolilor.

Cu 5 săptămâni înainte de a veni la spital, s'a lovit la piciorul stâng, producându'și o plagă contusă, dar care, afirmă densus, s'a vindecat în câte-va zile. La 3 August simte *fără nici o cauză apreciabilă*, durere și arsură în partea inferioară a gambei stângi, însoțindu-se de febră și ușoră tumefacție. A doua zi, durerea și tumefacția devin mai mari, iar gamba începe să se roșească. La 5 August, starea locală și generală agravându-se, bolnavul vine la spital.

Examinat, găsim la plămâni o bronhită ușoară; cordul normal ca volum, are însă un suflu ușor la finele timpului I; din partea organelor abdominale nimic de remarcat. Bolnavul de o constituție robustă, e bine dezvoltat. Are tremurături alcoolice în membrele superioare mai ales când îl punem să ție degetele întinse. Arterele radiale și temporale ateromatose. Bolnavul e foarte agitat, are o sete vie, iar temperatura 39²; gamba stângă foarte dureroasă, roșie și tumefiată; tumefacția se întinde până la genunchiul. Pe fața antero-internă și inferioară a gambei stângi se observă o flictenă cu circumferință de 0,06 c.m. plină cu seriositate sanguinolentă. Tota gamba e coprinsă de fenomene bastarde ale unui flegmon difuz: o indurație ce nu lasă nici o urmă prin presiune de cât numai în nivelul degetelor de la picióre; nicăeri nu se constată cea mică colecție purulentă cu totă roșița difusă și umflătura enormă a membrului.

Sera se prescrie o bae antiseptică locală după care apoi un Priesnitz cu sublimat. Chinină.

6 August. Durerile devin și mai mari, temperatura se menține la 39, roșeța și tumefacția încep să se întindă pe cósă; ganglionii inguinali și crurali sensibili. Flictena spărgându-se, lasă de ese un lichid sero-sanguinolent rămând în loc o ulceratie, de o culoare roșie lividă, murdară. Se prescrie acelaș tratament.

7 August. Starea generală și locală și mai rea. Bolnavul cu limba uscată, abătut, are diaree; se constată o limfangită difusă care pleacă de la fața internă a gambei și merge, coplesind totă fața internă a cóssei, până la rădăcina membrului, unde ganglionii regiunii sunt foarte

tumefiați și dureroși. Gamba se găsia într'o tensiune așa de mare, în cât pielea devenise lucitoare și părea că e pe punctul de a plesni. În scurt, ne găsim în fața unei gangrene iminente și totală a membrului.

Imediat am intervenit în modul următor, căci nimic alt-ceva nu era de făcut. Am luat acul cel mai subțire al termo-cauterului, ce se întrebuințează în oculistică, și încălzindu-l la roșu, am aplicat în mod foarte regulat și sistematic, după cum ați văzut, o mulțime de puncte unele lângă altele, începând de la degetele piciorului până la rădăcina cōpsei. Aceste puncte, pe cari împreună cu dv. le-am numărat până la 3,000! am căutat să nu fie nici prea superficiale, dar nici prea profunde; am căutat ca mai toate să pătrundă grosimea dermului, fiind în același timp mai puțin ca un centimetru depărtare unele de altele.

Efectul imediat l'ați constatat singuri și anume că, din fie-care punct eșiau picături de o serositățe galbenă. E în adevăr și ceva plăcut de văzut cum, un întreg membru, brăzdat de aceste miș de puncte foarte regulat și estetic așezate, se inundă, ca să zic ast-fel, de lichid, întocmai ca și fruntea unui om copleșită de transpirațiunea cea mai profusă.

Cu această ocașiune, nu pot îndestul să vă recomand d-lor, acest mod particular de a trata limfangitele difuse precum și flegmónele așezate pe indiviđi alcoolici, diabetici sau albuminurici. Sub nici un cuvânt să nu întrebuințați bisturiul, cunoscut fiindu-ne că or-ce operațiune sângerósă este incompatibilă cu stările diatesice și constituționale cronice. Și acesta nu numai din cauza emoragiilor ce câte odată devin îngrijitoare, dar și din cauza punctului de plecare al celor mai teribile complicațiunii septicemice, de cari alcoolici, diabetici etc., au o adevărată predilecțiune.

Sunt sigur că mulți din d-vóstră își reamintesc bolnavul din serviciul profesorului nostru, d. dr. Asaky, căruia i-am aplicat pe ante-brăț și brațul drept ce era coprins de o limfangită și edem colossal al membrului, peste 4,800 de asemenea puncte fine de foc. Și ați văzut cum acest bolnav alcoolic, fără să pērdă o picătură de sânge, s'a vindecat în mod perfect. Chiar de a doua zi membrul, ce era cu 8 cm. mai gros ca cel sănătos, a devenit suplu și de acelaș volum aprópe ca și dēnsul. În fine, orí de câte orí ocașiunea mi s'a prezentat, tot-deauna am recurs la acest mijloc și tot-deauna am tratat antraxele și limfangitele flegmonóse în acest mod cu cel mai frumos succes.

Dar să revenim la bolnavul nostru. Chiar de a doua zi se observă o ameliorațiune foarte mare. Febra a scăđut, gamba a devenit mai móle, iar starea generală mai bună.

9 *August*. Or-ce urmă de limfangită de pe cōpsă dispărută. Tem-

peratura 37. In locul flictenei rămâne o ulceratie cu aspect gangrenat.

10 August. Pe partea de mijloc a gambei se desemnează un enorm sfacel în formă de cravată, ce nu este întrerupt de cât la fața posterioară a gambei, printr'un segment de piele sănătoasă, ca de 2—3 c.m. precum arată fig. 32.



Fig. 32.
Gangrenă alcoolică.

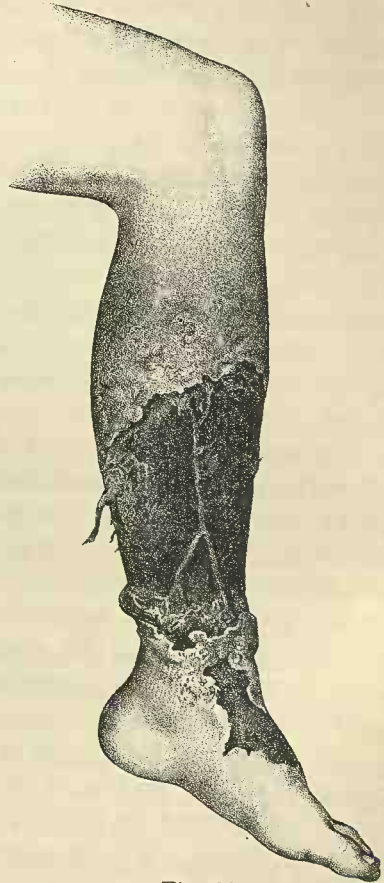


Fig. 33.
Gangrenă alcoolică, a cărei parte sfacelata eliminându-se, a lăsat vena safenă internă denudată

11 August. Aceiași stare, gangrena e bine limitată. Temperatura normală. Nici o durere, bolnavul nu suferă de nimic. Nu se constată nici albumină nici zahăr în urină. Se dă chinină și tonice.

15 August. Sfacelul devine mobil, sghiabul de eliminațiune începe a se desemna.

La 19 tótă partea gangrenată s'a eliminat, lăsând în locul său o foarte frumósă suprafață roșie și burgeonantă, ale cărei dimensiuni sunt :

pe fața externă a gambei, plecând cu 2 laturî de degete de la maleola externă 19 c.m.; pe fața anterioară 16 c.m.; pe fața internă cu o latură de deget de la maleola internă 27 c.m.

Pe această vastă plagă se vede *vena safenă internă*, deslipită de țesuturi, dar menținută încă prin extremitățile sale; densa aderă de mușchi prin câte-va ramificațiuni rămase intacte, altele fiind rupte. Vena, în totă lungimea sa e obliterată complet, formând un cordon tare, dar regulat. (Vezi fig. 33).

La 20. Am excisat totă porțiunea de venă în întindere de 16 c.m. pentru a o supune la examenul microscopic și bacteriologic, fără să fi curs o simplă picătură de sânge.

De atunci și până acum cicatrizarea, de și în mod lent, își urmărează cursul său normal.

Care este morala ce putem trage din această observație? Că individul nostru, fiind alcoolic, era pe punctul de a-și perde viața din cauza unei simple iritațiuni, ce de sigur s'ar fi întins în totă lungimea vasului, și prin urmare am fi avut o gangrenă a întregului membru, dacă nu am fi intervenit la timp.

Eată acum și examenul istologic și bacteriologic, făcut de d-nu prof. Babeș, pe care îl reproducem ast-fel precum a fost descris de însuși d-sa.

Vena safenă, astupată de un trombus organizat în totă întinderea, are perețele foarte îngroșat prin disocierea tunicelor cari sunt distanțiate prin elementul de neo-formațiune mono și poli-nucleare și prin pigment, pe lângă care există și elemente fibro-plastice. Mai ales în jurul tunicelor există o adevărată neoformațiune de vase și de țesut conjunctiv său cicatricial. Tote acestea însă rămân în stare embrionară, iar între ele există un fel de exudat hialin său granulat; prin acest țesut trec nisce trabeculii groși formați de un țesut aproape sclerotic.

În interiorul vasului contractat există un trombus ce în părțile periferice e format de un țesut fibro-plastic cu elemente dispuse transversal spre periferie și formând un strat subțire și sbêrcit; cu oparența hialină. În interior se află apoi un strat cu mult mai gros, uniform, mai palid, putem zice, cu spații neregulate, cari totuși par a fi căptușite de un epiteliu său de celule fibro-plastice.

Spre centru vine apoi un alt strat format de elemente rotunjite mononucleare, amestecate cu pigment.

Nucleul trombusului e format de o substanță hialină cu spații neregulate spre centru, conținând pigment amorf.

În jurul acestei vene mari sunt și alte vene mai mici, în parte puțin modificate și cu tunica îngroșată; altele conțin sânge și fibrină.

În fine sunt părți pe secțiuni, unde există nise formațiunii rotunjite, de un diametru de 1 sau 2 milimetri ce par a fi vase obliterate, cu o structură particulară: se vede anume, la mijloc un gol oval sau rotunjit care conține câte-va globule de sânge destul de bine conservate și căptușite cu un endoteliu proliferat. După aceia corpusculul în cestiune e format de un țesut vacuolar, vacuolele fiind dispuse mai mult sau mai puțin într'o direcție radiată, și după cât se pare ele sunt formate de nise vase mici tăiate transversabil, în parte căptușite cu un endoteliu proliferat, iar altele cu celule mari, fără nucleu sau numai cu aerul de nucleu și cu o protoplasmă uniformă și gălbue, conținând pigment sau póte globule roșii de sânge. Intre aceste vacuole există un țesut în aparență sclerotic, dar conținând un număr mare de celule musculare netede, iar ici și colo celule fibro-plastice și embrionare.

Intre aceste diferite formațiuni, respectiv vase, există un fel de puroiș sau țesut piogen de o substanță granulósă necolorată și de leucocite cu nucleii fragmentați, însă nici cu metoda lui Gramm nici cu a lui Löffler nu se ved microbi. E posibil ca nise granulații neregulate ce se află în puroiș și chiar în interiorul trombului să fie resturi de microbi. În preparatul colorat, după Weigert, se vede bine dispoziția fibrinei: în special se vede bine că fibrina e colorată; masele cele mari de fibrină se află în centrul trombului; apoi în tunicele medii și în tunica sbârcită externă se află iarăși un strat periferic de fibrină colorată; între tunicele disociate, ale păretelui, fibrina există într'o cantitate mică.

Țesutele dintre diferitele vase sunt iarăși bogate așa că se prezintă ca o masă uniformă, de culóre violetă.

CHESTIONAR

Gangrena la alcoolici.

Considerațiuni generale, recapitulându-se tabloul clinic al unui alcoolic cronic.

Istoricul, începând cu Broca.

Observațiunile lui Verneuil.

Observațiunile lui Gillette.

Țesa lui Jalaguier cu observații numeroase.

Casul autorului.

Importanța tratamentului acestei gangrene prin puncte numeroase și fine de Paquelin, constituind metoda autorului.

Examenul microscopic făcut de d-nu prof. Babeș.

DESPRE SUPURAȚIA GALBENĂ LA ALCOOLICI

Lecția XXIII.

Domnilor,

Pentru a termina cu efectele alcoolismului cronic asupra traumatismului, ne rămâne a vă menționa un fenomen foarte curios și neexplicabil încă în intimitatea sa dar care este în strânsă legătură cu starea de alcoolism cronic. Este vorba de supurațiunea portocalie, de supurația galbenă ca șofranu, ce însoțește leziunile traumatice câte o dată.

Cel dintâiu chirurg care a atras atențiunea asupra acestui lucru este Delore din Lyon 1854, în tesa sa foarte interesantă asupra puroiului.

De și acest autor nu a făcut un studiu complet al chestiunei, totuși, din observațiunile sale clinice, a dedus că supurația portocalie este de o mare valoare semiotică și mai ales de o gravitate extremă, făcând dintr'însa preludiul său indicele piemiei. Și în adevăr, toate casurile observate de Delore și cari s'aũ complicat de această supurație, aũ fost mortale. Ast-fel :

- 1) Luxația piciorului cu deschiderea articulației tibio-tarsiene, puroiũ galben, piemie, mörte.
- 2) Sdrobirea extremităței inf. a gambei, lamboũ gangrenat, puroiũ galben, piemie, mörte.
- 3) Sdrobirea gambei, puroiũ galben, mörte.
- 4) Fractura completă a gambei, puroiũ galben, mörte.
- 5) Luxația umörului, fractură complicată a cöpsei, puroiũ galben, mörte.
- 6) Fractura cöpsei, eșirea fragmentului, rezecție, reducere, puroiũ galben, mörte.

7) Sdrobirea brațului, puroiū galben, mórte.

8) Sdrobirea mâinei, puroiū galben, mórte.

Verneuil în 1870, a observat și el câte-va casurī de supurație galbenă, cu aceeași terminațiune fatală ca și Delore.

Care este cauza intimă saū mai bine đis patogenia acesteī supurațiunii?

S'ar putea d'a dreptul susține că neapărat, aci trebuie să fie vorba de intervențiunea vre-unui microb cromogen; e posibil, dar faptul nu este încă bine demonstrat ca pentru supurația albastră de exemplu, în care Gessard în 1880 a descoperit un microb bine definit numit *bacillus piocianeus*, ce se póte inocula și să dea naștere din nou la puroiū albastru. Pentru supurația galbenă đic, lucru încă nu e adevărit.

Deja Broca cređend la o relațiune parasitară a făcut esperiențe de cultură, dar n'a reușit.

Ceia ce însă s'a constatat de mult este, că acéstă supurație galbenă se datorește prezenței materiei colorante a sângelui — hematina — în lichidele plăgilor, care, în urma diferitelor transformări, imprimă colorațiunea caracteristică de șofran puroiului.

Delore explica fenomenul ast-fel: hematina ca și or-ce substanță organică, se alteréză, se elimină fie prin ficat, fie prin rinichī. Intr'o plagă, pe care dēnsul o consideră ca o suprafață patologică organizată, capilarele lipsite de un învăliș propriū, lasă să transudeze unele produse constituante ale sângelui, între care și hematina cu globulele roșii care, probabil, desoxigenându-se, se alteréză și de aci acea colóre caracteristică de șofran.

Zeis din Dresda a arătat în puroiul portoraliū prezența de cristale de hematoidină pe lângă cele alte elemente.

Robin a descoperit acelaș lucru și susține și el, că cristalele romboedrice ce se găsesc în puroiul galben, sunt manifest datorite hematoidinei.

Nepveu đice de asemenea că numai hematinei se datorește colorațiunea galbenă a puroiului.

Din tóte acestea resultă că, supurația portocalie este un fenomen pur mecanic, constând în trecerea prin vase a substanței colorante a sângelui și a diferitelor sale alterațiunii.

Dar acéstă transudare, se întēplă mai ales la ómenii cachectici și în special la alcoolici ale căror vase și sânge fiind profund alterate, fenomenul se produce cu cea mai mare înlesnire.

Eată ce putem din partea nóstră să adăogăm, că: acéstă supurație galbenă nu trebuie confundată cu aceia a *actinomicosei*, în care se știe astăzi că, criptoganii parasiți, specialī (*actinomyces bovis*), se

află sub forma de mase grunjoase, galbene-portocalie, în masa puroiului. Dar tocmai acesta formează caracterul diferențial de supurație galbenă a alcoolizilor, unde colorea galbenă e omogenă, iar nu dispusă în formă de grunjiu. Vom reveni.

Trecem acum la un alt capitol și cel din urmă, dar de cea mai mare importanță și anume :

Efectele traumatismului asupra alcoolismului cronic.

Domnilor,

Din studiile anterioare am văzut cum mai toate organele splachnice ale alcoolizilor sunt îmbătrânite și degenerate. Dar aceste alterațiuni profunde se găsesc în stare latentă, în virtutea acomodățiunii ce există între economie și intoxicațiunea alcoolică.

În fața unei asemenea stări de lucruri, un traumatism or cât de ușor, poate prin efectele sale directe sau indirecte să redestepte o stare inflamatorie acută în organele cronic imflamate.

Dar pe de o parte, aceste organe fiind foarte alterate în constituția lor, vor complica în mod înspăimântător acțiunea traumatismelor, contra cărora organismul îmbătrânit și degenerat, neputând lupta, va cădea victimă în cel mai scurt timp posibil. Ast-fel, adesea o contuzie pe cap lesne se va însoți de emoragii meningeae mortale; o lovitură pe abdomen și în special în regiunea stomacului, poate fi punctul de plecare al unei ematemese, ematurii, sau peritonite supra acută, dupe locul unde a fost aplicată trauma.

O contuzie ușoară pe ipochondru poate să determine ruperea ficatului degenerat și gresos etc.

Un alcoolic cade după scară pe spate și își contusionază lombele. Imediat e coprins de niște suferințe acute, de vărsături, febră, sudori, delir, fenomene ce erau în legătură cu desvoltarea unei nefrite acute.

Altă dată, agravațiunea stărei patologice a alcoolizilor poate fi produsă în mod indirect, adică fără ca acțiunea traumei să aibă vreun raport topografic cu organul, ce devine sediul fenomenelor morbide acute. Éta un exemplu :

În serviciul lui Gosselin intră un alcoolic renumit, cu o simplă fractură a oșelor gambei. În primele zile nu se observă absolut nici un fenomen alarmant. A șasea și însă, pulsul se ridică, pelea devine caldă și limba saburală. Bolnavul se plânge de insomnie și opresiune și presintă coloare icterică a conjunctivelor. În zilele urmă-

tóre starea merge agravându-se, ficatul e dureros, iar în abdomen se constată o cantitate însemnată de lichid.

În scurt, bolnavul în 15 zile móre cu tóte fenomenele unei epato-peritonite grave. La autopsie, pe lângă cele alte leziuni caracteristice ale organelor splacnice, se găsește în cavitatea peritoneală o mare cantitate de lichid sero-purulent cu mai multe false membrane; iar ficatul cu tóte caracterile anatomice ale unei cirose atrofice înaintate. În nivelul fracturei, fragmentele sunt încălicate, iar extremitățile înconjurate de o cantitate mare de sânge.

O altă serie de efecte ce traumatismul produce asupra alcoolicii, sunt diferitele fenomene nervóse. Așa, din partea motilității putem observa pe alcoolici imediat după traumatism sau mai târziu, convulsiuni epileptiforme, în afară de orice iritație sau compresie mecanică a zonei motrice, fie prin focare emoragice sau afundături de óse. Și drept probă că aceste convulsiuni epileptiforme sunt *sine materia* este pe de o parte că apare pe indivizi alcoolici, iar pe de alta că dispar singure fără nici o intervențiune chirurgicală, ci numai prin sedativele proprii alcoolicii.

Alte dăți, în loc de convulsiuni cu formă epileptică, alcoolicii pot fi cuprinși de spasmi, apropiindu-se cu totul de un adevărat atac de tetanos. Se citéză casuri curioase de spasm al faringelui venind brusc la bețivi și care a putut provoca mórtea foarte repede. Și tocmai această forméză caracteristica tetanosului alcoolic, ce póte omori pe individ chiar într'o clipă.

Dacă alcoolicii în general sunt coprinși de anestezie, câte odată însă ne oferă fenomene de o iperestezie din cele mai mari. Acestă iperestezie póte să apară în punctul lezat sau chiar în diferite regiuni ale corpului.

Un bolnav ce avea mediul stâng contusionat, fu apucat după ęce zile de la accident de niște dureri în membre și flancuri așa de violente, încât îl făcea să scóță țipete îngrozitoare. Aceste dureri erau fugace, fără o localizațiune bine determinată și fără să se mărescă sau să se micșoreze prin presiune. Bolnavul în acelaș timp era cuprins de o mare surexcitațiune nervósă, încât vărsa șiróie de lacrimi.

Actualmente am un bolnav pe care l'am operat de un abces urinos. Dinsul e alcoolic, și starea sea nervósă e atât de excitată încât fără să existe cea mai mică complicație din partea plăgei, se plânge însă de niște dureri atroce în fesse, unde presiunea și vederea nu constată absolut nimic. Totuși, dinsul plânge ca un copil și mă rógă să-l chloroformizez, pentru a-l pansa! Pun 2 c. gr. de morfină în supositorii, totul a dispărut, și singur recunóște că am făcut minuni (!)

Ca turburări din partea facultăților psihice, putem observa cum alcoolicii sunt des coprinși de o tristete profundă, de o lipemanie din care cu greu se deșteptă; alții au diferite alucinațiuni, perdere de memorie și chiar fenomene de paralisie generală.

Domnilor,

Unul din cele mai teribile răsunete ce traumatismul poate aduce în ființa unui alcoolic, este de sigur *delirium tremens*.

Iată în adevăr, un individ care în urma unui accident își produce o fractură simplă a gambei, sau un individ care suferă o operație chirurgicală executată în condițiile cele mai bune. Dar tocmai când asistenții admiră dexteritatea chirurgului, iar acesta transportat de cele mai frumoase iluzii, etă că imediat după câte-va ore, sau séra, a doua zi, a treia zi ori cel mult a opta zi, bolnavul de odată e coprin de o veselie supranaturală sau de o supărare furiósă. Dînsul începe să vorbescă mult dar scurt, să aibă mișcări bruște și involontare, și desfășură un curagiū și o rezoluție inutilă.

Aceste fenomene pot să ne înșele și să nu le dăm nici o atenție, dar noi trebuie să fim cu forțe mare luare aminte: să punem pe bolnav în repausul cel mai absolut, să-l ferim de lumină, de sgomot și de ori-ce vizită inoportună, căci ne aflăm în momentul izbucnirii unei catastrofe. (Dupuytren.)

Și în adevăr, cu toate aceste precauțiuni, în mod cu totul brusc, individul se schimbă într'o clipă. Ochii îi devin scinteitori și injectați, avînd pupila cu totul imobilă; expresiunea figurei este alterată; bolnavul e agitat în mod oribil executînd mișcările cele mai desordonate; începe să țipe și să scōță vociferățiunii înspăimîntătoare; blestemă, injură și insultă pe cei cari îl îngrijesc; și inundat într'o transpirațiune profusă, caută să fugă, să spargă geamurile și să sară pe feréstră.

Insensibilitatea lor e împinsă la extrem: astfel s'au vëdut bolnavi atinși de fracturi cominutive, de sdrobiri complete a membrelor inferióre, smulgîndu-și aparatele și mergînd pe membrele sfărimate, fără să simță cea mai mică durere; alții cu fracturi multiple de cōste, în prada celor mai mari agitațiuni, încep să cînte cu o forță colosală fără să exprime cea mai ușoră suferință; alții în fine operați de hernie, își introduc degetele în plagă, și cu un sînge forțe rece se amusează a-și scōte mațele afară, în tocmai ca cum ar face acéstă manoperă pe un cadavru.

Dupuytren vorbește în clinicile sale de un om pe care îl operase de hernie strangulată. Acest bolnav culcat în patul său, avea aerul

förte liniştit, așa că fie-care se felicita de un succes sigur. Apropiindu-se însă de pat, mare fu surpriza tuturor, când constatară că bolnavul își ridicase aparatul, și părea că simte o plăcere barbară în a-și sfășia intestinele pe cari le scosese afară prin plaga de operație. Nenorocitul a murit, victimă acestei manii, de o peritonită supra acută.

Pe lângă perderea absolută a sensibilităței, individul devine prada unor *alucinațiuni* continue din partea auzului, vederii și tactului.

Astfel unii aud vocile membrilor familiei sale ce au murit de mult, cari îl chemă; alții aud voci ce-l îndemnă a fugi sau a face vre-un rău; și cu toate acestea bolnavul vorbește, rîde, răspunzînd fie-căruia la întrebare. Unii ved pisici, berbeci, câini, lupi și diferite alte animale feroce cari-l înspăimântă și-l face să fugă (zoopsie).

Un zidar, apucat de delirium tremens în urma unei fracturi de cöste, vedea fel de fel de imagini ce sburau în aer și cari i se părea că fac experiență de fizică în patul său, și că toți bolnavii din sală erau supuși la această încercare. Acastă vedenie îl agită în mod viu, se teme de efectul experienței și caută să fugă cu orî-ce preț și cât mai curînd.

Ca alucinațiuni din partea tactului avem pe un ofițer, căruia i se pusese la piciöre un aparat cu apă caldă cât lățimea patului. Forma acestui obiect se transformă în cerebrul său într'un cösciug, conținînd cadavrul unuia din camarașii săi de arme; de aceia dînsul imediat se scölä în piciöre și începe să pronunțe niște discursuri din cele mai patetice.

Lucru demn de remarcat este că, în mijlocul acestor alucinațiuni variate *bolnavul deliröză împrejurul unei idei fixe, avînd în general raport cu profesiunea sa, cu ocupațiunile sale reale, sau cu o pasiune dominantă.* Un căruțaș călcat în piciöarele cailor și atins de o fractură gravă, totă ziua în delirul său nu făcea de cät să mäne și să vorbească cu caii, pe cari îi conducea cu injurături și plesnituri de bice imaginare. Un cărciumar vorbește cu mușterii săi invitându-i să facă cinste și ciocnind pahare cu dînșii. Un religios va vorbi cu sfinții și va cînta cîntece bisericești, cu aceiași punctualitate ca și cum s'ar găsi în esercițiul funcțiunei.

Acésta este în câte-va linii *delirium tremens cu forma furiösă.*

Mai există însă o altă *formă cu caracter vesel.*

Aci bolnavul nu sbiară, nu injură, ci rîde cu o poftă din cele mai mari de propriile sale murdării sau de defectele vecinilor. Ține discursuri frumoșe, face glume plăcute, adreséză vorbe de curtenie la cucöne, pe cari le tachineză. Voește să-și arate puterea musculară către o persönă la care ține, și astfel intră în luptă cu vecinul său. Așa, doi

bolnavi atinși de delirul tremens și având amândouă gamba rupte, s'a'u sculat și s'a'u luat la luptă, care a degenerat în bătae.

Dar orî care ar fi forma delirului tremens, două sunt caracterele sale esențiale, făcându-l să se deosibéscă de tóte cele alte feluri de delir.

I) Că pe lângă simptomele deja descrise, bolnavul e cuprins de o tremurătură excesivă a mânilor, a buzelor, a limbei și bărbiei, și toc-mai din cauza acestei tremurături i s'a dat și numele de delirium tremens.

II) Ca în mijlocul acestei turburări generale a simțurilor, în mijlocul acestei insomnii rebele de care bolnavul e coprins, avem o lipsă absolută de cea mai ușoră reacțiune febrilă și cea mai mică turburare circulatorie.

De aci rezultă că vom avea în fața nóstră, un bolnav furios și lipsit de simțul lumii reale; un bolnav cu figura și corpul scaldat în sudóre; cu ochii scînteitori; cu țipete ce răsun în depărtare, și cu tóte acestea te apropii de dînsul, îl examinezi și constăți că pulsul s'e'u e fórte calm, liniștit și regulat, iar starea pielii sale rēcorită, normală, fără să-ți dea cea mai mică bănuială de cea mai ușoră reacțiune inflamatorie; temperatura de regulă nici odată nu se ridică mai sus ca 37⁵.

Din acest tabloû și din caracterele date, luând în considerație și starea alcoolică a individului, diagnosticul delirului tremens mai tot-d'auna este ușor de pus.

Domnilor,

Să trecem acum în studiul câtor-va puncte relative **la patogenia delirului tremens**, la patogenia acestui fenomen atît de important și curios în manifestațiunile sale.

Dupē cercetările cele mai noi ale lui Wiliam Hunt, chirurg din Philadelphia, delirul în general rezultă dintr'o impresiune produsă pe substanța griză sa'u cenușie a cerebrului.

Intr'adevēr, atît experimentațiunea cât și observațiunile clinice citate de acest autor, a'u arătat că leziunile proprii duse ale cerebrului, avēnd substanța corticală intactă, nu a'u produs nici odată fenomenul de delir. Astfel: în leziunile protuberantei se observă o slăbiciune emotivă ce ar putea fi luată drept isterie, dar cu uă tendință mai mult în a plānge de cât a rīde; individul însă nu e coprins cătuși de puțin delir. În leziunile pedonculelor, putem avea o paralizie a oculomotorului comun cu diplopie și amaurosă, sa'u chiar o turburare în vorbire, probabil din cauza paraliziei facialului, putēndu-se lua drept delir, pe cānd în realitate facultățile intelectuale sunt intacte. De asemenea leziunile stratului optic, corpilor striati și a cerebrului nu sunt însoțite de delir. În fine leziunile părților postero-inferiore a

lobilor frontali, determină o afasie complectă, fără ca cu toate acestea să fie însoțită de cel mai mic delir.

Excitațiunea sa și distrugerea centrului excito motor ne poate da contractura sa și paralisia membrelor superioare ori inferioare, iarăși fără ca individul să fie atins de delir. S'a vădut distrugere totală a corpului calos în urma unei supurații, fără cel mai mic indice de delir. În fine ramolirea complectă a creierului aduce mórtea, fără ca individul să delireze.

Ca fapt demonstrativ, avem o lucrare a lui Moris Longstreth, care din 300 observații de tumori cerebrale, nu face nici o mențiune de delir ca constituind vre-un semn al afecțiunei; și când vre-odată s'a constatat, acesta a provenit dintr'o bółă a meningelor ce și exercita influența sa vătămătoare asupra substanței corticale.

Deci rămâne bine stabilit că, sediul anatomic al delirului stă în iritațiunea substanței grise corticale a creierului. Ba ce este mai mult, nu toată această substanță e destinată pentru acest scop, ci numai o porțiune dintr'insa și anume după Jackson aceia a lobilor posteriori. Așa că ađi se crede, că sediul facultăților intelectuale se află în substanța corticală a lobilor posteriori ai creierului, pe când lobi medii, dar mai ales cei anteriori sunt destinați pentru ideațiunea abstractă, cuvânt pentru care acești centri-nervoși cer pentru acomodatiunea lor, acele forme craniene speciale, ce dau ómenilor superioari *fruntea prominentă numită a lui Jupiter*.

Acestea sunt ideile proprii ale lui Wiliam Hunt, luate din enciclopedia internațională vol. I. 1890.

Astăđi însă atât lucrările psihologice cât și mai ales teoria, general admisă, a localizațiunilor cerebrale, se opun cu totul în contra vederelor sus citate.

Se știe bine astăđi că, precum mișcările voluntare ale diferitelor membre își au sediul de localizațiune în diferitele puncte ale așa numitei zone psihomotorii (cója circonvoluțiunilor frontală și parietală ascendentă și a părților imediat vecine, plus lobul paracentral) tot asemenea vederea conscientă e localizată în lobul occipital, lucrul stabilit ađi prin numeroase lucrări clinice și fiziologice¹⁾. În fine auđul conscient își are și el sediul său în circonvoluțiunile lobului temporal sa și sfonoidal²⁾.

Este acum lesne de înțeles ca iritația patologică și prin urmare alterarea funcțională a uneia din numitele părți, va da fenomene psihice în raport cu localizațiunile citate.

¹⁾ Munch, Ferrier, Vitzu și Obregia, Féré, Seppilli.

²⁾ Munch, Baginsky, etc.

Astfel: iritația predominând pe cõja lobului temporal, se vor produce fenomene delirante cu caracter auditiv; iar pe lobul occipital, delirul va privi mai ales sfera fenomenelor vizuale. Și în paralel cu acesta, vedem în adevãr iritația zonei psihomotorie, producând fenomene morbide cu un caracter motor hotãrit.

Mai mult de cât atât, este cunoscut cã la unii indivizi, lobul occipital cu funcțiunea sa predominã, dând bine cunoscutul *tip al visualelor*; pe când la alții din contra, funcțiunea auditivã a lobului temporal predominând, îi face cu dreptul a intra în *tipul auditiv*. Față cu aceștia este un alt grup numit *tip motor*, tocmai din cauzã cã zona psihomotorie are precumpãnirea.

Ei bine, ca dovadã de cele ce spunem, experiența clinicã a arãtat, cã la cea mai micã modificare funcționalã a cõjei cerebrale, caracterul delirului va varia în tocmai dupã însuși tipul individului: cutare va avea delirul cu tip vizual, pe când la altul, dînsul va fi eminentemente auditiv sau motor.

Inteligența fiind rezultatul colaborãrei mai multor teritorii cerebrale împreunã, nu pôte fi admisibil, ca ea sã fie localizatã într'un singur lob cerebral.

Ca conclusiune, apare incontestabil cã *delirul este o turburare funcționalã a substanței grize corticale cerebrale în totã întinderea sa*. Nicî delirium, precum nicî inteligența nu pot fi recunoscute în starea actualã a științei ca localizate numai în lobul occipital, ci trebuiesc considerate ca difuze, sau mai bine çis rãspãndite la întregã cõje a creierului.

Causele cari pot provoca o iritațiune a acesteï substanțe corticale sunt de diferite naturi, pe cari însã le putem reduce la douã mari clase. Unele ce lucrãzã aprõpe direct, precum de exemplu inflamația meningelor, exudațiile iritative, emoragiile și compresiunile cerebrale printr'un os, cari vor irita mai mult sau mai puțin acẽstã substanță corticalã, turburând facultãțile intelectuale, producând delirul.

Alt grup de cauze nu sunt așa de proxime, ci vin mai din depãrtare, într'un mod ca sã çicem astfel indirect și acẽsta prin intermediul sãngelui. Și aci iarãși avem douã feluri de acțiuni:

I) Cantitativã, când sãngele fiind în cantitate prea mare, provocã iritațiunea prin congestie; sau cã sãngele vine în prea micã cantitate la centri-nervoși și-i alimentãzã în mod insuficient, și rezultatul este acelaș: adicã provocarea delirului.

II) Delirul pôte lua naștere și când sãngele aduce o alimentație viciatã prin principiile toxice de cari e impregnat. Cu alte cuvinte, sãngele pôte determina delirul prin cantitatea și calitatea sa. De aceia când cantitatea e micã ca în emoragii mari, individul cade în sincopã,

în schock (șoc), cari tot-d'auna se însoțesc de delir; precum de asemenea sporirea acestei cantități va produce iarăși delirul, ca în casuri de insolitațiune, stază venoasă etc.

În ceia ce privește calitatea avem probe în toate bôlele febrile infectioase ca piemia, septicemia, febrele eruptive, turbarea, mușcăturile de animale veninoase, ce prin agenții toxici irită substanța corticală a cerebrului, producând asupra lui impresiuni false, ce se traduc în afară prin idei nesocotite și mișcări desordonate.

Delirul alcoolic este produs prin acest din urmă mecanism.

În adevăr, am văzut că omul alcoolic, e un om nou, un om însă degenerat, al cărui organism în totalitatea sa e schimbat, e profund atins. La dînsul nu numai lichidul sanguin e alterat, e otrăvit, ci toate elementele sunt quasi distruse. Mucósa stomacală alterată, degenerescența gresosă a ficatului și rinichilor, micșorarea fibrinei și globulelor roșii, prezența de granulațiuni gresóse și granulațiuni pigmentare, toate contribuie pentru a face dintr'un alcoolic o ființă cu totul predispusă la delirium tremens, nu numai în urma unui traumatism sau operație chirurgicală cât de mică, dar chiar în urma unei simple emoțiuni, ba une-orî chiar în mod spontanat. Căci alcoolicul, este ca un pahar cu totul plin, și care pôte să debordeze chiar și singur.

Deci, substanța cerebrală a alcoolicului fiind continuă obicinuită cu această nenorocită intoxicație—ce devine pentru dînsul o adevărată funcțiune,—e destul o și de privațiune pentru ca dînsul să se revolte, să se excite, ajungînd până la o perversiune complectă a inteligenței. Și ca probă e că îndată ce-î dăm acest excitant din nou, creerul se calmază și delirul dispare. Precum dar delirul pôte veni când se introduce în sânge o substanță otrăvitoare, cu care creerul nu e obicinuit, de asemenea dînsul pôte să vie și când această otravă cu care de mult s'a obicinuit, i se răpește în mod brusc.

Precum la prima beție individul e cuprins de delir, nefiind obicinuit cu această otravă, tot de asemenea cade în delir când se întrerupe din obicei. Ceia ce dîcem de alcoolic, se aplică și la fumătorii de profesie, la morfinomanii inveterați, cari sunt cuprinși de delir furios când le suprimăm otrava cu care organismul a contractat strînse legături.

E foarte curios modul cum se obicinuește întregul sistem nervos cu anume educațiune, ca să dîc astfel, și cum ține în mod tenace la aceste obicinuințe. Sunt ómeni cari întră într'o escitațiune ce se apropie de delir, dacă nu mănăncă la o oră fixă la care e obicinuit de mult. Sunt alții cari stau într'o excitație continuă și nu pot dormi nopți întregi, când sunt siliți a se culca în alt pat! etc. etc.

Dar pentru a conchide vom țice că, delirul tremens, care nu e alt-ceva decât delirul nervos descris de autori, recunoște cauza într'o excitațiune a întregii substanțe grise corticale a cerebrului, escitațiune produsă de otrava alcoolică în mod lent și îndelungat.

Acastă escitațiune recunoște drept cauză determinantă: saū o sgraduire bruscă a organismului ca în timpul unui traumatism or operație chirurgicală; saū uă privațiune severă a substanței alcoolice, ca în casul intrărei bolnavului în spital, unde băuturile spirituose sunt aprópe suprimate, dacă nu chiar ordonate prin dieta prescrisă de medic. —

Ar trebui să măi amintim un punct interesant din acțiunea fiziologică a diferitelor substanțe toxice. În adevăr, este recunoscut că măi fie-care din ele își manifestă cu predilecțiune influența asupra unei părți determinate a sistemului nervos. Știm, bunióră că curara atacă exclusiv terminațiunile nervóse motorie; vedem cloroformul și eterul lucrând aprópe exclusiv asupra cójei cerebrale, producând anestesia generală; asemenea alcoolul lucréză măi cu deosebire asupra substanței corticale, și măi ales asupra aceleia ce acopere lobul occipital. Dar noi cunoștem că funcțiunea acestuī lob este viziunea conscientă, și prin urmare putem înțelege fórté bine faptul clinic de cea măi mare importanță, că la alcoolismul atât acut cât și cronic, apar fenomene de delir și alucinațiuni măi mult din partea simțului visual.

Este cunoscut în adevăr, că accesele de alcoolism sunt *fórté des* caracterisate prin aparițiuni terifiante, de spectre amenințátóre și viziuni de animale sélbatice, de cari pacientul se arată îngrozit, căutând să se apere prin gesturi desperate. Acest fenomen numit de clinicienī *zoopsie* este aprópe patognomonic alcoolismului. Acésta măi arată încă adevărul teoriilor expuse de noi asupra localisărei delirului, căci în adevăr, alcoolul iritând măi mult lobul occipital va da caracterul visual al manifestațiunelor sale.

C H E S T I O N A R

Supurație galbenă. Istoríc. Valórea semiotică. Observația lui Delore.
 Natura acestuī fenomen și mecanismul producerei sale.
 Opinia lui Delore, Zeis, Robin, Nepveu. Deosebirea de actinomicosă.

Efectele traumatismului asupra alcoolismului cronic.

Producerea de inflamații acute a organelor splachnice.

Fenomenele nervoase; convulsii, tetanos, dureri exagerate.

Delirul tremens. Tabloul clinic.

Modul de invazie. Insensibilitate.

Alucinațiuni ale auzului, vederii și tactului.

Esemples.

Delir cu idei fixe. Caracterile principale.

Delir furios. Delir vesel.

Patogenia delirului tremens.

Considerațiuni și ideile lui Viliam Hunt.

Sediul delirului în substanță corticală griză, și în special în lobi occipitali.

Discuția faptelor și opinia autorului.

PALUDISMUL ȘI TRAUMATISMUL

Lecția XXIV.

Domnilor,

De și după cum am văzut, autorii s'au ocupat foarte mult de influența bolilor generale asupra traumatismelor, paludismul însă a fost cel din urmă care le-a atras atențiunea relativ la această chestiune. Causa a provenit din aceea că la începutul acestui secol paludismul era foarte rău cunoscut în principiul său, și abia acum s'a reușit a se prenumera între boalele diatesice, cu toate că nu se transmite prin ereditate și se vindecă fără să lase nici o urmă (?)

Astăzi dar paludismul se consideră ca o intoxicațiune analogă cu siflisul și alcoolismul, pentru care cuvânt îl punem și noi în clasa bolilor constituționale.

Caracteristica sea este că se manifestă prin o mulțime de accidente intermitente și periodice, putând în urmă determina cachexia organică incurabilă.

O mulțime de autori, printre cari și regretatul profesor Obedenaru la noi, s'au ocupat în mod general de această chestiune căutând mai mult să arate natura paludică a unor bóle foarte diferite. Așa, nu numai leziunile ficatului și a splinei fură datorite paludismului, dar chiar și unele din acelea ale pulmonului, după Grasset. Unii au mers și mai departe alipind la aceeași cauză și însuși desordinele sistemului nervos ca: nevralgii, nevrose, epilepsii, emiplegii etc.

Ba ce este mai mult, D-nul Dr. Al. Sutz profesor, a publicat trei observații de *manii palustre* în gazeta spitalelor din 1869, pe cari le atribue unei congestiuni cerebrale, unei exudațiuni în meninge, produsă de elementul paludic, fiind deci simptomatice acestei intoxicațiuni.

Curentul devenind din ce în ce mai mare, nu rămase fluxiuine, inflamație sau emoragie, care să nu fie atribuită impaludismului; până și coriza fu descrisă ca fiind de natură paludică.

Din acest entuziasm s'a născut pôte un adevărat abus din partea autorilor, cari începură a nu vedea pretutindenă și în ori-ce bôlă decât elementul paludic, ceia ce de sigur era o greșială ce nu putea de cât să vatăme principiului ce apăraū. Causa acestor erori decurgea de acolo, că autorii nu aveau în vedere de cât douē lucruri pe cari le considera ca patognomonice impaludismului adică: intermitența și disparițiunea fenomenelor prin administrarea sulfatului de chinină. Decī ori-ce bôlă după dênșii, cari întrunia aceste douē condițiuni, era în mod fatal de natură palustră. Or, cercetările ulterioare aū arătat că impaludismul pôte să se manifesteze prin accidente neintermitente, precum de asemenea accidentele intermitente să se desvolte în afară de paludism; astfel că, intermitența nu constituie un atribut exclusiv al paludismului, în tocmai precum nici colicile nu forméză pe acela al intoxicațiunei saturnine. Și ca probă avem mai multe fapte:

Așa, în urma unui cateterism putem avea accidente intermitente manifestându-se prin accese de febră, fără ca cu tôte acestea să fie de natură paludică.

Charcot a arătat că unele leziuni viscerale, și mai ales calculele și gravela intra-hepatică, dă loc la bătrâni la supurația căilor biliare; dar această leziune se traduce în afară printr'o febră intermitentă simptomatică, în care începutul fie-cărui acces este marcat printr'un frison violent.

Unii autori, ȃice Grasset, aū constatat în cursul cancerului splinei adevărate accese de febră intermitentă, cu totul independentă de ori-ce cauză paludică, fiind prin urmare exclusiv sub dependența leziunei splenice.

Un alt autor Brown, a observat accese de febră intermitentă la un om de 60 de ani, ce trăia într'o regiune liberă de malaria, dar care, după cum autopsia a arătat, avea un carcinom medular al splinei.

Moriez (teză), spune a fi observat în serviciul lui Verneuil, un om care în urma unei contuziuni în ipochondrul stâng complicată de fractură de cōste, a avut accese de febră intermitentă perfect caracterisate, fără ca acest om să fi locuit vre-odată o țară paludică, sau să fi prezentat vre-un simptom de intoxicație tellurică. Verneuil în 20 de casuri de dureri nevralgice cu tip intermitent, plecate dintr'un focar traumatic, la nici unul nu a constatat elementul paludic.

Dar ceia ce e mai curios este că și însuși leziunile organelor toracice, pot da loc la fenomene intermitente, precum a arătat un doctor Burdel și anume că, un calcul al bronchelor a provocat fenomene de intoxicație palustră, cari imediat aū dispărut prin expulsiunea acestei concrețiuni într'un acces de tuse, pe când sulfatul de chinină nu avusese nici un efect.

Dar chiar și când chinina face să dispară aceste fenomene cu caracter intermitent, încă nu poate fi o probă de natura lor paludică, știut fiind că acest alcaloid nu este un medicament exclusiv al miasmelor paludice, de ôre-ce tot cu aceeași eficacitate distruge și acțiunea diferiților alți microbi, până chiar și pe al blenoragiei.

Cu toate acestea nu trebuie să cădem în cel alt exces, adică să nu dăm nici o considerație intermitenței și acțiunii specifice a chininei; și dacă am reprodus toate aceste observațiuni este tocmai pentru a ne lumina mai bine și a fi tot-d'a-una în limita adevărului și a științei.

Trecând peste aceste considerațiuni generale, vom spune că singurul autor ce s'a ocupat exclusiv de raportul reciproc dintre paludism și traumatism este un medic militar Cocud, care, printr'un important memoriu publicat în 1866, a arătat printr'un ôre-care număr de observațiuni, cum impaludismul produce la raniți, câte o dată febra, câte o dată congestiunea, câte o dată durerea precum și numeroasele complicațiuni unele mai de temut de cât altele.

În cât privește studiul mai detaliat, atât al parazitului malariei cât și a formelor și localizațiunile intoxicațiunii palustre, vă recomand tezele d-lor: Dimitrie Gheorghiu și Brat Boteanu, unde această chestiune este destul de larg și științific tratată ¹⁾.

Mai târziu alți autori complectară studiul acesta nou, prin diferite cercetări și observațiuni.

Ca și pentru siflis și alcoolism, chestiunea ce ne preocupă are aceeași diviziune: I) Influența traumatismului asupra impaludismului și II) influența impaludismului asupra traumatismului.

I. Influența traumatismului asupra paludismului.

Aci ni se presintă următoarele casuri:

- 1) Rănitul este actualmente coprins de febră intermitentă.
- 2) A avut odinioară febră dar în present nu mai are.
- 3) N'a avut nici o dată febră intermitentă sau or-ce altă manifestație, însă este expus la asemenea accidente prin faptul intoxicațiunii de care e dominat.
- 4) Individul e atins de cachexie palustră.

¹⁾ Câte-va observațiuni asupra diferitelor forme ale parazitului malariei în raport cu diferitele manifestațiuni clinice ale bôlei. Teză pentru doctorat în medicină și chirurgie de Dimitrie Gheorghiu. București 1892.

Contribuțiune la studiul clinic al unora din localizațiunile impaludismului. Teză pentru doctorat în medicină și chirurgie de Brat Boteanu. București 1892.

În cazul întâi observațiunile sunt rari, căci în general se evită a se face operațiuni, și dacă câte o dată se intervine, este în necunoștință de cauză.

Iată o observație din tesa lui Dériaud, reprodusă în memoriile de chirurgie ale lui Verneuil.

„O femeie de 35 ani, foarte sănătoasă în aparență, este operată de un nevrom cutanat foarte dureros al gambei. Operațiunea a fost din cele mai simple; cu toate acestea, a doua zi la 11 ore dimineața, se declară un acces de febră foarte intens. Atunci se descoperă că bolnava de 3 zile, către 10 ore dimineața, avea regulat câte un mic acces de febră cu frison și căldură, dar care dispărea după câte-va ore.

„Accesul după operație a fost mult mai forte. S'a dat regulat chinină, în urma căria accesele n'au mai apărut, bolnava reluându'și vigorea și sănătatea anterioară“.

Un alt cas este relativ la un om iarăși cu accese intermitente și căruia făcându-i-se o venesecție, accesul luase caracterul pernicios și era pe punctul de a periclita viața bolnavului.

În cazul al doilea, traumatismul poate să determine recidiva unui acces de febră de care bolnavul odinioară fusese atins.

Iată câte-va observații:

„D..., sergent, intră în spital pentru o balanită datând de 15 zile. Glandul și prepuțul tumefiate și cu puroi în între suprafețe. Se fac încercări ușoare pentru reducerea fimosei. După amiază, acces de febră cu cele trei stadiuri bine marcate durând mai multe ore. A doua zi se dă un purgativ; acces mai violent. A treia zi un gram de chinină; acces mai mic. A patra zi iarăși chinină; accesul dispărut fără să mai fi revenit în timp de o lună când bolnavul ese“.

R..., oficer din Africa, intră în spital pentru o inflamație cronică a cubitului. Mai mult ca 19 luni nu avusese febră; i se aplică o vesicătoare pe antebraț. A doua zi, la pansament, dureri vii. Șase ore după acesta, frison violent ce ține mai multe ore; după aceia reacțiune, căldură și sudore. A doua zi, la 3 ore după amiază, un nou acces. A treia zi, alt acces fără să se mai repete. După 10 zile se aplică o nouă vesicătoare când, după 2 ore, reapare accesul care durează totă ziua repetându-se regulat și în zilele următoare, și nu dispare de cât în urma administrării de chinină.

Cât pentru cazul al treilea, în care bolnavul de și nu a avut nici un acces totuși este împregnat de miasmele paludice, lucrul este din cele mai simple. În adevăr, aci traumatismul cel mai ușor poate fi punctul de plecare al deșteptării de diatesă a organismului ce până acum nu protestase de influența intoxicațiunei sub care se găsea; densusul

constitue ultima picătură de apă ce face să debordeze un pahar completamente plin.

Bérenguier în tratatul său despre febrele intermitente zice: am văzut operațiunile chirurgicale cele mai simple, devenind motivul ocașional al periodicității. Am văzut lucrul acesta apărând la fracturații, precum și la ómenii ce nu erau atinși de cât de o simplă entorsă, sau în timpul convalescenței unei hernii strangulate. Acesta revine la ceia ce Dupuytren zicea: că febra traumatică are de efect de a crește dispozițiunile morbide anteriore ale organismului, făcând să isbucnescă bóle cari fără densa nu s'ar fi arătat.

Deboué, în tesa sa zice: că infecțiunea palustră póte să se arate în óre-care casuri la indivizii ce au suferit o operațiune chirurgicală, putând să mérgă până a provoca însăși mórtea, dacă natura complicațiunei nu e cunoscută. Vedem dar că mai toți autorii sunt de acord asupra acestui punct: că traumatismul póte să provóce accese de febră pe un individ, aflat sub acțiunea latentă a miasmelor.

Mai mult încă, această deșteptare de diatesă póte să vie în afară de or-ce leziune traumatică, ast-fel: o depártare de regim, o nouă condițiune igienică, luarea unui medicament, un voiagiú obositor, pot da nascere unui acces de febră, la un individ care nici odată nu'l avusese până atunci. 'Mi-aduc aminte de regretatul nostru profesor Marcovici, care, într'una din lecțiile sale clinice, spunea că el însuși, făcând un voiagiú le Viena, imediat ce a sosit, a fost coprins de acces de febră pe care nici odată nu'l avusese în țară.

Torti, un medic italian, spune și densusul că, febrele ce păreaú cu totul vindecate, recidivaú sub influența unui simplu purgativ. În fine, s'au văzut casuri de acces de febră chiar în urma unei băi calde.

Acum pentru a încheia, vom spune că traumatismul póte să re-deștepte diatesa sau printr'un acces febril complet cu tóte stadiile de frison, căldură și sudóre; sau numai printr'o simplă ascensiune bruscă de temperatură, imediat după o operațiune.

În ceia ce mă privesce, nu am vădut de cât acest mod de acțiune a traumei asupra impaludismului, în serviciul d-lui dr. Assaky.

Lucrul în general, se petrece ast-fel: în séra zilei de operație, iar câte odată diminéța, bolnavul ne oferă o ridicare fórte mare de temperatură, putând să ajungă chiar până la 40°, fără nici o causă apreciable, și după acesta iarăși în mod brusc cade la normală.

De sigur că aci nu póte fi vorba de nici un fel de febră traumatică sau alte complicații ale plăgilor, căci acestea cel mai de timpuriú nu vin de cât minimum după 3 zile, pe când febra de natură paludică, vine după 2—3 ore, sau, cel mult după 24 ore.

Și tocmai pentru a preveni această ascensiune bruscă de temperatură, astăzi avem de principiu, ca cu o zi, două sau chiar mai multe, înainte de a întreprinde operațiunea, bolnavul să ia regulat câte un gram de chinină; și în adevăr, că în urma acestei precauțiuni, fenomenul de care vorbim, nu mai apare.

De alt-fel, renumitul chirurg Englez Sir James Paget este foarte clar în această chestiune: Indiviđi cari au febră intermitentă, suportă tot așa de bine operațiunile ca și cei-lalți, numai, în timpul convalescenței, dișșii ne pôte îngriji prin aparițiunea unuia sau mai multor accese febrile cu totul asemenea acelor ce preced piemia.

Și am observat, zice acest autor, că or de câte ori aflu că un bolnav a fost coprins după operație de frisoane intense, imediat cercețez antecedentele din punctul de vedere al impaludismului și descoper că bolnavul își uitase că a avut odinioară accese, din cauza lungului spațiu de timp ce trecuse de când nu mai suferise.

În fine, în perióda de cachexie palustră, efectul traumatismului pôte să fie atât de grav în cât să ridice chiar viața bolnavului. Aci, ca și la alcoolism și cele alte bóle diatesice, cachexia paludică aduce alterațiuni grave și multiple a tuturor organelor esențiale vieței. Anemia, melanemia, ipoalbuminosa care forméză cortegiul obligator al acestei cachexii speciale, sunt deja motive destul de suficiente pentru ca leziunea traumatică să fie rău suportată de un cachectic paludic. Pe lângă acestea, ficatul, splina și rinichii sunt coploșite de niște alterațiuni foarte profunde, așa că abia sunt compatibile cu viața. Decî, în fața unui traumatism, organele paludicului nu vor putea rezista ci, sau se vor rupe, sau vor fi coprinse de o inflamație acută, care repede va ridica viața bolnavului. Și aci se petrece acelaș lucru ca și în orice intoxicație cronică, fie de natură alcoolică sau plumbică etc. și anume că, pe cât timp echilibrul între introducerea și eliminațiunea moleculelor toxice există, pe atât accidente acute nu se produc. De îndată ce însă echilibrul e rupt, fie prin o nouă cantitate de otravă, sau în urma unui traumatism, atunci, deplasarea unei rezerve aflată în țesuturi și erupțiunea sa în masa sanguină, produc epifenomene acute, cari iau tipul diatesei și contra cărora organismul slăbit, prin alterațiunea sângelui și a organelor sale principale, va fi lipsit de vigórea cerută pentru a rezista și ast-fel va cădea victimă, distrugându-se în mod foarte repede.

II) Influența paludismului asupra traumatismului.

Este evident că o intoxicație cronică ca paludismul, ce provóacă niște alterațiuni și turburări așa de profunde în organism, nu pôte să

rămăe indiferentă în fața unui traumatism, ci va căuta să aducă schimbări și complicațiuni în mersul său, unele mai grave de cât altele. Și în adevăr, că aceste complicații sunt numeroase și din care vom studia pe următoarele:

I) **Durerea.** Fenomenul acesta, care câte o dată este de o acuitate excepțională și cu formă nevralgică, poate să apară sau imediat, sau după un timp mai mult sau mai puțin lung, în urma unui traumatism.

Durerile de natură palustră, au acest caracter că vin și se repetă cu o periodicitate isbitore, așa că numai prin acest singur fapt, se arată natura durerii care poate fi considerată ca o formă de acces palustru larvat, și care trădează o intoxicație cronică și ascunsă.

Etată 2 mică observații din tesa lui Deriaud :

„Un brigadier din Algeria își fracturază gamba ; în aceeași zi i se aplică un bandagiū cu gips ; bolnavul după 15 zile este deșteptat către 11 ore séra de nisce dureri fôrte violente în locul fracturat și nu durău de cât 7—8 minute, fără să coincidă cu nici un fenomen febril ordinar. În timp de trei zile, aceeași stare continuă, durerile venind la aceeași oră. Se dă chinină, când durerile încetéză pentru trei zile, dar revin la orele 3 diminéța și se repetă patru zile de-a rândul.

În acéstă zi, din nou se dă chinină, când din nou durerile încetéză pentru 3 zile. În fine, disparițiunea lor totală nu s'a obținut de cât în urma administrării de doze mari de chinină.

O altă observație, este relativ la o femeie operată de cataractă și la care a treia zi apar niște dureri periorbitare în afară de or-ce complicație inflamatorie. Aceste dureri au fost indiciul unei intoxicații palustre, de ôre-ce îndată s'au stabilit adevărate accese cu tipul tert, pentru a căror disparițiune s'a cerut administrarea continuă a sulfatului de chinină.

II) **Emoragiile.** Inceputul acestui studiū, se datorește lui Bouisson, printr'un memoriū asupra emoragiilor intermitente ale operațiilor și pe carī le considera ca fiind de natură palustră.

Cu acéstă ocasiune, dênsul zice : daca este o probă de necesitatea de a asocia cunoștințele medicale, propriū zise, cu acelea ce sunt de resortul special al chirurgiei, acésta e de sigur, când voim a studia în mod aprofundat cauzele emoragiilor.

Emoragiile palustre se pot produce în afară de or-ce leziune traumatică, avênd punctul de plecare în mucóse. Ast-fel Verneuil a descris un epistaxis intermitent la un bolnav care, regulat între 4 și 5 ore diminéța, avea o scurgere abondentă de sânge pe nas, dar care se opria

spontanat după două ore de durată. Acest bolnav, atât din antecedentele sale cât și din starea prezentă, nu avea nici febră tifoidă, nici scorbut, nici purpură, nici vre-o leziune a foselor nasale. Dînsul însă fiind lucrător de demolițiuni, suferia de 3 săptămâni de un fel de obo-selă, de o greutate la cap mai ales diminéta, însă fără frison sau sudóre. Acésta scursóre de sînge abondentă, îl slăbesce în mod considerabil, și nu s'a vindecat de cât prin luarea regulată de chinină în fiecare zi.

Alți autori ca Elliottson a văduț la o persónă, ce fusese odată atinsă de un acces de febră, o ematurie intermitentă vindecată prin sulfat de chinină. *Sîngele tot-d'auna venia în urma stadiului de frig.*

Un alt cas fôrte vechiũ, comunicat de Dr. Gergères în Gazette medicale este acesta: Un tînér, căpitan de corabie, bucurându-se de o bună sãnătate, este apucat de accese de febră însoțindu-se de ematurie cotidiană ce se repetă în timp de 3 zile la aceeași oră, dar care dispăru prin sulfat de chinină.

Un alt medic Stewart a publicat observațiunea unei ematurii periodice, tratată fără succes în timp de 8 luni cu dieta lactată și regim antiflogistic, dar care s'a vindecat numai prin chinină și tonice.

La acestea voiũ adăoga și eũ o observațiune personală luată asupra unui amic al meu G , pe când mă aflam la Paris în 1885.

Dînsul fu coprins de o ematurie ușorã ce-ĩ venia sêra, și fără nici o legătură cu vre-o stare inflamatorie a uretrei sau bäsiceĩ. Am tratat-o cu tóte mijlócele clasice: spălături vesicale cu acid boric, ergotină, beladona, dar fără succes. În fine după vre-o 10—12 zile dându-ĩ un gram de chină pe zi și preparațiunii de quinquina, totul a dispărut.

Dar pe lângă aceste emoragii spontanate și netraumatice, avem altele cari vin în urma unei operațiuni, adică emoragii secundare și iarășĩ cu caracter intermitent și deci de natură palustră.

Observațiunea lui Delpech de și cea mai veche, totuși este fôrte clasică și demonstrativă. Este vorba de un bêtrân magistrat operat de talie. După 8 zile de la operație, apare la prânz o emoragie, dar care până la sosirea lui Delpech încetase. A doua zi, la aceeași oră, o nouă emoragie mai abondentă. A treia zi la aceeași oră, iarășĩ emoragie mult mai mare și precedată de un *violent frisson*. Delpech recunóște o febră intermitentă perniciosă emoragică cu caracter ascuns, pe care o combate cu succes prin chinină.

O altă observație a lui Chrestien este relativă la o emoragie arterială, în urma excisiunii unui polip din vagin. A treia zi după operație la 5 ore sêra, apare emoragie. A doua zi, emoragie și mai mare, contra căreia se face un tamponament fôrte serios; dar

a treia și iarăși la 5 ore emoragia reapare. În urma acestei triple recedive se dă regulat un gram și 20 de chinină, și treptat emoragia se oprește definitiv.

În fine s'au constatat emoragii intermitente într'o mulțime de cazuri, ca în urma avulsiei de dinți, amputații de degete, de căpsă etc. De asemenea s'a vădit exudațiunii sanguine, apărând la suprafața ulcerelor, având caracterul intermitent și necedând decât administrațiunii de chinină.

Natura paludică a acestor emoragii nu reese numai din faptul că s'au oprit prin chinină, dar și prin aceea că la toți indivizii s'a constatat o intoxicație palustră actuală sau veche, ceea ce constituie cauzele predispozante.

Mecanismul producerii acestor emoragii e diferit, și în general se reduce la trei moduri de explicație. Astfel: câte odată emoragia e precedată sau însoțită de un acces complet de febră. În cazul acesta, ȳice Bouchard, starea febrilă simplă pȳote să fie o cauză a emoragiei prin turburarea de inervațiune. În perioada inițială a febrei, frisonul contractând tȳote vasele de la periferie, mărește tensiunea sanguină, așa că sângele arterial pȳote să rupă vasele dilatate ale viscerelor. Iar când emoragia se efectuează la finele accesului, acesta provine din relaxarea febrilă a vaselor.

Deci, în tȳote cazurile unde emoragia periodică este însoțită de febră, explicațiunea stă în turburările vasomotorii și în variațiunile de presiune sanguină. Aci, ca și în perioada de sudore, mai tot d'auna emoragia este periferică, producându-se la suprafața plăgilor aședate pe tegumentul extern.

În perioada de frisson, vasele de la periferie fiind contractate, emoragia se va produce mai mult din partea viscerelor: ca rinichi, bȳesica udului, pulmonii, cerebri etc., fie-care după gradul său *de locus minoris resistentiae*.

Dar se întemplă însă să avem emoragie intermitentă, fără să fie precedată sau însoțită de nici un acces febril, atunci care e mecanismul? În asemenea cazuri, Bouisson crede că e vorba de o manifestațiune specială neobicinuită, de o febră ascunsă, în care frigul și căldura lipsind, stadiul de sudore este înlocuit printr'o altă secrețiune critică, prin scurgere de sânge.(?)

Nuamă încapе îndoială că la tȳote aceste feluri de emoragii, alterațiunea sângelui își are și ea rolul său, mai ales în perioada de cachexie ce pȳote să contribuе în mod puternic pentru îndeplinirea acestui fenomen.

C H E S T I O N A R

Paludismul și traumatismul.

Istoric. Caracterile ce au servit de bază în acest studiu, și de cari s'au abuzat. Esemple.

I) Influența traumatismului asupra paludismului.

A) Casul când rănitul este coprins de febră intermitentă.

Aparițiunea accesului. Esemple.

B) Când rănitul a avut odinióră febră.

Provocarea recidivei. Esemple.

C) Când rănitul de și n'a avut nici odată febră intermitentă, este însă prins de intoxicație.

Redeșteptare de diateză. Diferite forme. Esemple.

D) Când rănitul e dominat de cachexie palustră. Provocare de accidente grave, din cari unele chiar mortale.

II) Influența paludismului asupra traumatismului.

1) *Durerea*. Caractere.

2) *Emoragii*. Istoric. Caractere. Emoragii în mucóse: epistaxis, ematurii. Esemple.

Mecanismul acestor emoragii după Bouchard.

ACCIDENTE NERVOASE DE NATURĂ PALUDICĂ în urma traumatismului.

Lecția XXV.

Domnilor,

Incepem acest studiu mai întâi cu

1) **Nevralgii.** Este adevărat că o mulțime de nevralgii traumatice se investesc cu tipul intermitent și se vindecă prin chinină, fără ca cu toate acestea să fie de natură paludică, așa că un diagnostic precis e foarte greu. Este însă recunoscut, că asemenea accidente nu sunt rari pe indivizii paludici, iar pe de altă parte că febrele ascunse, fruste, adesea nu se manifestă de cât numai prin nevralgii, și prin urmare cu atât mai mult aceste nevralgii intermitente vor apare pe un paludic în urma unui traumatism.

Astfel Cocud citează un cas de fractură de gambă cu acces de durere în punctul fracturat, precum și un cas de epididimită traumatică complicată de accese de dureri testiculare; ambele vindecate prin chinină.

Deboué raportează de asemenea un cas de durere intermitentă, însoțind accese febrile desvoltate la un operat de cataractă.

În fine, Verneuil citează încă alte două casuri destul de demonstrative. Într'unul e vorba de o femeie, căreia i se face amputația sânuului pentru un cancer. A patra și după operație, când plaga avea cel mai frumos aspect, bolnava e cuprinsă în timpul nopții de o durere nevralgică saună mai bine și de o amortială foarte penibilă, ocupând totă partea corespondentă a toracelui întindându-se până la umăr; totul se termină la 4 ore dimineța printr'o sudore abondentă, în urma căreia bolnava se liniștește. Plaga în același timp devine foarte sensibilă, fiind coprinsă atât dînsa cât și pielea dinprejur de o iperestisie imposibilă, împedîcînd facerea unui bun pansament. Cercetându-se mai de aproape, se descopere că bolnava locuia un loc infectat de bólele paludice, și că dînsa fără să fi avut vre-odată accese de febră intermitentă, a fost însă în mai

multe rînduri turmentată de o nevralgie a feței cu tipul terț de care nu se scapă de cât cu preparațiunii de chinină. Imediat i se dă și acum regulat acest alcaloid, și nevralgia ca și iperestesia dispar fără a mai reveni.

Al doilea cas dat tot de Verneuil este relativ iarăși la nevralgii repetate, venite în urma unei amputațiunii de cósă pentru un osteosarcom al tibiei. Imediat după operație bontul rămâne sensibil și agitat de tresărituri în timpul nopței. Mai multe ȃile se petrecură astfel cu dureri vii în bont, cu tótă starea organică a bolnavului satisfăcătoare și cu tótă lipsa orî-cărui simptom general, așa că aceste nevralgii fură atribuite la început unei răniri a nervului sciatic. A opta ȃi în timpul nopței, durerile și sgraduitorile bontului fură fôrte violente; diminęta se constată puțină emoragie. A ȃceea ȃi aceleași accidente, nici o complicație inflamatorie sau septică din partea plăgei. Se menține credința că e vorba de o nervită a sciaticului. În nóptea de a 10-a și 11-a ȃi, bolnavul dórme sub influența opiului, însă tot se deșteptă către međul nopței simțindu-se abătut. La 2 ore nóptea durerile bontului devin fôrte violente. Ancheta bolnavului descopere, că dînsul era impaludat prin faptul că locuia un cartier din Paris, St. Jacques, unde se făceau mari dērămări pentru construirea unui boulevard, și unde o adevărată epidemie de febră intermitentă coprinsese mai pe toți locuitorii. Imediat se dă regulat sulfat de chinină, și treptat bolnavul se liniștește, iar durerile nevralgice dispar cu totul.

Weit Mitchell, spune și dęnsul că a constatat nevralgii acute ale bontului, în timpul unui acces de febră intermitentă.

În fine, în urma unui lung și aprofundat studiũ al prof. Verneuil, comunicat la congresul din Lille 1874, a rămas lucru stabilit că, un traumatism sau operațiune chirurgicală, făcută pe un individ paludic, pôte să se complice de dureri nevralgice, cu caracter intermitent; că aceste nevralgii, de și nu sunt grave, totuși devin penibile pentru rănii și capabile de a întreprupe travaliul reparator al plăgilor.

Aceste dureri, mai mult sau mai puțin vii, desvoltate în focarul traumatic, în vecinătatea sa, sau chiar la o mare distanță, apar în primele zile ce urmęză rănirea, iaũ caracterul nevralgic și tipul intermitent; dęsele nu se pot explica prin nici una din cauzele ordinare a suferinței traumatice; resistă la anti-flogistice și narcotice, dar cedęză fără nici o greutate, sulfatului de chinină.

Tóte aceste accidente paludice, Verneuil le numesce: *nevralgie traumatică secundară precoce*, care, prin ele însuși, se esplică fără nici o altă desvoltare.

2) **Tetanos.** Un renumit medic din Algeria, Armand, zice în scrierile sale :

Când sub influența unui frig umed alternând cu căldură, un bolnav, cu saū fără accese febrile anterioare, este coprins de fenomene tetanice ; când, la un moment dat, pielea este caldă, acoperită de o sudóre viscósă, pulsul tare și frecuent, iar bolnavul într'o stare comatósă, ce la intervale e întreruptă de țipete plângetóre, diagnosticăm un acces pernicios tetanic ; și ajungem să triumfăm prin tratamentul special al acceselor perniciose, adică prin sulfatul de chinină în doze mari.

Și în adevăr, sunt câte-va casurî clare de tetanos, cu caracter intermitent și vindecate numai prin chinină.

Așa, un sergent, în urma unei plăgi prin armă de foc a șoldului, fu coprins, după câte-va zile de tetanos, care se însoțise și de unele stadii de acces febril cu frison.

Acest tetanos, după ce a resistat orî-cărui tratament antiflogistic, opiaceu, stibial, etc., s'a vindecat în urma unei administrări de chinină.

Și daca până acum lucrul părea îndoios, astăzi îl găsim fórte rațional, dându-se natura infecțioasă, microbienă a tetanosului, și prin urmare dînsul se póte desvolta și pe un paludic care nu e întru nimic mai pe jos în întrunirea condițiunilor microbiene.

Dar deja autorii au arătat că febra intermitentă, póte, în afară de or-ce leziune traumatică, să provóce un tetanos spontanat.

Ast-fel, Coural, în 1864, raportéză trei casurî de tetanos intermitent de natură paludică, considerându'l ca o febră ascunsă și curabilă prin chinină.

Sanguer și mai mulți alți medici Brasilieni, au constatat tetanos pe indivizî coprinși de febră și coincidând cu încălzirea solului și exalațiunea miasmelor morbide. Dênșii conchid că paludismul este o cauză eficientă a tetanosului și admit că miasmele palustre pot determina excitabilitatea bulbului.

Mai mult încă, Odevaine ca și Roberts, în 1872, au arătat doué observațiunii curioase, în carî, în urma unor injecții sub-cutanate de chinină, a apărut un tetanos, susținând prin acésta că chinina are o acțiune specială asupra nervilor.

În fine, dr. Labbée, a arătat și dênsul frecuența acestei afecțiunii în țările nesănătóse, unde febra intermitentă e endemică și gravă.

Pe lângă complicațiunile cu caracter intermitent, putem cita și erisipelul, a cărui natură specifică, paludică, reese mai ales din aceia că plăcile erisipelatóse, apar și dispar cu accesul de febră.

Complicațiunile neintermitente

Domnilor,

În acest capitol, după cum și numele arată, avem să studiem unele bóle de o gravitate excepțională, considerate ca fiind de natură paludică, cu tóte că sunt lipsite de caracterele proprii acestei intoxicațiuni. Începem dar cu

1) *Putreziciunea de spital*. Acésta a fost recunoscută încă de mult, ca fiind capabilă să se desvolte și sub influența miasmelor palustre, de óre-ce acest fel de gangrenă, cu caracter epidemic, era în strânsă legătură cu fundațiunea de edificii, făcute în jurul spitalelor, iar încetarea acestei epidemii cu curățirea terenurilor.

Autorii compendiului spun că, la spitalul Charité, putreziciunea de spital se arăta din timp în timp și tot-deauna pe acelaș bolnav, culcat în acelaș pat, ce era așezat aprópe de o fântână, la una din extremitățile salei; fântâna ridicându-se, accidentul nu a mai reapărut.

Acelaș lucru e semnalat și de Jobert de Lamballe, care arată că mult timp la spitalul St. Louis, gangrena noso-comială se desvolta de preferință într'un óre-care pat de la extremitatea unei săli, unde ef-luviurile miasmatiche de prin prejur, păreau că se concentréză. Mai târziu vom reveni asupra naturei acestei complicațiuni a plăgilor.

2. **Gangrena propriu zisă**. Vidal de Cassis, zice că, la spitalul de la Carité era un pat fatal, în care or-ce rănit se culca, era coprins de gangrenă. Acest pat, adaugă dânsul, se afla aprópe de o fontână rău întreținută.

Maurice Raynaud spune că nu a vèzut nici un cas demonstratif de gangrenă paludică.

Astăzi însă, lucrul pare în afară de or-ce îndoială, de óre-ce un medic strein, a arătat în 1872, că febrele palustre din Caucașia, se însoțiau adesea de gangrena urechilor, nasului și a organelor genitale. Virchow, admite că starea cachectică paludică, prin micșorarea globulelor sângelui, prin creșterea demăsurată a globulelor albe, prin aparițiunea unor particule negre neobicinuite în sânge, în fine, prin acea alterațiune complexă în starea morfologică a sângelui, póte să dea naștere unei staze capilare, de unde producerea unei gangrene specifice.

De alt-fel, dr. Demmler din Algeria, a comunicat soc. de chir. din Paris, în 1883, un cas de gangrenă a ambelor picioare, la un ca-

chectic paludic. Iar Motty, un alt chirurg militar, a publicat de asemenea două cazuri de gangrenă, tot de natură paludică.

În ceia ce ne privește, dau aci o observație care p \acute{o} te fi considerată ca o gangrenă sigură de natură palustră, de \acute{o} re-ce numai prin administrarea zilnică și într'un timp forte îndelungat de chinină și preparațiunile sale ca decocturi și vinuri, am reușit nu numai să mă opun la progresarea unei gangrene iminente, dar chiar să readuc la viață parte din organul cu totul compromis. Rămâne însă bine înțeles că nu trebuie să pretindem ca chinina să vindece părțile deja sfacelate, părțile deja mortificate; dar cred că dacă prin chinină devenim stăpâni contra unei progresiuni ulterioare, este tot ceia ce putem cere de la acest specific.

Recunosc că s'ar putea obiecta contra acestui lucru că vindecarea se obține grație proprietăților tonice ale chininei, de cât specificității sale. Pentru noi este egal, destul numai că prin acest mijloc ne ajungem scopul. Și cred că, precum o gangrenă s'a recunoscut a fi de natură sifilitică, diabetică, alcoolică etc. etc. numai grație vindecării sale în urma aplicării tratamentului apropiat, tot ast-fel e și cu gangrena paludică, unde rezultatul eficace îl obținem în urma administrării de chinină. Căci în asemenea cazuri mai ales, se adeverește și mai bine vechiul adagiu: „*Curatio naturam morborum ostendit*“.

Dar să descriu observația anunțată:

„Este vorba de Ilie Ionică de ani 50, din comuna Lungulețe, de profesie plugar, care intră în serviciul meu la 19 August 1891. Ca antecedente, nu știe nimic de părintii săi. *Densul a avut multă vreme friguri în tinerete*, a zăcut și de ling \acute{o} re (probabil tot o intoxicație palustră cronică, căci în general, țăranul nostru, prin ling \acute{o} re nu ne descrie de cât această stare cachectică de care mai toți sunt coprinși). *N'a avut absolut nici o b \acute{o} lă venerică*.

În luna Noembrie 1890 a suferit de congelatie când a pierdut ultimele falange de la degetele piciorului drept.

În luna Iunie 1891 observă că fără nici o cauză, degetele de la piciorul stâng începură să supureze, după spusa lui. S'a dus la spitalul Cocoș unde a 4-a zi de la intrare, ridicându-se pansamentul, observă că se ridică în acelaș timp și pielea, rămăind în loc degetele negre. După vre-o două săptămâni răul progresând, bolnavul ese din spital și se duce a casă. La intrare în serviciul nostru ni se presintă într'o stare foarte debilă, cu țesutul celular aproape dispărut; are pielea aspră, uscată și solz \acute{o} să, unghiile cu desăvârșire palide, figura ter \acute{o} să, buzele, conjunctivele și vălul palatin cu totul anemice. În fine starea lui ge-

nerală este tipul stărei cachectice de natură paludică, ce atât de des se observă la noi.

Piciorul stâng e coprins de o gangrenă mixtă, apropiindu-se mai mult de cea umedă de cât de cea uscată. Densa se întinde până în nivelul articulației astragalo-scafoïdiană și calcaneo-cuboidiană, fără ca cu toate acestea să existe nici urmă de un sghiab de separațiune. Părțile din jurul gangrenei sunt livide și foarte dureroase; ganglionii poplitei și inguinali măriți de volum. Dar și ganglionii din regiunile corespondente precum și cei axilari sunt destul de manifești.

Nimic din partea organelor splachnice. Este însă foarte ateromatous așa că bătăile arterei poplitee din partea bolnavă nu se simt de loc. Ele abia sunt perceptibile în triunghiul lui Scarpa.

Lucru demn de notat: *Splina nu e mărită de volum, dar regiunea sa e destul de simțitoare la presiune, ceia ce-i provocă durere. Bolnavul s'a îngrijit cu băi și pansamente dându-se din când în când și chinină, din cauză că avea și ascensiuni termice de 38^o, 38^o, 38^o etc. și tot ast-fel s'a urmat până la 18 Septembrie când iată cum găsesec descris în observație starea locală: gangrena n'are câtuș de puțin aerul de a se limita, cu totă aparența unui pseudo șanț eliminator ce se părea a se manifesta. Gamba până la jumătatea sa e coprinsă de o colorațiune roșie lividă. Densa e tumefiată, edemațiată și foarte durerosă.*

De aci încolo, n'am dat absolut nimic bolnavului de cât în modul cel mai regulat și sub controlul meu direct, câte un gram de sulfat de chinină pe zi până la 7 Octombrie, ceia ce face 13 zile.

Ei bine, în acest interval iată schimbările ce s'aun obținut:

Gamba cu desăvârșire desumflată, nedurerosă și de o culore cu totul normală. Șghiabul de eliminațiune bine manifestat la gâtul piciorului. Atunci cloroformizez bolnavul și ridic cu forfecelile totă partea sfacelată a piciorului. Treptat însă, ajung până la desarticulația tibio-tarsiană. Cu această ocazie am găsit țesutul óseler escesiv de friabil, de o culore galbenă și se putea rupe chiar cu pulpa degetelor. Am confecționat un lamboi de ocazie (analog cu acela din procedeul lui Syme) și am terminat operația fără să se scurgă mult sânge, bolnavul fiind și ateromatous.

Am continuat cu aceeași regularitate și control administrarea la interior a câte un gram de chinină pe fie-care zi, mai adăogând și câte 100 grame de vin de quinquina.

La 20 Octombrie constat că or-ce urmă de gangrenă e dispărută. Lamboul este adevărat că nu s'a prins, dar gamba forméză un bont conic, roșu, cu muguri cărnoși și prin cari cu degetele se simte suprafețele osose ale scheletului, fără însă să fie denudate. *Gamba în totă*

lungimea sea este tot așa de subțire și cu aceleași tegumente normale ca și cele din partea dreaptă. Nu există nici cea mai mică urmă de edem precum nici cea mai ușoră durere.

La 6 Noembre starea locală destul de bună. S'a ridicat cu fórfecele o parte din lambou sfacelat.

Ceia ce e de remarcat și ne atrage atențiunea, este că numai sub influența acestui tratament îndelungat și ȓilnic de chinină, bolnavul se găsește cu deosebire transformat, mai ales în ceia ce privește starea lui generală.

În adevăr, fața care la început avea expresiunea tristă și o culoare de un murdar galben brun, pământos, acum fața a devenit mai clară și cu o expresiune vie. Bolnavul însuși declară că înainte de acest tratament era foarte abătut, cu puterile slăbite și cu o mare lipsă de poftă de mâncare; pe când acum totul e din contra, adică se simte cu desăvârșire bine, n'are de cât niște dureri cu totul minime și slabe, așa că în timpul nopții e cu totul liniștit și dórme destul de bine. Este adevărat că bătăile arteriale nu au revenit, dar cu toții am constatat că în mod evident bolnavul, pe fie-care ȓi progresa, căci pe fie-care ȓi se îngrășa.

Pentru a termina, voi spune că, de gangrenă nici că mai era vorbă; exista însă un bont fără tegument adică format din părți moi și aderente de oșe, așa că cicatrizarea nu s'ar fi putut obține. De aceea am propus bolnavului amputația gambei cu siguranța că operația ar fi reușit, dar n'a fost primită.

În mai multe rânduri am revenit asupra amputației, cu atât mai mult, cu cât începuse a se forma și câte-va fuzee purulente sub piele, plecate din bont. Bolnavul însă fiind bigot, a refuzat, pretextând că voește a muri cu piciorul ce 'i-a dat Dumnezeu! Și ast-fel în Decembre ese din spital într'o stare relativ destul de bună, căci bontul era roșu și curat; lipsă de or-ce parte sfacelată, dar cu acele fuzee purulente de care am vorbit.

Conclușiunea este că pe un om cachectisat de paludism cronic s'a declarat o gangrenă a piciorului stâng. Că această gangrenă în momentul când amenința întréga gambă, ce era pe punctul de a se sfacela, a fost oprită în mersul său, limitându-se numai la picior și acesta numai grație întrebuintărei ȓilnice a sulfatului de chinină câte un gram pe ȓi, în timp de trei luni.

În fine, pe lângă cele-alte complicațiuni, paludismul are o influență vătămătoare asupra mersului ulterior al plăgilor, împedicând mersul lor reparator, transformându-le în ulcere atonice, mărind supurațiunea, im-

primându-le un caracter de rea natură, mergând chiar până a determina infecția purulentă.

Ne mai rămâne, domnilor, a vă atrage atențiunea încă asupra unui punct de actualitate, datorit iarăși prof. Verneuil.

Este vorba de modul cum evoluiază o bôlă acută așezată pe un paludic, și cum aceste bôle se pot influența una pe alta. Acesta constituie cea ce autorul numește *asociațiunii morbide*. De sigur, urmând acest studiu, vom avea satisfacțiunea de a rezolva multe puncte obscure în mersul și manifestațiunile clinice sub cari ni se presintă bôlele pe bolnavi diatesici.

Și nu cred a vă servi mai bine de cât a reproduce întocmai comunicația științifică făcută de însuși prof. Verneuil în fața Academiei de științe din anul acesta, luna Iulie ¹⁾. Iat'o :

„Asociațiunile morbide, diceam în ultima mea comunicațiune de la 21 Martie, n'au încă istoria lor generală. Ași fi putut adăoga că această istorie nu va fi scrisă pe dată, căci cadrul său este foarte vast și faptele necesare pentru a'l umplea, foarte insuficiente. Trebuie deci a ne mulțumi, în present, a strânge cât mai multe observațiuni posibile și a ne resemna la conclusiunile cu totul incontestabile.

„Ast-fel am făcut până în present, eu și discipolii mei; ast-fel fac și acum când, după ce am studiat coexistența lesiunilor renale vechi și retențiunei stercorale acute, am demonstrat pentru o categorie de fapte, influența exercitată asupra *propatiei* său starea morbidă anterioră de către epipatie, termen nou ce propun pentru a deosebi starea morbidă adausă său de dată recentă ²⁾.

„In presenta notă, voiü proba că propozițiunea inversă este tot așa de adevărată, adică propatia pôte, la rândul său, influența și modifica în diferite feluri epipatia.

„Voiü lua ca bază a argumentațiunei mele o asociațiune morbidă foarte simplă, care fără îndoială a fost observată, fără să fi fost, pe cât știü, nici descrisă nici comentată, este vorba de *un antrax desvoltat la ur paludic*.

„Unul din vechii mei elevi, d. dr. Kohos din Manchester, cunoscând studiile mele asupra ibridității morbide, a bine-voit a'mi adresa interesanta lucrare ce urmază :

¹⁾ Comptes rendus des séances de l'academie des sciences. No. 1 (4 Juillet 1892).

²⁾ Propatia și epipatia indică simplu ordinea de succesiune a douë stări morbide, de alt-fel independente și de natură diferită, pe când termenii foarte usitați de protopatie și deuteropatie indică nu numai succesiunea, dar încă dependența și identitatea de natură; confusiunea nu e deci posibilă.

„Un om de 49 ani, născut în România, avusese în această țară, la etatea de 25 ani, febră intermitentă în timp de mai multe luni. În etate de 31 ani se stabilește în Manchester și de atunci n'a mai vădit reapărându'i bóla.

„In August 1891 se reîntorce în România, recapătă frigurile și revine în Englitera cu accese quotidiene bine caracterisate.

„D. Kohos 'l vede pentru prima óră la 22 Septembre, și constată fără dificultate și în mai multe rânduri, în sângele scos cu o ventusă (de preferință din regiunea splinei), diferiții corpi caracteristici ai malariei.

„Sulfatul de chinină este administrat, însă fără succes și nu de-termină de cât o surditate destul de persistentă.

„La 30 Decembre, se declară la cefă un antrax ce ia repede dimensiuni mari și e însoțit de o vie sensibilitate la presiune și de dureri spontanee foarte violente, mai ales nóptea.

„Un chirurg face incisiuni și exercită presiuni pe tumóre pentru a eși puroiú. Aceste manopere sunt excesiv de penibile și provoc, în timp de 24 ore, suferințe aprópe insuportabile.

„Analisa urinelor negative în privința zahărului; examinat microscopic și bacteriologic, puroiul din antrax arată, afară de leucocite, plasmodii paludice în proporțiuni notabile și stafilococi aurii caracteristici, în cantitate relativ minimă.

„După incisiuni, plăgile sunt pansate cu cataplasme udate cu apă fenicată; se întrebuintează chiar cu perseverență pulverisațiunile fenicate de obiceiú așa de eficace contra furunculului și antraxului, dar fără nici un folos; nu se obține nici o ușurare și reparațiunea locală nu face nici un progres.

„In acest timp, febra revenia regulat în fie-care și ca și înainte, resista sulfatului de chinină administrat prin gură. Atunci d. Kohos avu ideia de a introduce acest medicament prin calea cutanată încorporându'l cu lanolină într'o pomadă cu care se fricțiunea mai ales regiunea splenică; pe lângă acesta se dá arsenicul sub formă de licórea lui Fowler.

„Efectul fu prompt și decisiv, suferințele încetară îndată, febra dispáru în mai puțin de 8 zile și cicatrizarea se termină în 3 săptămâni.

„Vindecarea fu durabilă“.

„Acest fapt, cu tótă concisiunea sa, este foarte demonstrativ. In cursul unei febre intermitente, în recidivă de 4 luni, survine un antrax cu mers grav, acompaniat de dureri de o violență extremă, afectând tipul periodic. Un tratament rațional consistând în: detridări, pansa-

ment metodic, pulverisațiunii fenicate, nu produc nici o ușurare, nici o modificare favorabilă în starea locală.

„Se instituesce atunci tratamentul specific al propaiei, adică al malariei. Indată scena se schimbă, fenomenele anormale încetază, totul reintră în ordine, travaliul reparator începe și se termină fără nici un accident nou.

„Iată un alt fapt de curând observat, în care o inflamație suferă egal influența paludismului anterior.

„O copilă de 6 ani, bine constituită, este atinsă de pleuro-pneumonie acută, fără fenomene generale alarmante, dar cu un junghiū foarte „întins și dureros, simulând o nevralgie intercostală.

„Mica bolnavă sosită de curând în Paris, locuia de ordinar în Brasilia, ceia ce mă făcu să mă gândesc că pôte să fie paludică. Mama, „întrebată, respunse că în adevăr copilă sa a avut la etatea de 3 ani „o febră intermitentă, și că și dēnsa s'a gândit a'i da din nou chinină. „Acastă medicațiune, părând cu totul indicată, fu prescrisă, junghiul „dispăru și ameliorațiunea urmată de vindecare fu așa de repede pentru „a justifica ipotesa unei asociațiuni morbide cu reacțiunea propației paludice asupra epipatiei pulmonare“.

„Am ales aceste două exemple, la care ași putea adăoga alte numeroase, pentru că, din toate maladiile microbiene, paludismul este cel ce influențază în cel mai mare grad, cel mai adesea și cu cea mai mare tenacitate afecțiunile ulterioare locale sau generale, externe sau interne.

În ținuturile unde malaria este endemică și la indiviđii atinși sau cari au fost mai înainte, cele mai multe epipatii sunt modificate în mersul și simptomatologia lor, agravate în pronostic, întârđiate în vindecarea lor, chiar atunci când terapeutila a fost rațional instituită.

„În aceste casurī, zadarnic se combate durerea prin narcotice; emoragiile prin emostatice mecanice sau medicamentose; inflamațiunea prin antiflogistice, febra prin antipiretice și regim etc., de regulă nu se reușește până când, recunoscând în fine cauza insuccesului, se administreză antidote, al căror prim rang 'l ocupă quinquina.

„În fine, dacă malaria dă exemplele cele mai probante, nu posedă numai ea supărăciosul privilegiū de a agrăva epipatiile; căci se pôte, bazându-ne pe fapte foarte numeroase, să punem, dacă nu pe acelaș rang, cel puțin în aceeaș categorie, maladiile virulente ca sifilisul, intoxicațiunile cronice ca alcoolismul, discrasiile ca diabetul, albuminuria, leucemia și asemenea acele stări generale grave și încă nenumite cari rezultă fatalmente din leziunile profunde ale marilor viscere: cord, ficat, rinichi, splină, etc.

„Deci, pentru a face vedit un fapt foarte comun și prea general

în istoria asociațiunilor morbide, propun de a se înscri ca perfect demonstrate următoarele două propozițiuni:

„1. Unele propatii foarte răspândite: malarie, sifilis, diabetul, alcoolismul etc., exercită obicinuit o acțiune generală supărăciósă asupra epipatiilor locale sau generale, externe sau interne.

„2. Acéstă notiune intereséză în cel mai înalt grad terapeutica, care trebuie să țină compt de acéstă; căci dacă este folositor a lupta contra maladiiei recente, este adesea indispensabil, sub pedépsa insucesului de a combate simultaneu starea morbidă anterioră“.

CHESTIONAR

Accidente nervóse paludice.

1) Nevralgii. Caractere. Observațiile lui Cocud, Deboué și Verneuil. Nevralgii în amputații. Nevralgie traumatică secundară precoce.

2) *Tetanos*. Caractere. În urma traumatismului. În afară de traumatism. Observații.

Complicațiuni neintermitente.

1) Putrediciunea de spital. Observații.

2) Gangrena propriu zisă. Istoric. Opinia lui Virchow. Diferite observații între cari și una proprie autorului.

Asociațiuni morbide.

Antrax și paludism. Opinia lui Verneuil la academia de științe.

Diferitele intoxicațiuni profesionale sau accidentale în raport cu traumatismul.

Lecția XXVI.

Domnilor,

Pentru a termina cu bólele constituționale, ne rămâne încă puțin de zis asupra diferitelor intoxicațiuni ca, de plumb, mercur, fosfor, morfină, etc. Studiul acesta însă, va fi foarte scurt, de óre-ce raportul dintre dênsele și traumatism, nu este încă bine stabilit.

Tot ceia ce putem spune e că tóte aceste otrávurí, cu timpul, ajung să determine niște alterațiuni foarte profunde în organism, analóge cu or-ce cachexie. Decí, în acéstă din urmă periódă, traumatismele vor fi foarte rău suportate, ba chiar fatale, prin deșteptarea unor inflamațiuni acute în organele cronic inflamate și profund alterate; și ast-fel fiind, întocmai ca în alcoolism, individul ne putând să lupte, sau va muri repede prin acelaș mecanism de rupere de echilibru al organismului, sau că va ajunge la acelaș rezultat, ceva mai târziu, prin diferitele complicațiuni, unele mai grave de cât altele, de carí traumatismul se va însoți. În cazul cel mai ușor, vom avea redeșteptarea diatesei latente, prin aparițiunea unor simptome deja dispărute, sau prin însoțirea de supurație or întârziere de reparație a leziunilor traumatice. Incepem dar mai întâi cu

1) *Saturnismul* sau intoxicațiunea prin sărurí de plumb.

Acésta provine din introducerea în organism, în mod lent și continuă a sărurilor de plumb.

De intoxicațiunea propriú disă acută, nu avem să ne ocupăm, căci acésta rezultând din ingerarea unei mari cantități de preparațiuni de acest metal, este în afară de or-ce interes chirurgical.

Intoxicația cronică însă fiind singură care aduce schimbări mari în organism, mergând până la cachexie, are o influență reciprocă asupra traumatismului.

Introducerea sărurilor de plumb se face prin trei căi: prin calea respirațiunei, mucósa stomacală și însuși tegumentul extern. La noi,

casuri de intoxicație cronică cu plumb sunt relativ rare, de ôre-ce dênsele se observă mai mult în fabrici de preparațiunii chimice ca oglinzi, paturî, etc., industrie de care noi suntem cam în lipsă. Cu tôte acestea, încă putem vedea ici coela, casuri isolate, mai ales pe femei ce au obiceiul de a'si conserva tinerețea prin diferite cosmetice (sulimanurî), al căror secret constă în aceia că tôte sunt formate din săruri de plumb (stubeiū, carbonat de plumb etc.). La tipografii încă se pôte observa acéstă intoxicație plumbică.

O altă causă iarăși de intoxicație cronică este falsificarea bêturilor spirtose și în special a vinului, ce se face pe o scară fôrte întinsă la noi, cu sare de Saturn (acetat de plumb), saū d'adrechtul cu plăci de plumb (litargă), pentru a transforma vinurile stricate, oțetite, în vinuri dulci. Și sunt sigur că alterațiunile organice, dar mai ales fenomenele cerebrale la alcoolici, sunt în mare parte datorite falsificării bêturilor spirtose cu plumb; căci vinurile curate, precum și rachiurile, nu sunt capabile de a se însoți, într'un timp relativ scurt, de niște consecințe atât de funeste.

În aceste casuri, în urma unor întrebuintări lungi de substanțe falsificate, organismul se modifică în constituția sa fiziologică, mergënd până la o schimbare totală a elementelor sale anatomice.

În adevăr, un saturnic nu întârzie să ofere fenomene mai mult saū mai puțin grave din partea nutrițiunei. Dînșii devin palizi și slăbesc; au cărnurile flaște; pielea și mai ales a feței capătă o culóre de un galben palid, cu totul caracteristică, ce nu sémănă nici cu icterul nici cu acea a clorosei, în fine, tôte țesuturile se decoloréză.

Beau a descoperit acea formă particulară de anestezie la saturnici numită analgesie, prin care indiviđii simt contactul corpurilor, dar sunt mai mult saū mai puțin insensibili la durere. Sângele lor e cu totul sărăcit, palid și se găsește în mult mai mică abondență în vase (Laenec). Globulele roșii sunt fôrte mult micșorate ca și în anemia spontanată, fibrina însă rămâne în starea normală.

Arterile lor sunt profund alterate prezentând leziuni de endarterită și arterio sclerosă.

În urma acesteia alterațiunii a sângelui, forțele individului se micșoréză mai ales și prin langezirea funcțiunilor digestive. În adevăr, la dênșii apetitui începe să dispară, devine caprițios, iar intestinul gros fôrte lenes. Mulți din ei au un gust dulce în gură saū stiptic, precum și o duhóre particulară caracteristică gastricismelor. Gingiile pot fi ferme, la unii însă sunt sângerânde, subțiate, uzate și chiar distruse pe margini, presintând și o colorațiune albastră caracteristică numită *lizereu*, ce pôte copleși dinții, mucósa buzelor și chiar a obrazului.

Acésta provine din combinațiunea hidrogenului sulfurat, ce degage individul din stomac, cu particulele de plumb depuse pe gingii. Individii ast-fel intoxicați își pot vedea de afaceri mult timp, când de o dată pot fi coprinși de unele bóle proprii saturnismului și cari sunt :

I) **Colici de plumb**, ce se caracterisă printr'o stare complectamente apiretică și însoțite de o retractiune abdominală și dureri fórte vii în jurul ombilicului; ele se calméză de ordinar prin presiune, de unde și atitudinea bolnavului care se așéză pe pânțece. Vin apoi vèrsături verđi, o constipatie opiniatră, adesea crampe în membre și alte sensațiuni dureroase în diferite părți ale corpului. Leziunile acestea sunt în raport cu o ramolire parțială și îngroșare aprópe totală a mucósei stomacului. În plus, s'a constatat o retractiune, o ratatinare fórte pronunțată a tubului digestiv, a căruia mucósă devenită mai puțin umedă se pune în contact cu unele materii fecale indurate.

II) **Dureri saturnine ale membrilor și trunchiului**. Adesea saturnicii se plâng de dureri mai mult sau mai puțin vii în articulații sau continuitatea membrilor; aceste dureri ce corespund cu reumatismul metalic al lui Sauvages, s'a numit de Tanquerel *artralgie saturnică*.

Durerile acestea cari precedéză sau urméză colicele, sunt însoțite de o obosélă sau amortélă în părțile ce au să fie copleșite. Imediat bolnavii sunt coprinși de dureri contusive, lancinate, terebrante sau sfâșietóre, cu caracter continuu sau exacerbațiuni neregulate, viind mai des nóptea și împedcând pe bolnav de a dormi. Aceste dureri, cari prin căldură se măresc, din contra prin presiune sau expunerea membrilor la frig se calméză. Ele nu se însoțesc nici de căldură, nici de febră și nici de vre-o schimbare în colórea pielei, și își au sediul de ordinar în articulațiile cele mari sau în membrele inferióre și în sensul flexiunei; muschii lombari și päreții toracici sunt și ei adesea copleșiți de aceste dureri, de unde mișcările dificile și crampe penibile mai ales în pulpele picioarelor.

III) **Accidentele cerebrale sau encefalopatii saturnine**. Intoxicația plumbică își manifestă acțiunea sea deleteră și asupra encefalului producând exaltațiunea, perversiunea sau abolițiunea funcțiunilor acestui organ.

Accidentele cerebrale presintă mai multe forme și se pot declara une-orî în mod subit și să isbescă pe individ în mijlocul unei perfecte sănătăți în aparență. Așa că unii cad ca trăsniți în timpul lucrului sau al mănecării, fie cu un acces de epilepsie sau cu o stare comatósă. Alte dăți însă există fenomene prodromice cari anunță accesul precum: o cefalalgie frontală mai mult sau mai puțin vie, vertige, somnolență

saŭ un somn agitat și adesea întrerupt, o privire rătăcitore, o accelerațiune a pulsului, o stare de îngrijire și de tristețe ce face pe bolnav să plângă; în fine unii sunt isbiți de amaurosă, de amortială, furnicătură saŭ dureri în membre.

Formele encefalopatiei saturnine sunt :

a) *Forma delirantă*. Câte o dată delirul pôte să fie calm și să nu constea de cât într'o simplă deviațiune de idei fără nici un fel de agitațiune; alte dăți însă delirul e cu totul furios și excitat prin ilusiuni și alucinațiuni. Delirul nu e tot-d'a-una complet, universal, și ia forma unei nebunii numită *rațională*. După o durată mai mult saŭ mai puțin lungă, vine un somn reparator și totul dispăre. Alte dăți însă, bolnavii pot să móră în mijlocul violenței delirului.

b) *Forma convulsivă, epileptică*. Mai tot-d'a-una vine fără *aură*, așa că bolnavii cad brusc într'o completă nesimțire; accesul durază foarte mult, iar nu 2—3 minute ca în epilepsia francă, așa că dênșii pot să móră de asfixie saŭ apoplexie. Când se deșteptă, nu au plinitudinea facultăților intelectuale.

c) *Forma comatoasă*. Aci bolnavul cu pulsul și respirațiunea fără frecvență, stă nepăsător în patul său; are aspectul unui om ce dórme profund și nu e deșteptat din acest somn letargic de cât din când în când prin câte-va țipete saŭ suspinuri plângătore. Rar se observă ore-care agitațiune; bolnavul însă se mișcă când pe o parte când pe alta; se ridică în sus, se pune pe genuchi și în aceste diferite mișcări stă cu ochii închiși saŭ din contra foarte larg deschiși; dar și chiar în acest din urmă cas el nu distinge nici un obiect exterior, pupilele sunt largi și aprópe imobile. Inteligența revine foarte încet, bolnavului i se pare că se deșteptă dintr'un somn profund și primul lucru de care se plânge e o fóme mare.

IV) **Paralisiile saturnine**. Acestea atacă mai mult motilitatea de cât sensibilitatea. Paralisiile nu recunosc nici o leziune apreciabilă în centri nervoși saŭ sistemul ganglionar; nu constatăm în muschii paralizați de cât efectele inerției și a lipsei de nutrițiune în urma unui repaus îndelungat precum: o decolorațiune și o vestejire a muschilor adesea atrofiați, calibrul vaselor micșorat precum și o diminuțiune în volumul cordónelor nervóse. Paralisia e foarte rar generală și completă, mai adesea e mărginită la un sistem de muschi saŭ chiar la un singur muschi. Membrele superióre sunt mai des atinse prin muschii lor extensori, după aceia vin membrele inferióre, din care causă bolnavii nu pot sta în picioare și încetul cu încetul aceste membre intră în flexiune.

Când paralisia saturnină e foarte întinsă iar cachexia înaintată, bolnavii slăbesc, se oflesc, digestiunea dificilă și chiar suspendată,

membrele se infiltrază, escharele se desvoltă în diferite părți ale corpului în timpul decubitului; în fine mórtea sosește în marasm sau în urma diferitelor complicațiuni accidentale.

Iată un tablou al unui saturnic care, după cum vedeți, nu e întru nimic mai jos de cât acela al unui sifilitic, alcoolic, paludic etc. și cu toate acestea relațiunile sale cu bólele chirurgicale sunt foarte rău cunoscut.

Singurele cercetări recente în această privință sunt ale lui Lewy din Viena, care arată că saturnismul ar fi o cauză frecventă de afecțiuni ale scheletului, de óre ce densusul a găsit 2—3 la sută plumb în ósele saturnicilor.

Pe de altă parte un alt autor Huebel din Berlin, în intoxicațiunile saturnine experimentale, făcute pe câini, a constatat existența unei mai mari proporțiuni de plumb în óse ca în or-care alt țesut.

De aci, după cercetările lui Sabatier 1877, ósele pot fi atinse de osteite și necrose în saturnism, precum au probat cele trei observațiuni ale sale, confirmate prin alte două observațiuni ale lui Verneuil și una a lui Desprès. Decî, intoxicațiunea saturnină pare că are o tendință în a produce leziuni óse.

Cei mai mulți autori susțin că saturnismul nu are nici o acțiune asupra mersului plăgilor, alții însă dic că la saturnicii limfangitele și erisipelul sunt mult mai frecvente ca de obicei.

Verneuil susține că această discrasie și leziuni periferice sau viscerele este imposibil să nu modifice procesul reparator în cas de traumatism sau operație chirurgicală. Nenorocirea însă este, adaogă densusul, că aci nu putem face de cât coniecturi și ipoteze, de óre-ce chirurgii nu s'au ocupat în destul de modul cum se comportă traumatismele la indiviđii intoxicați prin plumb, arsenic, fosfor, mercur etc.

Totuși, dacă saturnismul pare că nu ar avea influență asupra leziunelor traumatice, lucrul însă e probat că traumatismul póte să provóce fenomene acute în cursul unei intoxicațiuni saturnine cronice; el póte să redeștepte diatesa, făcend să apară colicele și chiar encefalopatia saturnină.

Ast-fel Verneuil a arătat că, la un saturnic, o simplă contusie a dat naștere unei colici de plumb; la un altul, o plagă neinsemnată a degetului mare de la picior, a fost urmată de o limfangită cu mers repede; la un al treilea bolnav, traumatismul a făcut să se deschidă un focar de supurațiune, închis de 10 ani.

În fine, un alt cas, în care intoxicația saturnină, rămasă latentă până aci, s'a manifestat pentru prima óră în urma unui traumatism, care îndată fu urmat de albuminurie și encefalopatie saturnină. Așa

că saturnismul se comportă întocmai ca or-ce bôlă diatesică sau constituțională cronică.

Pentru intoxicațiunile cu fosfor, lucrul e și mai puțin studiat. Știind însă că și acest metal produce alterațiuni grave ale viscerelor și mai ales ale ficatului precum și ale ôselor, unde determină necroze, va influența și dânsul traumatismul ca și cele-alte intoxicațiuni, fie complecându'l său complicându-se de afecțiuni acute, în fața cărora organele degenerate nu vor putea rezista.

Intoxicațiunea prin morfină.

Opiul administrat cu prudență și în doze moderate, este de o eficacitate incontestabilă pentru individ, suprimându'i durerea, și deci este de o întrebuițare foarte favorabilă în îngrijirea răniților.

Nu este însă tot ast-fel când se face abus de acest remediū, căci atunci opiul, ca și or-ce otravă, pôte să aducă alterațiuni profunde în organism mergând până la o cachexie totală a individului. De aceea, ca și pentru alcoolism, se admite o intoxicație acută și una cronică cu morfină, sau mai bine zis, morfinism.

Experimentațiunile făcute de Levinstein și Laborde, asupra animalelor cu doze toxice de morfină, au determinat albuminurie, glicosurie și leziuni diverse oculare ca și la alcoolicii, diabeticii și albuminuricii; în plus, s'a mai găsit la autopsie, o congestiune intensă a centrilor nervoși, a ficatului și rinichilor.

De alt-fel, această albuminurie și glicosurie, s'a constatat chiar și la persoanele morfiomane. Charcot, din partea sa, a observat un delir furios și un cas de pneumonie ce s'a terminat prin gangrenă.

Efectul traumatismului asupra morfinismului, nu este studiat și deci nu se găsește nici o observație relativă la acest punct. Totuși, am putea să ne așteptăm la aparițiunea de fenomene cerebrale și mai ales la provocarea de manii sau delir furios, rămas până în acest moment latent.

Nu este însă tot ast-fel cu influența ce morfinismul are asupra traumatismului. Ast-fel, în regiunile unde se practică înțepături, pot să se desvolte accidente inflamatorii serioase. Fie-care din aceste înțepături, devine punctul de plecare al unui tubercul mare, roșu, ce se pôte transforma în abces, sau forméză o tumefacție inflamatorie de grosimea unei nucii.

Aceste abcese, sunt acute și au tendința de a se deschide spon-

tanat, iar unele din ele rămân staționare foarte mult timp și pot să se vindece fără să se deschidă.

Dujardin Beaumetz a arătat accidente inflamatorii locale foarte grave, mergând până a determina mórtea. În privința acestor abcese putem deosebi, după Trelat trei varietăți: abcese tuberóse de origină iritativă, conținând puroiul de bună natură; abcese tot de origină iritativă a căror cavități însă conține un lichid brun cu odóre infectă precum și gazuri mefitice, și în fine abcese la distanță, adică cu totul streine de înțepături.

Relativ la aceste abcese, numărul lor câte o dată e considerabil. Trelat spune că a deschis până la 70 pe aceeași persoană.

Am avut ocasiunea să văd un morfinoman tip și a nume o persoană destul de cunoscută ce devenise chiar cu inteligența obtusă în urma injecțiilor de morfină. 'L-am vădută, ȃic, împreună cu dr. Assaky, cu ocazia unei fracturii a extr. sup. a umérului care, fie ȃis în trecăt, de și încet dar s'a consolidat. Cu această ocaziune 'i-am vădută corpul așa de ciuruit de înțepături, iar pielea așa de grósă și cronic inflamată (mai mult ca la un pachiderm) în cât mi-a inspirat și milă și oróre. Nu era punct unde să nu fi fost abcese cari, după declarația lui, cocea și se spârgeau singure fără ca vre-o dată să fi fost însoțite de vre-un accident inflamator.

Pe o damă ténéră și foarte inteligentă din Bucuresci, dar cu obiceiuri morfinomanice, am vădută iarăși dezvoltându-se o mulțime de abcese pe ambele cóspe, abcese foarte mari, dintre cari unele se transformase în adevérate flegmóne întinse, și tóte înconjurate de o zonă inflamatorie foarte largă avénd caracterul erisipelatos. Adesea puroiul, pe lângă că este de o abundență colosală, se însoțește și de un miros escesiv de respingător.

La unii morfiniști plăgile pot presenta complicațiunii inflamatorii foarte seriose.

Verneuil a observat un exemplu remarcabil în care o nevrotomie a nervului radial, a fost urmată de un erisipel bronzat în urma căruia bolnavul a murit la 5 ȃile după operație.

Leidesdorf a arătat că morfiniștii presintă o mare dificultate la reparațiunea plăgilor și aú o tendință marcată către ulceratiune. Astfel Siredey a vădută o ușóră arsură făcută la pumn cu o țigară, transformându-se într'un ulcer larg ca o piesă de 2 lei destul de adâncă și acoperită de o pulpă cenușie.

Dar ceia ce este mai periculos sunt accidentele la distanță și cele septic grave, provenite atât din cauza stărei cachectice a individului cât póte

și din inoculația diferiților microbi prin acul siringei saă chiar prin însăși soluția de continuitate.

Iată o observație a lui Trelat comunicată Soc. de chir. în 1883 :

„Un om de 60 de ani și ataxic de 22 ani, ce ajunsese să’și injecteze până la 25 c. gr. de morfină, fu coprins de un flegmon difus al membrului inferior stâng. Intregul acest membru era copleșit de jos în sus de un edem enorm însoțit de tensiune, de roșiataă închisă, plus o febră foarte întinsă și o stare generală detestabilă. Totuși Trelat face în extremis largi incisiuni și după un timp îndelungat bolnavul finește prin a se vindeca“.

Pentru a termina ar trebui să vorbim și de alte intoxicații ca beladona, ce se pôte observa pe femei ce aă obiceiul de a’și pune emplastore de acestea pe pânțele pentru a’și face ochii mari! (prin dilatarea pupilei) tutunul, haschisch etc., dar asupra tuturilor acestora ca și asupra intoxicației cu mercur se află o mare pagină albă, pe care alții o vor umplea de sigur.

C H E S T I O N A R

Intoxicațiunile profesionale saă accidentale în raport cu traumatismul.

1) *Saturnismul*. Căile de intoxicare. Tabloul clinic și leziunile anatomice mai ales ale sângelui, mucósa stomacală și gingii.

Colicele de plumb. Caractere.

Dureri saturnine ale membrelor și trunchiului. Artralgie saturnică. Caractere.

Encefalopatii saturnine. Formele; *delirantă, convulsivă saă epileptică și comatoasă*. Caracterile distinctiv.

Paralisiile saturnine. Forma clinică. Leziunile óselor. Cercetările lui Lewy din Viena și Huebel din Berlin. Consecințe.

Influența saturnismului asupra traumei și vice-versa. Deșteptare de diateză. Reparitiune de colici etc.

Intoxicația cu morfină.

Considerațiuni generale. Esperiențele lui Levinstein și Laborde.

Influența morfismului asupra traumatismului. Abcese multiple și complicații inflamatorii. Casul lui Trelat și două observații ale autorului.

BOALELE CRONICE IN RAPORT CU TRAUMATISMELE

Lecția XXVII.

Domnilor,

În afară de bólele diatesice și constituționale, Verneuil caută să facă un studiu aparte din unele bóle cronice a unor viscere importante și indispensabile vieței: ca ficatul, rinichi, cordul, cerebrul etc. Noi mărturisim că imbibați tot de principiile sale, nu putem înțelege în destul această nouă clasă, de óre-ce nu credem că póte să existe o bóla viscerală cronică, fără a fi sub dependența unei predispozițiunii diatesice sau constituționale. Și susținem această cu atât mai mult cu cât el însuși recunoște faptul când dice: Este adevărat că la mulți din acești indiviđi leziunea ficatului, a rinichilor și a cordului nu este nici primitivă nici izolată, ci din contra face parte dintr'o totalitate morbidă preexistentă, așa că epaticul de exemplu va fi alcoolic, renalul gutos, iar cardiacul rumatisant.

Cu tóte acestea continuă Verneuil, ținând chiar socotélă de bóla generală, încă este un mare interes în a cerceta ce aspect particular póte să capete un bolnav, având o alterațiune mai pronunțată a cutărui sau cutărui viscer important. Căci bólele generale nu ating tot-d'auna aceleași organe, și nici nu se fixéză tot-d'auna cu aceiași intensitate. Așa, toți reumaticii nu vor fi cardiaci; toți alcoolicii nu vor avea ficatul bolnav, și în fine póte cine-va fi gutos și să-și conserve rinichi în bună stare. Și bazat pe acest raționament, Verneuil stabilește Epatismul, Nefrismul și Cardismul, ca și cum prin ele însăși ar constitui clase aparte de bóle în afară de diatese.

Tot astfel am putea adăoga și cerebrismul ba chiar și splenismul, căci și aceste organe prin ele însăși pot imprima individului diferite moduri de a fi, dându-ne tipuri de ómenii cerebrale, ómenii splenice etc. etc.

Noi încă odată repetăm, că de și în aceste bóle nu vedem de cât un grad înaintat al unei diatese, totuși vom studia alterațiunea acestor viscere în raport cu traumatismele.

Chestiunile ce trebuie să resolvim, sunt în adevăr fórte grele.

Căci étă-le:

1) Ce diferențe vor presenta trei rumatisanți, dintre cari unul va avea o leziune mitrală, altul o litiasă biliară, iar al treilea o albuminurie?

2) Ce diferențe vor oferi în fața unui traumatism trei epatici dintre cari, unul va fi alcoolic, altul sifilitic, iar altul cu o supurație ososă prelungită?

Și răspunsul la aceste chestiuni e cu atât mai dificil cu cât leziunile acestor organe sunt foarte numeroase.

Dar să intrăm în studiul regulat al fie-căruia din aceste organe.

1) *Epatismul.*

Este evident că congestiunea cronică a ficatului, cirosa atrofică sau ipertrofică, steatosa, amilosa, sifilomul, litiasa, retențiunea biliară, cancerul, kistul idatic etc., fie-care va lucra într'un mod deosebit și cu o intensitate mai mult sau mai puțin mare asupra nutrițiunei, digestiunei, circulațiunei periferice sau cardiace, asupra compozițiunei și genesei sângelui etc. etc. De aci lesne vedem că și influența bôlelor acestui organ asupra traumatismului, nu va fi identică, ci în legătură cu felul și diferitele stadii ale alterațiunelor organice. Până acum nu s'a studiat de cât leziunile în bloc ale ficatului, constatându-se că influența unui epatic asupra traumatismului în general e nefastă; că un epatic rănit e în pericol ori-când și că pronosticul e înegrit și de o parte și de alta.

Cel dintăiū autor, care a atras atențiunea asupra influenței ce afecțiunile ficatului pôte să exercite asupra leziunilor traumatice este un englez Armand Chevers în 1843, și despre care deja am mai vorbit. Dînsul a arătat că în general leziunile viscerele, și în particular leziunile ficatului, modifică mersul plăgilor și agravéză în mod simțitor pronosticul traumatismelor accidentale sau operatorii.

Monneret în 1854 a signalat emoragii spontanate sau traumatice, precum și gangrene ivindu-se ca complicație în cursul unei cirose, sau diferite alte afecțiuni ale ficatului.

Verneuil la rîndul său, precum și Sir James Paget au studiat această chestiune din punctul de vedere chirurgical ajungînd la acelaș rezultat că, indivizii atinși de bôle cronice de ficat suportă foarte rău leziunile traumatice. Singure chistele idatice ale ficatului se crede că nu ar avea nici o acțiune asupra traumei; și acesta probabil din cauză că aci elementele parenchimului epatic sunt numai comprimate prin desvoltarea tumorei, pe când restul dintr'o mare întindere a organului este sănătos. Tot acelaș lucru am putea dice și despre abcesul ficatului precum și de cancer limitat al acestui organ.

Și pentru a ne esplica influența vătămătoare a ficatului bolnav

asupra traumatismelor, nu avem de cât să ne reamintim cele trei moduri, după cari leziunile ficatului lucrăză asupra economiei și anume: saū că geněză circulațiunea ca în casuri de ciroasă, saū turburând digestiunea, din cauză că bila numai e secretată în mod normal, saū alterând direct compozițiunea sângelui, din cauză că celulele epatice fiind bolnave, devin improprii pentru îndeplinirea funcțiunilor ematopetice. Din aceste diferite turburări rezultă în mod evident o alterațiune destul de gravă a nutrițiunei generale.

De aceia la un epatic, focarul traumatic se însoțesce de o mulțime de complicațiuni ca: inflamațiuni de rea natură, flegmon difus, erisipelatos, flegmon bronzat, erisipel ambulant etc; și ca consecință naturală a acestor accidente locale, vom avea altele generale ca: febre traumatice grave, septicemii cu forma adinamică și piemie cu mers foarte repede.

Dar mai ales emoragiile sunt foarte mult de temut, căci dînsele câte odată sunt așa de abondente, încât pot determina chiar mórtea individului, neputându-se opri prin nici un mijloc emostatic. Și ce este mai grav, e că sângele se scurge nu numai prin vasele rânite, dar chiar și la distanță prin mucósa nasală saū intestinală.

Independent de aceste accidente acute și grave, Verneuil împreună cu elevii săi Longeret și Gauchas au constatat că la epatici plăgile iaū un aspect urît, rămân atone, lángezând și produc un puroiū foarte abondent dar seros și fetid, într'un cuvânt, plăgile nu au nici o tendință către cicatrizațiune. După amputațiuni adesea s'a observat gangrena lambourilor. În fine ori-ce leziune traumatică pe un epatic, se póte complica de vârsături bilióse, de o stare gastrică și chiar de turburări cerebrale ca delir, coma etc.

Pe lângă acestea, traumatismul chiar dacă nu ar fi însoțit de aceste fenomene neobićinuite, póte să lucreze direct asupra afecțiunilor epatice preexistente și să facă să reapară bóle până aci ascunsă, ca: icter, colici biliare, anasarcă, ascită, vârsături opiniatre, diaree profundă etc. Așa că sub acéstă influență funestă, un epatic ce se găsia într'o stare pasabilă și nu era de nimic amerințat, póte să între îndată în perióda de cachexie și să sucombe în câte-va săptămâni saū zile. Și acésta se observă mai ales în casuri de cancer al ficatului când, indivizii pot să móră repede în urma celei mai ușóre râniri, ca: înțepături de lipitori, paracenteze, deschidere de abcese, fracturi etc.

Alte dăți traumatismul póte să deștepte o inflamație foarte acută în ficatul cronic inflammat, care atins fiind de steatosă nu va putea rezista, și decí va compromite viața individului.

În 1889 se presintă în serviciul D-lui prof. Assaky o fată ténără,

Paraschiva N... de 20 ani, din Brăila, având un pântece enorm de mare, astfel că un examen minuțios era imposibil. Fenomenele de dispnee fiind foarte pronunțate, am crezut că probabil va fi vorba de un kist ovarian însoțit și de lichid în cavitatea peritoneală.

Fac deci laparotomia, și găsesc în adevăr o ascită și în plus un sarcom al ovarului stâng. După ce separ această tumoră de aderențele ce avea, practic ablațiunea. După 24 ore însă, bolnava môle. La autopsie găsesc un ficat colosal de mare și cu toate caracterile unei degenerescențe gresose. Am fost surprins de acest lucru, și întrebând pe fratele său, îmi declară că bolnava de un an și mai bine, prin nimic nu-și putea alina durerile, de cât bând rom, rachiū și alte băuturi spirituoase până se îmbăta. Și de ore-ce durerile îi veniau des, dînsa în consecință se îmbăta mai în fie-care zi.

Aci prin urmare, am avut aface cu o afecțiune cronică a ficatului de natură alcoolică, care a provocat mórtea repede a pacientei, în urma operațiunii ce a suferit.

Dar étă alte trei observațiuni, comunicate de Verneuil la Academia de medicină din Paris în 2 August 1892; și din cari se vede în mod foarte clar acțiunea funestă, pe care o jócă traumatismul asupra bolnavilor cu afecțiunii ale ficatului¹⁾.

1) O femeie de 38 ani, are o fractură bi-maleolară, ce se consolida rău, creând o infirmitate gravă, pentru care în 16 Iunie, D. Ricard practică o artrectomie și pune piciorul în pozițiune bună, acesta se face fără nici un incident.

În momentul operațiunii, bolnava avea toate aparențele unei sănătăți înfloritoare, însă trei zile după aceea, ea fu prinsă de un icter generalizat, cu decolorația materiilor fecale. Ca urmare, starea generală devine rea: inapetență, constipație, limba murdară, epistaxis, durere în regiunea epatică, ascită și în cele din urmă, la 4 Iulie, bolnava sucombă.

La autopsie, se găsește un ficat mare neted, în greutate de 3 Kilo 500 grame, prezentând toate caracterele unei cirose gresose hipertrofice. Examenul istologic arată o proliferațiune conjunctivă generală constituind ciroza inter și intra-lobulară. Cu puțin timp înainte morții bolnavei, o cercetare amănunțită a arătat că era vorba de o alcoolică, însă nici deslușirile date de bolnavă, nici starea sănătății sale în momentul intrării sale în spital, n'au putut să facă a gândi să se pună un astfel de diagnostic.

Adăogăm că câmpul operator nu a prezentat nimic de anormal.

¹⁾ Veđi Bulletin medical, No. 62 Mercuri 3 August 1892.

II) O femeie de 51 ani, este atinsă de un voluminos polip uterin, de cinci ani acest polip cauzăză metroragii, ce aduce bolnava într'o stare generală deplorabilă, precum și o scurgere de un lichid purulent putrid, provenind din o stare de septicemie cronică.

Bolnava este palidă, slabă, membrele inferioare sunt edemațiate, palpitațiuni cardiace, suflu anemic, temperatura 39° , inapetență, urinele ușor albuminoase. În timpul cător-va zile asepsia vaginului și a uterului a fost făcută cu cea mai mare grijă, starea generală păru a se ameliora puțin și temperatura deveni normală, afară de o ușoră mișcare febrilă în timpul serei. Se decise a se exciza tumora cu ajutorul ecrasorului, după ce s'au luat toate precauțiunile pentru a se face asepsia vaginului înainte, în timpul și după operațiune. Operațiunea n'a prezentat nimic de particular, nu a dat loc la nici o emoragie.

Cu totă benignitatea unei asemenea operațiuni, starea generală a bolnavei se agravă, micșorarea forțelor cresc, adinamia se declară, pulsul se urcă la 126, temperatura la 39° , și bolnava móre trei zile după ablațiunea polipului.

Autopsia arată o steatosă avansată a ficatului. La microscop celulele epatice se găsesc atinse de diverse grade de degenerescentă gresosă.

III) O femeie de 67 ani, intră în spital pentru o mică ernie crurală strangulată de 2 zile. Pe lângă acesta, prin examen, se constată un voluminos cancer al ficatului. Fiind-că strangularea erniară amenința viața, se făcu kelotomia reducând intervenția chirurgicală la minim: simulacru de anestezie, debridare, reduțiuni și sutură, fără a se căuta a face cura radicală.

Operațiunea aduce o ușurare repede, simptomele de strangulare dispar, starea generală este din cele mai satisfăcătoare în timpul celor nouă zile dintâi, plaga operatorie nu oferă nimic de anormal. Inșă a decea di, brusc și fără cauză, temperatura se ridică, junghiū, pneumonia bazei, și trei zile în urmă bolnava sucombă în adinamie.

Nu se făcu autopsie însă existența cancerului ficatului nu era la indoială.

Din acestea conchidem că trebuie să fim cu mare luare aminte și atențiunea să ne fie bine atrasă asupra examinărei detaliate a viscerelor, și în special a ficatului, ale cărui afecțiuni se bucură de o influență foarte funestă față cu traumatismele. Și procedând astfel, ne vom abține de la intervențiuni, saū fiind vorba de casuri extreme și urgente, vom anunța pericolul mai 'nainte ca să apară, mai 'nainte ca să ne surprindă.

II. **Nefrismul.** Este o stare generală ce se observă la indiviđii

atingși de o afecțiune renală gravă, veche sau recentă. Acastă stare pöte să fie acută sau cronică, timporară sau prelungită, latentă sau manifestă prin simptome mai mult sau mai puțin evidente, între cari în primul rang se aședă calitățile urinei. Și mai ales turburările în secrețiunea urinară, fie din punctul de vedere al cantității sau calității sunt acelea, ce cu timpul aduc o adevărată desorganizare organică. Căci știut este că, curățirea sângelui stă în strînsă legătură cu eliminățiunea regulată a urinei. Așa că dacă acest lichid excremențial nu se mai pöte elimina prin rinichi, dînsul se va acumula în masa sanguină și va lucra ca orî-ce substanță toxică, însă venită de din năuntru, din chiar organismul nostru, cu alte cuvinte organismul se intoxicează prin el însuși — auto-infecțiune.

În urma acestui lucru funcțiunile digestive se lîngezesc, cordul se degenerază, circulația periferică e împedicată, păreții vasculari se altereză, iar sângele iese din căile sale și serositatea se grămădește pretutindenî unde există spațieri seröse și conjunctive, de unde edeme mai mult sau mai puțin întinse, putëndu-se propaga chiar și până la centri-nervoși.

Afecțiunile renale, cari sunt numeroase, nu produc nefrismul nici cu aceeași rapiditate, nici cu aceeași intensitate; dar cu timpul, și mai ales dacă sunt persistente, finesc tot d'auna prin a ruina organismul.

Astfel, nefrismele generalisate, intersticiale sau parenchimatöse, hidronefrosa, degenerescentă kistică, sunt cu desăvêrșire grave; vin apoi litiasa renală, pielonefrita, steatosa, amilosa etc.

Nenorocirea este că, din punctul de vedere chirurgical nu s'a putut precisa, care anume nefrită agraveză mai mult traumatismul, sau care la rîndul său e influențată în mod mai funest.

Tot ceia ce putem spune, e că aci ca și la epatism, observăm aceleași accidente locale în plăgi: emoragii secundare, inflamațiuni difuse a țesutului conjunctiv sau a limfaticelor, erisipele grave, sfacel, osteo mielite, piemiî etc., iar ca complicații mai puțin serioase: edemul persistent, lentöre extremă a travaliului reparator, supurație serösă nesfîrșită, aspect umflat al mugurilor cărnöși, ce devin sângerânzi și cenuși, și mai ales când plăgile se fac în țesuturi deja infiltrate.

Ca fenomene generale avem o febră fôrte intensă, care pöte să fie preludiul unei piemiî sau efectul unei simple redeșteptări a unei afecțiuni anteriöre a rinichiului din cauza traumei, care și dînsa pöte provoca mörtea individului.

Operațiunile ce se practică pe nefretici sunt de două feluri: unele

ce se fac chiar pe aparatul genito-urinar, ca: talia, litotriția, uretrotomia, debridări de infiltrațiunii sanguine sau urinare etc.

Tóte aceste operații reușesc în mod perfect, când rinichiș sunt în bună stare sau prea ușor alterați. În cazul contrariu, lucrurile se petrec cu totul altfel, căci mortalitatea devine atunci considerabilă, operații murind imediat sau după câte-va zile de niște simptome generale grave, cari arată ultimele faze a unor afecțiuni renale vechi și lăsate în părăsire. Astfel vom vedea: inflamațiunii difuze, gangrene, sufusiunii seróse în plevre și pericard, edem pulmonar, accidente uremice comatóse, dispneice sau eclamptice.

Încât privește operațiunile periferice, ele de asemenea pot să aducă mórtea individului, fără ca dinsele să fie cătuși de puțin complicate. Astfel vedem apărând o albuminurie, o nefrită, colici nefretice, turburări dispeptice, vėrsături, uscăciunea limbei, cari dacă continuă a crește în intensitate, cauzéză mórtea, după un timp mai mult sau mai puțin lung, chiar și după ce s'a vindecat leziunea traumatică.

Dar mai presus de tóte, albuminuria este aceia care influințéză și este influințată în modul cel mai rău o leziune traumatică.

Bayer, cel dintăi a atras atențiunea, cum înțepăturile și musturile făcute pe edemul albuminuriilor pentru a-i ușura, se pot complica de fenomenele cele mai grave, așa că mai toți sunt de acord, ca în morbul lui Bright, să ne abținem pe cât posibil de ori-ce intervențiune, căci în urma unor simple înțepături, putem observa fenomene diferite.

La rândul său Berger a arătat că în punctul înțepat, se póte desvolta o ulceratiune de o întindere fórte mare, avénd cu atât mai puțină tendință către cicatrizare, cu cât prin plagă se scurge continuă serositate; plus apoi diferite inflamații flegmonóse, adenite supurate, erisipele maligne cu forma gangrenósă și alte complicațiunii septicé.

Albuminuria determină, după cum a observat însuși Bright, emorogii spontanate, ce se produc mai ales când acéstă afecțiune e simptomatică unei nefrite intersticiiale, așa avem emoragii retiniene sau cerebrale, epistaxe, metroragii etc.

Este evident decí, că niște astfel de bolnavi fiind atinși de leziuni traumaticé, vor fi expuși la emoragii, fie primitive fie consecutive.

Cat privește influența leziunilor traumaticé asupra albuminuriiei, se pare că nu e tocmai manifestă. Cu tóte acestea, Terillon a observat o albuminurie, apărând pe un tiner atins de o fractură a antebrățului cu plagă, ce fu urmată și de o supurație fórte abondentă. Acest chirurg a practicat amputația cu tótă albuminuria; este ade-

vărat că accidente uremice se arătară, dar încetul cu încetul, fenomenele se risipiră, albuminuria dispăru, iar bolnavul s'a vindecat.

Nu mai începe îndoială ca o asemenea intervențiune nu e scuza-bilă de cât în casuri escesiv de rari și ca *ultima ratio*.

Dar leziunile traumatice pe zona urinară ca uretrotomia, caterism etc., pot provoca albuminuria? Mai toți admit acest lucru susținând că, o simplă congestiune renală ce se produce în asemenea cas, este susceptibilă de a da naștere unei albuminurii temporale, și pôte chiar permanentă. Pentru Guyon însă, această chestiune nu este încă rezolvată.

Tot ceia ce e sigur este că, dacă albuminuria există, traumatismul o mărește. În asemenea casuri, un simplu cateterism este suficient pentru a provoca accidente serioase: ca frison, micșorarea cantității de urină și augmentațiunea albuminei. Aci, izbucnirea unei congestiuni, a unei imflamațiuni, a unei nefrite parenchimatose se adaogă peste o nefrită intersticială veche, și fenomenele pot deveni mortale.

Prof. Guyon observă că, nimic decât actul de a goli bēșica, fôrte mult întinsă de urină, pôte să fie suficient pentru a provoca niște asemenea fenomene grave.

De aceia mai înainte de a face vre-o operație, trebuie bine studiat bolnavul din partea rinichilor, și mai ales să vedem câtă cantitate de urină face în 24 ore și ce calitate. Urina este mai puțin ca 500 grame? e un indiciu de afecțiune renală; conține albumină? e un indiciu de nefrită ascunsă, și deci vom lucra în consecință.

III. Cardismul. Turburările circulațiunei centrale, chiar intense fiind, nu deranjează mersul procesului reparator, dacă sunt pasagere. Când însă, leziunile valvulare și degenerescența miocardului sunt înaintate, atunci condițiunile statice și dinamice a circulațiunei întregi se schimbă, compozițiunea chimică a sângelui se modifică, marele viscere ca ficatul, rinichii și pulmonii se deteriorează. Tesutul conjunctif, atât de indispensabil cicatrizațiunei, se alterează, așa că din tôte părțile se crează local și în întregul organism, condițiuni fôrte defavorabile unei bune evoluțiuni a travaliului de cicatrizațiune.

Cu tôte complexitatea bólelor cordului, cari mai tot-d'auna sunt sub dependința diatesei reumatismale, totuși, s'a căutat a se găsi relațiunile sale în raport cu traumatismele și vice-versa.

Leziunile cordului drept au fost puțin studiate din punctul de vedere chirurgical, așa că mai tôte observațiile se raportază la afecțiunile cordului stâng. Dar și acestea iarăși se comportă în mod diferit, după cum alterațiunea valvulară își are sediul la orificiul mitral

saŭ la cel aortic. Se pare că aceste ultime leziuni, ar fi mai benigne, de  re-ce nu e rar de a vedea ómeni atinşi de insuficien   i retrecimente aortice, trăind f rte mult timp fără nici un accident notabil, cu t te că pot să m r  repede  i chiar subit. Indivizii însă, atinşi de leziuni mitrale, sunt din contra, apr pe continu  expuşi la o mulţime de serii de accidente particulare, designate deja de Beau, sub numele de accidente de asistolie,  i cari, prin totalitatea simptomelor sale, d  bolnavului aspectul de facies cardiac. Dar tocmai ac st  perio d  de asistolie, ce se  soţeşte de dispnee, edemul membrelor inferioare, ascită  i idrotorax, este care esercită modificaţiunii în mersul leziunilor traumatice. Ast-fel, în aceste circumstanţe, una din complicaţiunile cele mai obicinuite ale plăgilor, este emoragia, care ţine atât la o genă circulatorie, de origină mecanică, c t  i la leziuni vitale a arterelor, de  re-ce se ştie că endarterita este f rte frecuentă la cardiaci  i reumatisanţi.  i aceste emoragii pot veni în urma celor mai uşore traume, ca de exemplu, operaţiunea de cataractă ce p te fi complicată de mari epanşamente sanguine în camera anterioară. Pe l ng  acestea, edemul ce există la bolnavii atinşi de afecţiuni cardiace, imprimă plăgilor aceleaşi accidente analoge cu cele ce se observă pe albuminurici, adec  limfangite, erisipele, flegm ne difuze, etc.  i ac sta cu at t mai mult cu c t adesea albuminuria vine de se adaogă pentru a complica o afecţiune cardiacă.

Unii aŭ mai susţinut că consolidarea fracturilor suferă o mare întârziere la cardiaci, atribuindu-se ac sta în mare parte leziunilor vasculare concomitente.

Terrier însă, în tratatul său, spune că a văzut o fractură a braţului, consolid ndu-se f rte uşor la un b tr n atins de afecţiune mitrală  i ajuns în perioada de asistolie.

Leziunile traumatice aŭ vre-o influen  asupra afecţiunelor cordului? De sigur că da, mai ales după observaţiunile lui Verneuil, care zice: Reacţiunea traumatismelor asupra cardiopatiilor preexistente este mult mai seri s  încă, fără să mai vorbim de sincopele grave, mortale chiar, ce pot urma imediat o rănire. Vedem adesea, zice d nsul, în casuri de degenerescen  gres s  a cordului, circulaţia  i respiraţia  mpedicandu-se, iar răniţii murind repede fără ca nimic să fi putut prevedea ac st  terminaţiune  i tocmai atunci c nd totul părea că merge f rte bine.

Adesea s'a pus pe socotela cloroformului  i a şocului, o mulţime de catastrofe, dar cari nu aŭ fost datorite de c t pur  i simplu unei opriri bruşte sau lente a cordului deja bolnav, mai ales de degenerescen  gres s . Ast-fel a fost cazul marelui nostru om de stat C. . . .

care, având cordul gras și fiind cloroformisat, a murit imediat în urma unei simple operații de litotripsie.

Nu este însă mai puțin adevărat, că în serviciul d-lui dr. Assaky, în 1887, am observat o femeie operată de un kist al ovarului, cu deplin succes, cu toate că era afectată de un retrecisiment mitral, foarte înaintat. Acastă femeie a murit după doi ani, tot în urma acestei maladii.

În casurile mai ușore, traumatismul se mărginește în a redeștepta cardiopatiile latente și necunoscute chiar de pacientă, precum: creșterea simptomelor și în particular anasarca și infiltrațiunile seroase, mărimea fenomenelor de opresiune, de dispnee, agravând desordinea secundară din partea pulmonilor.

Relativ la această chestiune, trebuie să adăogăm și pe aceia de anevrism al aortei, asupra căria iarăși puțin să știe, din punctul de vedere chirurgical. Verneuil însă, dă o observațiune de ruperea unui sac anevrismal, provocată în urma unei simple puncțiuni de hidrocel, existența acestei tumori sanguine nefiind cătuși de puțin bănuită.

CHESTIONAR

Bótele cronice în raport cu traumatismele. Ce se înțelege prin epatism, nefrism și cardism?

Chestiunile puse pentru rezolvare:

I) Diferența ce vor presenta trei reumatisanți, dintre cari unul va avea o leziune mitrală, altul o litiasă biliară, iar al treilea albuminurie.

II) Diferențele ce vor oferi în fața unui traumatism trei epatici din cari unul va fi alcoolic, altul sifilitic iar altul cu supurație ososă prelungită.

Epatism. Istoric. Armand Chevers; Monneret; Verneuil; Sir James Paget.

Modul cum leziunile ficatului lucră asupra iconomieii prin jenarea circulației; prin turburări digestive și alterațiunea sângelui. Consecințe. Inflamație, emoragii, supurație de rea natură. Redesteptare de icter, colici, ascită, vărsături etc. Diferite observații.

Nefrismul. Definiție. Operațiile pe sfera genitală și operațiile periferice pe nefretici. Opinia lui Boyer, Berger, Guyon etc.

Cardism. Leziunile mitrale sunt cele mai periculoase din punctul de vedere operator. Opinia lui Verneuil. Observații.

DIFERITELE STĂRI NERVOASE în raport cu traumatismul.

Lecțiunea XXVIII.

Domnilor,

Studiul acesta coprinde :

1) **Alienațiunea mintală.** Diferitele forme ale acestor afecțiuni, s'aă împărțit încă de mult în două mari grupe :

a) Alienație cu fenomene de escitațiune, în care intră maniacii și monomani.

b) Alienație cu fenomene de depresiune, reprezentată prin demență.

După Deguise, chirurg al casei de sănătate din Charenton, a publicat o lucrare, arătând pericolele de cari se pot însoți operațiunile chirurgicale practicate pe alienați.

S'a observat însă că, forma escitantă ar fi mai blândă cu traumatismele de cât cea deprimantă, care modifică în rău leziunile traumatice.

În adevăr, Decorse, succesorul lui Deguise, constată că la alienații excitați, leziunile traumatice, — cari de alt-fel sunt foarte frecvente la dênșii — nu se însoțesc de accidente grave; și dênșul ia ca exemplu fracturele cari se consolidéză tot așa de bine ca și la ómenii sănătoși (vezi Terrier).

Acéstă evoluțiune favorabilă, ar proveni după unii de acolo, că alienații fiind aprópe insensibili la durere, reacțiunea inflamatorie nu este prea intensă; dênșă rămâne suficientă, pentru producerea fenomenelor reparatorii, dar nu destul de vie pentru a fi punctul de plecare al complicațiilor.

Din contra, la alienații deprimati, la demenți, la paralizici generali în ultima perioadă, leziunile traumatice sunt foarte grave. Ast-fel, în urma unei simple escoriațiuni, unei ușóre presiuni, vedem că apar și se desvoltă niște eschare de o întindere considerabilă (decubitus acut),

La acești alienați, plăgile se transformă în ulcere, iar acestea devin origina flebitelor, limfangitelor, supurațiunelor difuze și chiar a gangrenelor, ceia ce a și făcut pe Decorse să zică, că acești alienați, par'că au o adevărată diatesă gangrenosă și supurativă.

Fracturile se observă foarte des la alienații deprimați, din cauza leziunilor de nutrițiune a sistemului osos, întocmai ca și la ataxici, cu această deosebire ca la dênșii, fractura nu se consolidază sau se consolidază foarte târziu și mai tot-deauna cu un cal vițios. Ba adesea focarul fracturii pôte să supureze, și din această complicație să rezulte mórtea individului. Pentru această, Deguise sfătuia să ne abținem de la or-ce intervențiune chirurgicală pe alienații deprimați, afară numai de casuri cu desăvârșire urgente.

II) **Isteria.** Acesta, atât din observațiile zilnice cât și din afirmațiunea prof. Charcot, nu are nici o influență vătămătoare asupra procesului reparator al plăgilor.

Ceea ce însă este sigur și demonstrat e că, leziunile traumatice, ca și intervențiunile chirurgicale, pot provoca accese de isterie, nu numai la o persoană care e deja sub stăpânirea acestei nevrose, dar chiar și la acelea cari până în acel moment nu au avut absolut nici cel mai mic acces. Așa că în cazul acesta, traumatismul ar fi ca un revelator al unei diatese ascunse. Dar ce e mai mult chiar și agentul anesthetic ca cloroformul sau uterul pôte determina accesul de isterie.

Charcot este cu totul pentru această idee, care alt-fel se confirmă prin fapte zilnice, când bolnavele nevropate, puse pe masa de operație, imediat sunt coprinse de accese isterice în timpul administrației cloroformului. Ba unele bolnave își procură cu plăcere niște asemenea atacuri, prin inhalății cu eter.

Brodie este primul care a arătat că o acțiune traumatică, slabă sau intensă, este capabilă să desvolte accidente nervoase, locale sau generale, proprii isteriei.

Charcot, la rândul său, a dezvoltat această chestiune și a demonstrat că, un traumatism, fie el cât de ușor, pôte determina la o femeie isterică, accidente numite de dênșul *isterie locală*.

Și iată caracterile sale. Mai întâi apare o iperestesie cutanată însoțindu-se de dureri profunde ce se iradiază pe traectul nervilor; prin accidente dureroase parând că se localizază în articulațiile vecine ale punctului rănit și în fine, prin contracturi permanente a unor grupuri musculare mai mult sau mai puțin întinse. Aceste diferite accidente și mai ales acelea de contractură, sunt câte o dată de o tenacitate deseserantă, așa că pot să dureze luni și chiar ani cu exacerbățiuni mai mult sau mai puțin pronunțate. Mai târziu, după ipere-

stesie, p \acute{o} te s \acute{a} succedeeze \acute{o} analgesie, iar \acute{i} n locul contractur \acute{e} i musculare, o paresie.

Verneuil \acute{i} n Soc. de chir. din 1883 aduce dou \acute{e} observa \acute{t} iuni \acute{i} n ac \acute{e} st \acute{a} privin \acute{t} ă :

Este vorba de dou \acute{e} tinere fete, car \acute{e} au c \acute{a} du \acute{t} : una pe genuch \acute{i} , iar alta pe șold. Nic \acute{i} una din ele n \acute{a} u fost c \acute{a} tuș \acute{i} de pu \acute{t} in \acute{i} ns \acute{a} im \acute{e} ntate de ac \acute{e} st \acute{a} c \acute{a} dere, de alt-fel f \acute{a} r \acute{a} nic \acute{i} o \acute{i} nsem \acute{n} ătate; și cu t \acute{o} te acestea, una din ele fu apucată de o contractur \acute{a} a muschilor posterior \acute{i} al gambei produc \acute{a} nd flexiunea genuchiului. Ac \acute{e} st \acute{a} stare a durat patru an \acute{i} . Verneuil \acute{i} ndrept \acute{a} ndu \acute{i} membrul, contractura a copleșit musch \acute{i} i șoldului, aș \acute{a} c \acute{a} bolnava a r \acute{e} mas \acute{i} n urm \acute{a} cu func \acute{t} iunile membrului stinse.

A doua fată, f \acute{a} r \acute{a} nic \acute{i} o aparen \acute{t} ă de isterie anterior \acute{a} , \acute{i} mediat dup \acute{e} c \acute{a} dere fu apucată de o contractur \acute{a} a muschilor gambei, și 6 luni dup \acute{e} aceia membrul era \acute{i} ntr \acute{o} abduc \acute{t} ie complectă. Bolnava fu anestesiată prin cloroform iar membrul \acute{i} ș \acute{i} reluă pozi \acute{t} ia normală“.

\acute{I} n fine putem observa casur \acute{i} de coxalgie isteric \acute{a} \acute{i} n urma unui traumatism datorit unei contractur \acute{i} musculare.

Isteria generală p \acute{o} te veni \acute{i} n urma unui traumatism, sa \acute{u} \acute{i} ns \acute{o} tită de t \acute{o} tă splend \acute{o} rea simptomelor sale, sa \acute{u} sub o formă mai atenuată, sa \acute{u} ne-manifest \acute{a} ndu-se de c \acute{a} t prin c \acute{a} te un singur simptom.

Iată o observa \acute{t} iune comunicată de Villeneuve, din Marsilia, Soc. de chir. 1883 :

O t \acute{e} n \acute{e} ră fată de 21 an \acute{i} , avea d \acute{a} supra sprincenei drepte o mică tumoră, probabil un kist seros, c \acute{a} t o alună, de care voind să se scape fu cloroformisată. \acute{I} n mijlocul opera \acute{t} iunii fu apucată de o crisă isteric \acute{a} f \acute{o} rte violentă pentru care se d \acute{a} du o dosă mai forte de cloroform spre a se calma și a se putea termina opera \acute{t} ia. Totul se petrecu f \acute{a} r \acute{a} accident. Dup \acute{e} 8 ȃile \acute{i} nsă apare un no \acute{u} atac tot cu aceiași violen \acute{t} ă ce se calmă prin o injec \acute{t} ie cu morfină. Din acest moment accesele se repetară \acute{i} n fie-care ȃi p \acute{a} nă ajunseră a fi dou \acute{e} și chiar trei accese pe ȃi. Mai mult: dup \acute{e} al doilea acces ap \acute{a} ru o mul \acute{t} ime de erup \acute{t} iuni pustuloase \acute{i} mprejurul pl \acute{a} gei cuaterisate. La fie care lună, o nouă erup \acute{t} ione pustuloasă ap \acute{a} rea la epoca men \acute{t} ionată, din care causă se produse niște cicatri \acute{t} e f \acute{o} rte disgrati \acute{o} se și f \acute{o} rte penibile pentru d-șora B...

Sub influen \acute{t} ă unui tratament antispasmodic, crisele nerv \acute{o} se se micșor \acute{e} ză, dar revenia \acute{u} la fie-care epocă menstruală \acute{i} n timp de 5 luni. Dar acesta de sigur este un cas f \acute{o} rte grav și care din norocire se observă mai rar, c \acute{a} ci mai des casurile sunt mai uș \acute{o} re și mai trecăt \acute{o} re, iar nic \acute{i} de cum aș \acute{a} tenace.

Iată un exemplu :

În luna Martie 1891, am observat în serviciul d-lui dr. Assaky o ténără fată operată de un mic kist al pleopei inferioare a ochiului stâng. În timpul cloroformisării nu s'a întâmplat nimic, dar imediat după operație, bolnava fu coprinsă de un acces de isterie manifestat prin săltături în pat și prin niște strigăte care semăna întocmai cu lătrătura de câine. Accesul acesta a durat foarte puțin și fără să se fi mai repetat.

Alte dăți, isteria nu se manifestă de cât printr'un singur simptom. Ast-fel, Polaillon a comunicat Soc. de chir. 1883 un asemenea cas.

E vorba de o fată de 17 ani ce suferia de o exostosă sub ungueală a degetului mare de la piciorul stâng. Acestă ténără fată de o constituție foarte bună, n'a avut nici o dată turburări isterice. Imediat după operație, dânsa e apucată de un sughiț ce se continuă fără întrerupere totă noaptea și zilele următoare. Acest sughiț era continuu și însoțit de un sgomot rauc analog cu lătrarea de câine. Dânsul îi împedica somnul și se însoția de un fel de constricțiune a farinxului fără cel mai mic trismus, producând senzația unei bule isterice, din care cauză deglutiția băuturilor și a alimentelor era foarte dificilă. Acest sughiț a durat vre-o șase zile, dar a finit în cele din urmă prin a dispărea.

Iarăși un cas de isterie ușoră mi-a fost presintat de femeia Elena Fometescu, din serviciul meu, pe care am operat'o la 17 August, pentru o hipertrofie supra-vaginală a colului și pentru care 'i-am făcut isteropexia intra-peritoneală. Chiar în prima zi dânsa începe să aibă câte un oftat trist; a doua zi acelaș oftat și sughiț ușor. A treia zi are o opresiune în dreptul apendicelui xifoid; acelaș oftat caracteristic, iar sughițul devine mult mai frequent. Aceste fenomene îi venia sub formă de acces așa, că de și în timpul zilei se găsia bine, dar pe la miezul nopții bolnava presinta accese alarmante pentru care internul e silit să vie și'i face o jumătate siringă de morfină, după care imediat bolnava se simte încântată.

În zilele următoare aceiași repetare de fenomene; în plus un timpanism foarte mare în dreptul stomacului, trecând peste apendicele xifoid. Bolnava începe să se plângă și de ore-cari dureri nu mari, dar în fine destul de jenante, ce pleacă din plagă și se rădicau spre fese și spate. Dânsa presintă fenomene de opresiune și se plângea că nu poate să resufle. În adevăr, abdomenul era foarte întins, iar noi foarte îngrijați, cu toate că temperatura se menținea la 37° iar pulsul plin și regulat la 66—70. Imediat cu o injecție de morfină, bolnava ca prin mirare nu mai suferia absolut de nimic, devenind foarte veselă. Acestă stare de lucruri a durat vre-o patru zile

când, dându'i 4 grame de bromur într'o ȃi, în două rânduri, fenomenele au dispărut, dar mai ales timpanismul pentru a nu mai reapare. A doua ȃi după bromur, urina este foarte roșie și încărcată cu enorme depozite nisipoase cari, examinate, s'a constatat că sunt urate. În plus, îi apare și menstruele. Se suprimă or-ce medicament și bolnava începe să mănânce fără ca să ne ofere cea mai mică neliniște.

Acéstă femeie de și servitoare, a fost însă crescută prin case boești și chiar aspectul său arată o figură mai distinsă și mai răsfățată, ca să ȃic ast-fel. Din antecedentele ei n'am găsit că ar fi avut vre-o dată acces de isterie; probabil însă că era predispusă la acéstă și mai ales că în timp de vre-o lună, cu toții nu făcém de cât să'i dăm o atențiune deosebită, împinsă póte până la esces mai ales după operație, ceia ce de sigur a contribuit mult pentru a o face mai nervoasă puțin.

Iarăși un cas de isterie l-am observat pe o fată de 20 ani pe care am operat'o în serviciul d-lui prof. Assaky, la 23 Septembrie 1889, făcându'i laparotomia pentru un sarcom al ovarului drept ¹⁾. Imediat după operație bolnava a fost cu totul neliniștită din cauză că era o femeie foarte nervoasă. Mărturisesc că în prima nópte a operației am avut o témă teribilă din pricina fenomenelor alarmante ce'mi presinta bolnava. În adevăr, bolnava avénd ochii foarte strălucitori, sughițuri, strănuturi, era coprinsă de o opresiune mare și neîncetat se vaita de dureri în abdomen ca și în tot corpul. Neapărat, frică 'mă era de o peritonită, de și temperatura nu se ridicase mai sus ca 37⁵ iar pulsul regulat și plin număra 100. Totuși, încă aveam témă. Dar servitóra din salon împreună și cu cele alte bolnave, imi spune că acéstă femeie e foarte destrăbălată, căci mereu vorbește de amor, iar cu trandafirii aduși de amantul său, îi móie în apă și 'și stropește organele genitale, plângéndu-le că are să intre în pământ!

N'a fost greu să recunóștem isteria, contra căria imediat am dat o clismă cu bromur și cloral când totul a intrat în ordine. A doua ȃi o ușoră scurgere menstruală.

Și e de remarcat că fenomenele isterice succedéză la operațiunii pe organele genitale interne și mai tot-d'a-una sunt urmate de menstrue anticipate.

În fine, *Elena Teodorescu*, o ténără de 20 ani, deja cu antecedente isterice, ne-a prezentat niște asemenea fenomene cu ocazia unei operațiuni la care a fost supusă.

Mama acesteii fete este de o nervositate foarte mare așa că în momente de supărare plânge, leșină și cade jos.

¹⁾ Veđi „Clinica“, pag. 101, anul 1890.

Pacienta încă din copilărie promitea a fi nervoasă: densa când se certa cu cine-va începea să tremure și imediat era coprinsă de epistaxis abondent și durere mare de cap.

Tot ca copilă a zăcut de friguri. Menstruele au apărut la 13 ani fără dureri. La 14 ani raporturi sexuale.

Acum 3 ani certându-se cu soră-sa, e coprinsă de o paliditate foarte mare și o durere în reg. epigastrică însoțită de răcelă și un fel de nod care se urca în sus și i se părea că o sufocă. Apoi a căzut jos perțându-și cunoștința cu totul, după care a rămas într'o stare profundă de somnolență.

Acum un an menstruele au fost oprite în timp de 7 luni, când accesese isterice deveniseră foarte frecvente: de 3 ori pe zi chiar, fără să se supere. După reapariția menstruelor accesese se răriră și ele.

Acum 3 săptămâni însă din nou a avut un acces din cauza unei supărări.

Acastă tânăra a intrat în serviciul meu la 7 Sept. 1892 pentru o fistulă a buzei mari drepte, consecința unei vechi bartolinite.

La 10 Sept. am operat fistula spintecând'o cu bisturiul pe sonda canelată. La contra-visită, internul îi introduce bandeleta de tifon în fistulă, căci eșise afară. După 10 minute, bolnava începe să plângă, devine palidă și cade într-o stare de lipotimie, dar absolut fără nici o contractură musculară parțială sau generală. După 5 minute accesul se termină printr'un mare răs și după care urmăze un fel de somnolență ce dureze ca $\frac{1}{2}$ oră.

Intrebată de modul cum începe accesul, densa spune că simte mai întâi o durere în reg. epigastrică, apoi un nod ce se urcă în sus și se oprește în gât, unde 'i produce o sufocație când 'și perde cunoștința ne mai știind nimic.

La 12 Sept. dim. după pansament, un nou acces cu aceleași simptome și urmat iarăși de somnolență.

La 13 Sept. 5 ore p. m. un alt acces. S'a făcut compresiunea ovarelor dar fără nici un rezultat.

La 14 Sept. orele 4 $\frac{1}{2}$, un alt acces ce a durat 6 minute. Bolnava insistă a eși din spital.

Acastă mică observație e foarte demonstrativă de aparițiunea fenomenelor isterice pe o femeie deja afectată de această nevrosă și numai în urma unei simple operațiuni de fistulă.

III. **Epilepsia.** Acesta mai adesea nu are nici o influență asupra leziunelor traumatice și ca probă avem contuziunile și plăgile ce'si produc epilepticii în momentul accesului, și cari mai tot-d'a una se vindecă foarte ușor și fără nici o complicație.

Traumatismele însă pot să dea naștere unui acces de epilepsie și să persiste pentru tot'd'a-una.

Iată un cas comunicat de Nicaise la Soc. de chir. care, în urma unor emoțiuni și contuziuni, bolnavul fu apucat de epilepsie.

Individul de care e vorba, era un om voinic, de o constituție foarte bună, fără nici o bătă nervoasă sau vre-un antecedent ereditar. Acest om în timpul comunei este apucat de resculați, trântit jos și amenințat a fi împușcat. Acest accident fu urmat de un atac de epilepsie, primul în viața sa. De atunci atacurile s'au repetat de mai multe ori, și în urma unuia din ele, individul și-a produs o fractură a colonei verticale pentru care a intrat în spital.

IV. **Paraliticii și emiplegicii** în special au o influență mai rea asupra leziunilor traumatiche. În adevăr, la densesi reparațiunea este mai lentă, iar complicațiile mai frecvente, de sigur din pricina unei stări prôste de nutrițiune în care se găsesc membrele paralizate ale indivizilor, cari sunt atinși de o senilitate mai mult sau puțin precoce din cauza bôlei.

V) **Alienația mintală**, luată în sens general, poate să izbucnescă la un individ în urma unui traumatism, mai ales când e și puțin predispus. Așa s'au observat casuri de alienație mintală, în urma unor arsuri sau altor leziuni traumatiche ale capului sau feței. Unii însă au pretins că traumatismele sau operațiile chirurgicale au putut să vindece pe unii alienați, redându-le raționamentul, dar acesta e mai mult o ipotesă.

CHESTIONAR

Alienațiunea mintală și traumatismele. Fornele de alienație.

Observațiunile lui Deguise și Decorse, cari probéza că traumatismele sunt mai rău influențate de forma deprimantă a alienațiunei, de cât de cea excitantă.

Isteria. Opiniunea lui Charcot.

Isterie locală. Caractere. Diferite observații date de Verneuil.

Observații ale autorului și a lui Polaillon de isterie manifestată prin simptome izolate.

Epilepsia. N'are influență asupra traumatismului. Observația lui Nicaise în care traumatismul a provocat epilepsia.

Paraliticii și emiplegicii în raport cu traumatismul.

ATAXIA LOCOMOTRICE IN RAPORT CU TRAUMATISMUL

Lecția XXIX.

Domnilor,

Influența reciprocă a traumatismului, asupra ataxiei, este, putem dice, destul de bine stabilită. Vom începe mai întâi cu *influența traumatismului asupra ataxiei locomotrice*.

Acest studiu a fost foarte bine făcut de dr. L. H. Petit, a cărui lucrare a fost încoronată de Soc. de Chir. din Paris, 1878.

Deja Horn și Steinthal, în 1848, admiteau o specie traumatică de *tabes dorsalis*,

Topinard, în 1864, a arătat că erisipelul, supresiunea menstruelor său a unui flux emoroidal, precum și or-ce traumatism, pot determina aparițiunea ataxiei și susține că e rațional de a fonda o specie traumatică de ataxie.

În 1866, Erichsen studiază bólele sistemului nervos consecutive accidentelor de drum de fer.

În fine, Volkmann, Charcot și Ball, se ocupă cu artropatiile ataxicilor, atribuindu-le său nu intervențiunei unui traumatism.

Astăzi, lucru pare stabilit, că răniurile aplicate direct pe rachis și imediat pe măduvă, dau naștere unei mielite cronice, a cărei simptomatologie se apropie mult în unele casuri de acelea ale ataxiei. S'a observat chiar că răniurile indirecte, adică aplicate pe membre și departe de măduvă, încă pot să dea naștere unei ataxii. Ceia ce e sigur este că, ataxia de ordinar se exagerază sau se agravează în urma unui traumatism, fie că se aplică direct sau pe un punct mai depărtat de regiunea rachidienă.

În cât privește faptul că unele operațiuni au modificat și chiar vindecat ataxia, acesta se consideră mai mult ca o eróre, luându-se turburările nervóse de origină reflexă, cari singurele pot dispáre prin suprimarea punctului de plecare periferic, cu ataxia. Și în cazul cel

mai favorabil, nu e vorba de cât de ataxii false, de ataxii reflexe, ca acelea ce însoțesc vermii intestinali, iritația clitorisului și a vergei, sau ulcerele prepuțului și fimosa.

De sigur, în toate aceste cazuri, operațiunea poate să aibă un efect salutar și sigur, suprimând reflexul în urma axiomei: *sublata causa tollitur effectus*. Când însă e vorba de ataxie adevărată cu leziunea cordónelor posterioare ale măduvei, or-ce operație am face la distanță, este de prisos, afară poate de elongațiunea măduvei prin aparatul de suspensie, și încă și acesta...?

Acest studiu se împarte în două: traumatismul anterior ataxiei și traumatismul survenind în cursul ataxiei.

A) Traumatism anterior ataxiei.

a) *Traumatism direct*. Charcot dă observația unui tînăr oficer de cavalerie între 28 și 30 ani, care, după cal a căzut pe spate și în urma căruia accident, fu coprins de ataxie locomotrice, după câte-va luni.

Dr. Clarke din Engliera, spune și el că, un om de 42 ani, a suferit o violentă contuzie în regiunea rinichilor, voină să se urce în vagon pe când trenul pleca. Imediat fu coprins de pierderea cunoștinței care dură câte-va minute și fu silit să stea în pat o lună de zile. După 4 ani, bolnavul începu să aibă simptomele ataxiei.

b) *Traumatism indirect*. obs. lui Horn. Un om cade după cal și stă mai multe ore în necunoștință. Nici un fenomen morbit imediat. În iarna următoare însă, apar accese de dureri și crampe în membrele inferioare, apoi amortelă în gambe; mers nesigur, șovăială; disurie cu incontinență. Horn diagnostiază *tabes dorsalis traumatica*.

Obs. lui Popinard. Un servitor de spitale, de 35 ani, cade după scară și își contusionază genunchiul. După câte-va luni apare ataxis.

Obs. lui Leyden. Un mecanic de 45 ani. Nici sifilitic, nici rumatizant, are însă sudori la picioare. Îi cade pe piciorul stîng o bară de fer, rănindu-i trei degete. Compresii reci, supresiunea sudorei de partea bolnavă; după o lună, supresiune din cea altă parte. După un an, dureri laucinante în picior și gamba stîngă; mai târziu aceleași dureri în partea dreaptă, ce'i provocă insomnie. Ataxia își urmăzește mersul său.

În fine, o mulțime de alte cazuri, unde, în urma diferitelor traumatisme și operațiuni, unele simple, ca: scótere de dinți, cataracte, resecții, amputații, etc. indivizii, curând sau mai târziu, fură coprinși de ataxie.

Relativ la aparițiunea ataxiei, în urma operațiunilor chirurgicale, dr. Vedrènes, medic militar la Vincennes, a prezentat Societății de chirurgie din Paris, în 1875, o observațiune foarte curioasă a unui căpitan care, în urma unor simple legături de tumori emoroidale a fost coprins de fenomene de ataxie locomotrice.

Casul acesta însă nu e cătuși de puțin probant; mai întâi că individul cu siguranță era ataxic chiar în momentul operației, de ôre-ce densusul deja avea fenomene de satiriasis căci, după declarația însăși a autorului, bolnavul făcea uz de plăcerile venerice, fără să se mai sature; dar afară de acésta, nici un fel de altă observație de felul acesta nu s'a mai publicat, așa că, fără nici o îndoială, operațiunea emoroidelor nu pôte fi considerată capabilă de a provoca ataxia.

În adevăr, sunt singurul, socotesc, care am practicat cele mai multe operațiuni de emoroide și încă unele pe indiviđi excesiv de nervoși cari erau împinși până a se sinucide. Și cu tôte acestea, absolut nici o dată n'am observat cel mai mic indice de ataxie. Și am convingerea că, emoroidarii în general fiind nevropați, e absolut necesar să'i scăpăm de acésta infirmitate, căci lăsată în loc le pôte provoca nu numai ataxia dar chiar și varietăți de alienație mintală.

Departa decî de a ne abține, din contra trebuie să intervenim, căci numai ast-fel putem scăpa organismul și în special sistemul nervos de iritația continuă produsă de emoroide. De alt-fel lucru e probat de clinică, că bólele rectului tot-d'a-una se însoțesc de fenomene nervóse.

Dar statistica mea personală vorbește în de ajuns în acésta privință, de ôre-ce din 30 și mai bine operațiuni ce am făcut asupra emoroidelor prin procedeul meu, absolut nici-o-dată n'am constatat de cât vindecări definitive nu numai a bólei însăși, dar și a turburărilor diverse de natură nervóasă de cari pacienții erau coprinși.

Am avut bolnavi cu desăvêrșire maniaci din cauza emoroidelor, și cu tôte acestea prin operație au fost vindecați.

Și pentru mai multă convingere vă recomand o teză excelentă ce s'a susținut la facultatea de medicină de un elev al meu, unde casurile de reușită sunt în adevăr surprinzătore și mai mult de cât or-ce reușită ce s'ar dori ¹⁾.

Cum se explică producțiunea acestor fenomene, sau mai bine zis, determinarea unei ataxii la un om sănătos până aci sau cel mult predispus? Pentru acésta, zice Petit, trebuie să recapitulăm unele consi-

¹⁾ Tratamentul emoroiđilor; procedeul dr. I. Kiriac. Teză pentru doctorat în medicină și chirurgie de Cristea Pascal, 1892, București.

derațiunii generale, asupra modului după care traumatismul lucrează asupra sistemului nervos. Și étăle :

Știm că, or-ce traumatism determină o leziune mai mult sau mai puțin profundă, în partea sistemului nervos, aflat în punctul rănit. Acesta constituie, după cum știm, *durerea primitivă*, care, dacă impresiunea imprimată organului central, nu a fost profundă, dispăre repede și totul e finit, bolnavul intră în *algostasă*, după cum am văzut.

Alte dăți, când impresiunea a fost profundă, fie din cauza leziunii primitive sau din cauza constituțiunei individului, durerea e mai persistentă, sau că revine după un óre-care timp, constituind *nevralgiile secundare precoce*, despre cari deja am vorbit.

În alte casuri, leziunea periferică are un resunet imediat asupra sistemului nervos central și într'un grad așa de mare, în cât determină în cât-va alterațiunii profunde și importante și se însoțesc de accidente grave ca, în turbare și tetanos.

În alte casuri, în fine, leziunea centrală, în loc de a se forma repede și a se manifesta imediat prin diferite simptome, nu se constituie de cât încet, puțin câte puțin și nu se manifestă prin fenomene aparente de cât după un timp mai mult sau mai puțin lung. Deaci avem *nevralgiile tardive* și turburările trofice ale membrelor, odinórá lezate; ast-fel avem epilepsia, diabetul, albuminuria ce vine în urma unor traumatisme aplicate pe craniu și de o fórte veche dată.

În această din urmă categorie intră și ataxia de origină traumatică, a cărei patogenie s'ar esplica în modul următor. Că la indivizii predispuși, leziunea periferică ar avea un resunet asupra măduvei și ar determina leziuni și modificațiunii, cari, cu timpul, iaú caracterul ce le imprimă predispoziția organică, adică pe acela al *tabesului dorsal*. Așa că aceste leziuni lente, dar progresive, la unii vor determina epilepsia, la alții isteria, la alții alienațiunea mintală, la alții paralisia agitantă, iar la alții ataxia după inclinațiunea ce are organismul către cutare sau cutare bólă.

Nu mai încape îndoială că astă-đi putem considera aparițiunea ataxiei în urma unui traumatism, ca resultând dintr'o nevrită ascendentă a nervilor sensitivi, nevrită care plecată de la periferie ajunge până la cordónele posterióre ale măduvei unde, în urma iritației și a inflamației cronice, constituie elementele principale ale unei ataxii.

B) Traumatismele survenind în cursul ataxiei

În capitolul precedent, am arėtat cum o rănire póte deștepta afecțiunea ce se află în stare latentă. Acum însă traumatismul accelerează și

agravéză chiar mersul afecțiunii declarate. Afară de acesta mai există încă o stare intermediară, în care, cele două perioade par că se confundă, arătând încă o dată mai mult relațiunea strîmptă ce există între aceste două moduri de acțiune a traumatismului. Și acesta este cazul în care afecțiunea vindecată în aparență, de mult timp, se re-deșteptă sub influența acțiunii excitatrice a unui traumatism. Ast-fel se citéză casuri, în care Guerin, făcînd o simplă puncție a unui idrogel, urmată de injecție de iod, s'a determinat aparițiunea unor vechi dureri fulgurante în membrele inferioare de o intensitate escesiv de mare, chiar a doua zi după operație. Câte-va zile după acesta, fără cauză apreciazabilă, a apărut o retenție de urină foarte persistentă. Or acest bolnav, cu 16 ani înainte, suferise de dureri fulgurante, în cinctură și membrele inferioare, atribuite de Duchenne de Boulogne, la o ataxie locomotrice începîndă. Aceste dureri au continuat mai mulți ani cu acelaș caracter, însoțindu-se la un moment dat de turburări ale vederei și de o retenție de urină pasageră. De două ani însă, toate aceste dureri dispăruse și bolnavul se credea pe deplin vindecăt, când iată că în urma acestei simple operațiuni de idrocet, fenomenele ataxice reapar cu o intensitate chiar mai mare.

Luî Gosselin i s'a întîmplat acelaș lucru, făcînd uretrotomia pe un vechi ataxic.

Acesta era un om de 40 de ani, care nu avea alte simptome de cît o slăbiciune în gambe. După ce se operéză, fenomenele iaă o intensitate mult mai mare. Mai întăi apar dureri în cinctură, apoi observă că vederea se slăbește, că lumina îi face rău și că une-orî vede dublu. În acest timp începe să simță în gamba stîngă, începînd de genunchi până la picior, niște dureri pe cari le compară cu niște lovituri de pumnal.

Căt pentru agravațiunea fenomenelor ataxice, existente în momentul când intervine o traumă, acesta se esplică prin numeroșele casuri observate pe indivizii cari, fiind deja coprinși de dureri fulgurante, de dureri gastrice, etc., dênsele au devenit mult mai feroce, în urma unei contuziuni a genunchiului, a unei fracturi de peroneu, de còpsă, de extirparea unei tumori lacrimale, etc. etc.

Chiar și electrisațiunea cu curenți continuu, mai ales cei descendenți, după Benedikt, Eisenmann și Tessier, ar agrava foarte mult fenomenele ataxice, fiind pentru unii mai toleranți curenții ascendenți, iar pentru alții, nici unul din ei.

În fine, ataxia se mai pòte agrava și în urma diferitelor bóle acute intercurrente ca, pneumonie, pleuresie și erisipelul etc.

C) Influența ataxiei asupra traumatismului.

Cu cât se studiază această chestiune, cu atât se vede că ataxia, grație alterațiunilor diferitelor țesuturi, poate să lucreze în cele din urmă și asupra organismului întreg, întocmai ca orice boală diatesică. Și aci chiar este ținta: să se facă din ataxie nu o boală izolată și mărginită numai într-o leziune a măduvei, dar o boală generală, diatesică. Și în adevăr, în urma studiilor profunde ale lui Charcot, astăzi se știe că ataxia aduce o turburare în nutrițiunea mai tuturor țesuturilor, nu numai a celor moi, dar chiar și a sistemului osos. Și numai grație existenței acestui fapt se produc cu o facilitate extremă artropatiile și fracturile spontane la ataxici, întocmai, ba poate și mai bine, ca la sifilitici, scrofuloși, canceroși, etc.

Și iarăși grație alterațiunei nutritive a țesutului fibros, putem observa ruperi de tendone și luxatii ce se produc la ataxici în urma celor mai neînsemnate cauze. Și alterațiunile nutritive merg așa de departe, în cât vedem producându-se chiar spontanat idartrose în genunchi și alte articulații.

Ast-fel fiind lucrurile și permis fiindu-ne a apropia ataxia de boalele diatesice, lesne vom înțelege reua influență ce densa va avea asupra traumatismelor.

Și în adevăr: fracturi subcutanate simple, pot deveni punctul de plecare al unei inflamațiuni din cele mai violente și capabilă de a se complica de flegmone difuze, de supurațiuni abundente și alte accidente septice, ce pot ridica viața bolnavului.

S'au văzut casuri de simple aplicări de vesicători sau simple puncțiuni de idartrose, complicându-se de fenomenele cele mai redutabile.

Singure fracturele nu sunt în general influențate în rău de ataxie, de orice densele se consolidează mult mai ușor ca la sifilitici, diabetici, alcoolici etc.

Acosta provine de acolo, după Richet, că la ataxici există deja o osteită, grație căria și oșele lor sunt mai fragile. Și de orice se știe că, formațiunea calului nu se poate face fără intervențiunea unei osteite, de aceea, acosta găsindu-se efectuată gata la ataxici, rezultă că timpul necesar pentru formațiunea calului, este foarte mult scurtat, de unde consolidația repede a fracturelor care, departe de a părea o paradoxă, este din contra, o consecință naturală a leziunelor ataxice.

C H E S T I O N A R

Ataxia locomotrice și traumatismul. Istoricul. Dr. L. H. Petit. Horn, Steintal, Topinard, Erichsen, Volkmann, Charcot și Ball.

Starea prezentă a chestiunii. Divisiunea. Traumatismul anterior ataxiei. Diferite observațiuni.

Chestiunea emoroidelor în raport cu ataxia. Observațiile și opinia autorului.

Mecanismul acțiunii traumatismului în dezvoltarea ataxiei. Opinia d-rului L. H. Petit și a autorului.

BOALELE CRONICE IN RAPORT CU TRAUMATISMELE

Lecția XXX.

Domnilor,

Conform divisiunii ce am adoptat, începem studiul acesta prin *diabet* și vom căuta a arăta relațiunile sale cu traumatismul.

Prin *diabet* înțelegem cliniceste o turburare generală a nutrițiunii organismului, manifestându-se prin prezența de zahăr în urină și însoțindu-se de următoarele trei simptome mai principale: polidipsie, polifagie și slăbirea gradată a individului, putând degenera în ftisie.

Prin faptul prezenței în sânge a zahărului incristalisabil pe de o parte, iar pe de alta prin alterațiunea profundă în nutrițiunea țesuturilor, *diabetul* are o influență cu totul vătămătoare asupra traumatismelor.

Tóte accidentele cari complică plăgile la *diabeticii* provin, după Griesinger, de la acești doi factori.

Și aceste accidente cari sunt din cele mai grave, au atras deja atențiunea mai multor autori și în special a lui Marchal de Calvi care printr'un memoriu remarcabil publicat în 1864, stabilește că *diabeticii* forméză un adevărat *nolli me tangere* pentru chirurgi. Verneuil din partea sea a contribuit mult în desvoltarea acestei chestiuni.

Astă-đi, experiența clinică a demonstrat că leziunea cea mai ușoră pe un *diabetic* póte să producă mórtea în cel mai scurt timp prin determinarea unei septicemii acute sau unei gangrene difuze.

Și în adevăr, cea mai mică plagă fie consecința unei alterațiuni spontanate sau a unei cauze exteriore, în aparență fórte inocentă, ca o înțepătură de ac, secțiunea unei bătături etc. póte fi însoțită de limfangite, erisipel flegmonos, gangrenă și mórte repede.

Aplicațiunea unui aparat fórte puțin strâns, va fi suficient pentru a produce gangrena în punctele unde pielea va fi ușor contusionată și ca consecință accidente mortale.

Deci, dacă și operațiunile cele mai mici cari nu interesază de cât tegumentele, încă trebuie să ne inspire mare grijă putând fi punctul de plecare al celor mai înspăimântătoare complicații, cu atât mai mare cuvânt vom fi îngrijați de leziunile traumatiche întinse și operațiunile chirurgicale mari, ce vor fi în mod fatal mai grave și însoțite de accidente inflamatorii difuze și insidiöse, întocmai ca cele ce am observat pe alcoolici cronici și diatesicii cachectici. Tóte aceste accidente se datoresc faptului că țesuturile diabeticilor sunt impregnate cu zahăr, substanță eminemamente fermentescibilă.

Până și țesutul osos este profund alterat în nutrițiunea sea și din care cauză Léoty 1873, iar acum de curând Verneuil, au arătat casuri de întârziere în consolidățiunea fracturilor.

Din tóte acestea rezultă că, afară de operațiuni întru cât-va impuse chirurgului, ca hernie strangulată, tracheotomie, când nu mai avem timp să ne preocupăm de starea diatesică a individului, trebuie să evităm de a interveni dacă nu există urgență forțată.

Când Verneuil aduse acéstă chestiune în sânul Soc. de chir. din Paris, toți fură de acord că, chiar în fața unei fracturi grave în care amputăția e indicată, suntem în drept să ne abținem fiind vorba de un diabetic; sau dacă intervenim, să nu ne așteptăm cătuși de puțin la un succes. În tóte cele alte casuri, chiar și când e vorba de extracțiunea unei cataracte, care fiind o operație quasi subcutanată, și deci cea mai inocentă, trebuie să preparăm bolnavul și să'l supunem unui tratament anti-diabetic și numai după disparițiunea zahărului din urină să întreprindem o operație chirurgicală. Și chiar în aceste condițiuni, relativ fericite, pronosticul operator, după Terrier, încă rămâne serios or-cât de minimă ar fi cantitatea de glicosă eliminată prin urină; căci individul chiar nemaî având zahăr, nu rămâne însă mai puțin diabetic; căci aci nu e vorba de zahăr, ci de alterățiunea profundă în nutrițiunea țesuturilor.

Una din complicațiunile cele mai îngrijitoare și care a preocupat mai mult pe chirurghi este de sigur gangrena diabetică, lucru despre care deja am vorbit la pag. 122.

Aci vom da numai observațiunea următoare unde se vede în modul cel mai clar, aparițiunea unei limfangite difuze complicată de gangrenă în urma unei cauze aprópe necunoscută (probabil o mică înțepătură) pe o femeie diabetică.

„*Maria Dinu*, de 58 ani, măritată, din Corbi mari, muncitoare, intră în spital la 3 August. Din antecedentele sale ereditare, constatăm că părinții, ca și cei doi frați ai săi, au murit de mult, dar nu știe din ce cauză, dënса fiind copilă.

Antecedente personale. În etatea copilărescă a suferit de friguri

intermitente și de variolă, iar acum 2 ani, de tifos. Menstruația i-a venit fiind mică, nu ține minte la ce an, însă s'a continuat regulat, fără durere. A născut 6 copii, dintre cari 2 au murit, iar 4 trăesc și sunt sănătoși. Facerile le-a avut ușore. Băuturi alcoolice nu obișnueste în mare cantitate. Tutun a fumat din etatea copilărescă, dar acum de o jumătate de an nu mai fumază. Nu găsim antecedente sifilitice, gutose sau tuberculose.

Istoricul maladii. Cu 2 săptămâni înainte de a intra ne spune că lucrând mereu la câmp, în îngrijirea porumbului și grăului, i-a apărut o mică pustulă pe regiunea dorsală a antebrațului. Către centrul său, această pustulă a dat naștere la o flictenă; de jur împrejur țesuturile s'a edemațiat, luând o coloro roșie vânăță. După 24 ore această flictenă s'a rupt, dând naștere la puțin puroi amestecat cu serositate, lăsând ast-fel o suprafață ulcerată de o coloro grisă și murdară. Ca local, bolnava nu simția de cât puțină durere și mâncărime. Ulcerul s'a întins continuu pe o suprafață ca o piesă de 5 lei; în acelaș timp țesuturile din prejurul său au luat o coloro negricioasă. Bolnava vedând că nu se poate vindeca a decis a intra în spital la 3 August.

Starea presentă. Pacienta, în etate de 58 de ani, de constituție potrivită. Pielea sbârcită. Spațiile intercostale destul de escavate și còstele evidente. Toracele către partea anterioră se presintă bombat (pept de găină). Prin percuție ne dă o sonoritate exagerată atât înainte cât și înapoi, acoperind ast-fel și matitatea cardiacă. Prin ascultație constatăm murmurul vesicular diminuat și raluri sibilante.

În partea stângă și către baza pulmonului se găsesc frecături pleurale pe o suprafață întinsă.

Cordul normal, bătăile cardiace forți și rari, nu găsim nici un suflu. Pulsul rar, artera radială se presintă la palpație ca o còrdă. Umerala la plica cotului se găsește asemenea dură și pare a presenta neregularități moniliforme.

Ficatul este împins în jos, matitatea sea începe tocmai din al 6-lea spațiu intercostal și se întinde cu 2 degete de din josul falșelor còste. Presintă asemenea puțin edem al membrelor inferioare. Din partea celor alte organe nu găsim nimic anormal.

Urina de coloro roșie turbure conține multe săruri de urate, din cari unele se disolvă numai prin căldură iar altele prin adăogarea de câte-va picături de acid azotic; nu conține albumină, conține însă zahăr în cantitate de 1 gram la sută. Cantitatea urinei este de 800 gr. în 24 ore. Nu are sete mare, nici apetitul exagerat. Din partea sistemului nervos nu găsim nimic anormal, precum nici din partea simțurilor.

Siarea locală. Pe regiunea dorsală a antebrațului drept presintă un ulcer în întindere ca o piesă de 5 lei, de jur împrejurul său tegumentele se presintă de o culóre negricioasă murdară (gangrenată); ele sunt deslipite de părțile profunde și presintă mai multe crăpături (fisuri) din cari, prin presiune, ese un puroiū cenușiū murdar și de un miros respingător. Suprafața acestei porțiunii gangrenate are un diametru de 10 cm. în sens longitudinal și 4 cm. în cel transversal. În unele locuri această placă gangrenată este separată de țesuturile normale prin un șianț puțin adênc, în alte locuri ea forméză încă continuitate cu țesuturile normale. Prin sondare cu stiletul, acest șianț de reparațiune pare a coprinde numai tegumentele afară de straturile musculare. De jur împrejurul acestei plăci gangrenate, tegumentele se presintă de o colóre roșie pe o întindere de vre-o 3 cm. (cerc infla-mator) de unde apoi tegumentele 'și reiaū colóreă lor normală.

O a doua placă gangrenată se găsesce pe regiunea dorsală a mâinei drepte, ea are forma unui triunghiū a cărui basă este aprópe de nivelul extremităților inferióre ale metacarpienelor, iar unghiul corespondent se întinde pe regiunea dorsală a antebrațului, fiind ast-fel despărțită de cea de sus prin un lamboū de vre-o 4 cm. de tegumente normale, diametrul longitudinal fiind de 13 cm. iar cel transversal de 8 cm. Acéstă placă are aceleași caractere ca cea de sus, ocupând ast-fel tótă regiunea dorsală a mâinei. Tot antebrațul și mâna sunt edemațiate. Sensibilitatea pe suprafața acestor plăci este abolită; din contră, în profunditate sensibilitatea este conservată. Asemenea împrejurul plăcilor țesutul tegumentar conservă sensibilitatea normală.

6 August. I se prescrie bai de sublimat, cu care pacienta urméză până la contra-visită, când i se face pansament. A doua și se dă specific și alcaline.

15 August. Plăcile gangrenóse se elimină în mici porțiuni; în jos suprafața rămâne acoperită cu muguri cârnoși, roși și sângerândi. Atât pe regiunea dorsală a antebrațului cât și a mâinei gangrena este complet limitată.

20 August. Ambele plăci gangrenate sunt aprópe complet eliminate și în josul său suprafața este acoperită cu muguri cârnoși și supurația este diminuată; asemenea oedemul este aprópe diminuat. Tendónele muschilor extensori desvelite se presintă de o culóre negricioasă și se elimină în formă de mici fascicule fibrilare.

27 August. Porțiunea tegumentelor gangrenate este cu totul eliminată și suprafața este acoperită peste tot de muguri cârnoși. Acum se póte constata destul de bine cum că această gangrenă s'a întins în

profunditate numai asupra tegumentelor, iar straturile musculare n'au fost de loc atinse.

Până la 15 Sept. s'a continuat regulat cu pansamente, când vindecarea e cu totul completă.

Iată dar un cas destul de demonstrativ unde, probabil, în urma unei ușore înțepături (bolnava lucrând la câmp pentru curățitul grăului și porumbului) s'a produs de sigur o limfangită care însă, din cauza diabetului de care bolnava era coprinsă, s'a transformat din simplă, în limfangită flegmonosă; iar în urmă, în mod foarte repede, a dat naștere la o gangrenă destul de întinsă (fig. 34).

Este adevărat că partea sfacelată coprinde numai tegumentele, dar tocmai acesta constituie caracterul gangrenelor diabetice de a fi superficiale, de a avea o tendință în a se întinde mai mult în suprafață de cât în adâncime, și în orice cas a nu coprinde maximum de cât grosimea pielii. Acesta este o probă pôte că la diabetici, vasele de mic calibru sunt mai mult atacate și prin urmare circulația periferică este care suferă; și de orice nutrițiunea tegumentelor depinde tocmai de aceste vase mici, de aceea gangrena își are sediul în tegumente iar nu în părțile moi propriu zise.

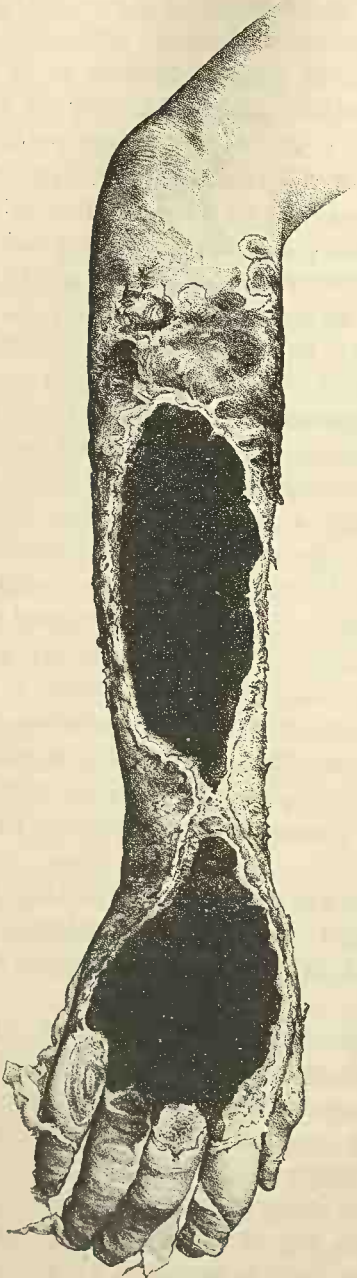


Fig. 34
Gangrenă diabetică.

Influența traumatismului asupra diabetului.

În unele cazuri traumatismul poate să dea naștere unui diabet și mai ales în următoarele două circumstanțe.

Câte o dată în urma leziunelor aplicate pe craniu, iar alte dăți în urma leziunelor aplicate pe o altă regiune.

Și mai cu seamă în cazuri de traumatism al craniului, autorii s'aū ocupat de apariția diabetului.

Fischer, care a făcut un studiu foarte interesant asupra acestor cazuri patologice, a constatat că unul din primele fenomene observate în asemenea circumstanțe, este *poliuria*, adesea *polidipsia* și prezența de *zahăr în urină*.

Acest rezultat al traumatismului nu este de cât reproducțiunea cercetărilor experimentale ale lui Cl. Bernard. În adevăr, acest autor a arătat că, dacă pe un animal (epure) facem o înțepătură în planșeul celui de al patrulea ventricul, între rădăcinile acusticului și pneumogastricului, determinăm foarte repede (mai puțin ca o oră) zahăr în urina animalului; o altă înțepătură făcută ceva mai sus, ne dă glicosuria însoțită de poliurie; iar o alta și mai sus ne dă albuminuria.

În cazuri decī de traumatism pe craniu, aparițiunea zahărului în urină, nu se poate atribui de cât unei contuziuni a acestei regiuni a encefalului.

Și în adevăr, cercetările recente ale lui Duret par că sunt în acord cu această opiniune, de ore-ce în comotțiunile cerebrale experimentale, acest autor ar fi constatat un ore-care grad de contuzie a planșeului celui de al patrulea ventricul.

În cât privește relațiunea ce există între excitațiunea ventriculului al patrulea și diabet, calea nervoasă este formată nu de pneumogastric, după cum aū susținut unii, ci de marele simpatic, după cum a bănuț deja Cl. Bernard și după cum a probat Schiff și Moos. Căci acești autori aū demonstrat, că dacă legăm pe o brăscă toți nervii simpatici cari merg la ficat, nu mai producem diabet la acest animal nici prin înțeparea planșeului ventricular, nici prin excitațiunea electrică a măduvei spinăreī. Ar fi cu alte cuvinte, o excitațiune a simpaticului transmisă la ficat prin cunoscuta sea ramură numită *marele splanchnic*.

Pe de altă parte alți autori aū arătat că, această excitațiune a simpaticului se reflectă direct asupra ficatului, care singurul este capabil de a produce diabetul. Și că probă avem că: dacă la o brăscă ridicăm ficatul, singurul organ productiv al zahărului, putem înțepa

ventriculul al patrulea fără, cu toate acestea, să determinăm diabetul. Pe de altă parte, în urma intoxicațiunei cu arsenic, celulele hepatice suferind degenerescenta granulo-gresosă, rămân private de substanța glicogenă, așa că și în cazul acesta înțepătura ventriculului al patrulea iarăși nu dă naștere la diabet.

Traumatismele indirecte precum : fracturele colonei vertebrale, contuziunile violente ale toracelui și abdomenului pot produce diabetul. Dar și aci mecanismul este acelaș, adică că diabetul apare când visceralele inervate de marele simpatic sunt mai mult sau mai puțin direct lezate.

După Schiff, excitațiunea ramurilor marelui simpatic care se distribue la aceste viscere, sunt capabile de a produce glicosuria și diabetul.

Este încă de dorit să se cerceteze casurile în cari contuziunile și rănirile aplicate pe abdomen se însoțesc sau nu de aparițiunea diabetului; căci prin acesta s'ar arăta influența pancreasului contusionat, știut fiind că și acest organ are proprietăți glicogenice.

CHESTIONAR

Influența diabetului asupra traumatismelor. Istoric. Leziuni. Discuțiuni.
Gangrena diabetică. Observație proprie.

Influența traumatismului asupra diabetului. Esperiențele lui Fischer, Cl. Renard și Duret. Relațiunea desvoltării diabetului în urma traumatismelor aplicate pe craniu.

Rolul pneumogastricului și al marelui simpatic dar mai ales al marelui splachnic în producerea diabetului.

Rolul ce'l jică ficatul în această privință. Diferite esperiențe și fapte clinice.

BOALELE ALTERAȚIUNELOR SÂNGELUI

în raport cu traumatismul.

Lecția XXXI.

Domnilor,

În această clasă avem să studiem mai multe afecțiuni cari, prin natura lor, ne oferă multe manifestațiuni foarte importante când se găsesc puse în raport cu traumatismele.

Incepem dar cu

1) **Scorbutul**, dintr'un vechiū cuvânt Saxon *scarbock* (ulcer al gurei) sau din *scarb* (bólă), este o bólă dobândită, constituțională, ocazionată printr'o alimentare defectuósă și mai ales prin lipsa de vegetale próspete.

Dênsa se caracterisă prin alterațiuni profunde ale sângelui și prin modificări organice aprópe a tuturor elementelor constitutive ale corpului.

În adevăr, plecând de la piele și până la óse, totul e profund alterat în scorbut. Astfel sub epiderm și la rādăcina părului, apar echimose de mărimi diferite și datorite unei extravasațiuni a sângelui conținut în capilarele din rețeaua perifoliculară. Aceste extravasațiuni, dau loc la tumefacțiuni gelatinóse, moi, rēu delimitate și cu tendința de a se infiltra printre țesuturi. Aceste fenomene se produc în mușchi și sub aponevrozele ce'i înconjóră, din cari rezultă o ramolire a fibrelor musculare, așa că le putem foarte ușor rupe cu degetul. Aceste epanșamente apar și sub periost și pot provoca necroza óselor. Acelaș lucru observăm în articulații, unde epanșamentul din seróse póte fi și sanguinolent. Sinovialele, cartilagele și extremitățile osóse, se ramolesc și se infiltreză de sânge. Pericardul, pleura și celelalte seróse, pot fi copleșite de epanșamente seróse și extravasațiuni sanguine. Mucósele nasului, faringelui, laringelui, stomacului, intesti-

nelor etc., sunt cu totul ramolite, îngroșate și provăzute de plăci roșii, negre, pline de sânge spumos și filant.

Dar mai cu deosebire din partea gurei observăm modificațiunile cele mai constante, căci mai nici o dată nu lipsesc. Este vorba de *stomatita scorbutică*, caracterizându-se prin aceia că gingiile sunt violacee, livide, umflate, fongóse, putând acoperi dinții cu totul, cari se mișcă sau cad cu desăvârșire. Mirosul gurei e infect.

Cerebrul palid, póte fi sediul emoragiilor și ramolimentului. Cordul móle, atrofiat și fórte fragil. Ficatul cu degenerescentă gresósă, ramolit și cu echimose emoragice. Splina mare și inbuibată de sânge. Rinichiș sunt mai rar atinși, chiar și atunci când avem albumină.

În sângele scorbuticilor, apa este tot-deauna în exces (de la 779 normal la 898), augmentație fórte mare a fibrinei (de la 2 la 4); albumina de asemenea, dar într'un grad mai mic; cantitatea globulelor sângelui este enorm diminuată (de la 138 la 63), pe când numărul globulelor albe este mărit în mod considerabil. În fine, după Chalvet, în scorbut avem o demineralisațiune fórte apreciabilă a fibrei musculare.

Din acéstă scurtă descriere, lesne putem deduce influența scorbutului asupra leziunelor traumatice.

Boyer deja observase că plăgile pe scorbutici se complică de emoragii primitive sau secundare, fapt constatat de toți chirurșii de marină.

De aci resultă că plăgile se repară greș, din cauza emoragiilor ce se produc în burgeonii cărnoși. Reunirea prin prima intenție e deficilă; une-orș, plăgi în mare parte cicatrivate se desunesc, și s'au văzut chiar vechi cicatrice desfăcându-se pentru a da naștere la scurgeri de sânge.

Plăgile scorbuticilor au o tendință fórte mare în a deveni ulceroșe, fie aceste plăgi cât de mici și provenite din cel mai ușor traumatism. În fine, gangrena este iarăș una din complicațiunile frecvente ale plăgilor la scorbutici.

În cât privește țesutul osos, substanța sa după cercetările lui Gürtl, este atinsă de o rarefacțiune fórte mare, de unde resultă și faptul constatat de toți chirurșii, că la scorbutici consolidațiunea fracturilor suferă mare întârziere și se observă chiar și distrugerea calului odată format.

II) **Hemofilia.** Bólă caracterisată printr'o predispoziție congenitală la emoragii spontanate sau provocate, oferă aprópe aceleași fenomene analóge ca și scorbutul. Așa că simple mușcăturı de lipitori, aplica-

țiunii de ventuse, scótere de dinți, pot fi urmate de emoragii pe cari nu le putem opri și sunt în stare să cauzeze mórtea individului.

La emoflicii, contusiunile cele mai ușore, se însoțesc de vaste echimose și epanșamente sanguine enorme.

Aci ca și în scorbut, la or-ce operație trebuie să ne așteptăm la emoragii primitive sau secundare din cele mai redutabile, și cari pot să apară chiar când cicatrizațiunea este aprópe terminată și când ne credem în afară de or-ce accident. Și numai grație acestei predispozițiunii la emoragii, ne explicăm lipsa de consolidatiune a fracturilor, căci în focarul fracturii producându-se o emoragie considerabilă, prezența sa întârzie sau chiar împedică cu totul formațiunea calului osos.

În fine, la emoflicii, plăgile se reunesc foarte greu prin prima intenție și au tendința de a se transforma în ulcere, acoperindu-se de burgeoni cărnoși cu aspect fongos, întocmai ca și la scorbutici.

III) **Leucocitemia** caracterisată printr'o augmențatiune morbidă și permanentă a numărului globulelor albe ale sângelui, prin micșorarea globulelor roșii și desvoltarea escesivă a țesutului adenoid în unele organe, predispuie într'un mod particular la emoragii multiple și adesea fulgerătoare.

Ca și în scorbut și emofilie, plăgile la leucocitemici se însoțesc de o scurgere de sânge considerabilă și adesea incoercibilă, așa că splenotomia, litotomia, talia, etc., sunt adesea urmate de emoragii mortale.

Dar aceste efusiuni sanguine se produc chiar și în urma celor mai mici operațiuni ca incisiunii de abcese, paracentese, avulsii de dinți, aplicațiunii de ventuse etc. Și aceste emoragii apar cu atât mai ușor și sunt mai greu de oprit, cu cât bóla e mai înaintată, cu cât alterațiunile sanguine vasculare și viscerale sunt mai desvoltate, și prin urmare cu cât cachexia este ajunsă la un grad mai extrem.

Leucocitemia, slăbind foarte profund organismul, țesuturile se vor bucura de o foarte mică vitalitate și deci reparațiunea lor va fi foarte dificilă; de aceea traumatismele se vor complica ușor de accidente inflamatorii și septice, ca: peritonita, flebita supurată, flegmon, septicemii, colapsus etc. (Terrier).

În ceia ce privește acțiunea traumatismului asupra leucocitemiei, Jacoud și Labadie Lagrave, afirmă că pe lângă cauzele ce trebuiesc numărate în etiologia acestei bóle, intră și traumatismele.

Mosler pune între cauzele directe ale leucocitemiei, influența eforturilor musculare violente, precum și traumatismele aplicate pe óse, Virchow a văzut această bóla apărând în urma unei fracturi a cópsei,

iar Gowers, în urma unui traumatism pe regiunea splenică, fapt observat și de Velpeau.

Unii însă susțin că aceste observațiuni nu sunt cu totul convingătoare și că, într'un mare număr dintre ele, leucocitemia exista deja în mod latent; așa că traumatismul nu a făcut de cât să re-deștepte o boală constituțională ascunsă, și care nu așteptă de cât o simplă ocasiune pentru a se manifesta (Terrier).

Influența bólelor acute asupra traumatismului.

Domnilor,

Influența bólelor acute în raport cu traumatismele este de o importanță destul de mare după cum îndată ne vom convinge. Astfel:

1) *Turburările gastrice* (Gastricism). Acastă stare, care pöte fi anterioră sau chiar determinată de traumatism, are o influență destul de însemnată în special asupra plăgilor. Așa: mai la toți operații sau răniții cu turburări digestive, plăgile se însoțesc de o supurație serósă, glerósă și fetidă; dinsa pöte să se micșoreze sau chiar să dispară cu totul. Atunci suprafața plăgei se usucă și ia un aspect palid; marginile sale se roșesc, se umflă și devin dureróse, iar burgeonii cărnóși se turtesc. Într'un cuvânt cicatrizațiunea este suspendată, ba chiar se pöte distruge în timpul duratei unor asemenea turburări gastrice, cu tot caracterul lor timporar.

De aceia trebuie să prevenim această stare pentru a evita efectele sale supărătóre, și numai în acest scop Verneuil, Paget și chiar Desault precum și toți chirurģii moderni au principiul de a prescrie în ajunul operației un purgativ și o bae bolnavului, pentru a curăți tubul intestinal precum și tegumentele.

II) *Amigdalita acută* are și dinsa influență vătămătoare asupra evoluțiunei traumatismelor în acest sens, că schimbă aspectul plăgilor și consistența puroiului, și se opune la cicatrizare.

Bouchard a observat chiar inflamația focarului traumatic în timpul unei amigdalite, probabil de natură infecțioasă.

Cât pentru angina difterică, se știe cu ce rapiditate câte odată plăgile sunt copleșite de pseudo-membrane pe indivizii atinși de această boală.

III) *Pneumonia* nu lucră de cât ca o boală febrilă, și deci pöte une-orii să impiedice procesul reparator al plăgilor, cu atât mai mult cu cât această boală pöte să aducă o slăbiciune profundă a organismului.

Acelaş lucru se p \acute{o} te \acute{d} ice \acute{s} i despre pleuresie, care in plus pare a avea o influen \acute{t} ă manifestă in a provoca supura \acute{t} ia tumorilor lichide ale abdomenului ca kist \acute{i} idatic \acute{i} , ovaric \acute{i} , hidronefroze etc. (Terrier).

IV) *Febrele eruptive. Scarlatina.* Traumatismele chirurgicale pot provoca apari \acute{t} iunea unei scarlatine, fie că plaga favorisează in mod particular penetra \acute{t} iunea virusului in organism, fie că determină apari \acute{t} iunea acestei b \acute{o} le, care se găsia până aci in stare latentă.

Deja in 1858 G. Sée a atras aten \acute{t} iunea asupra acestui lucru, prin observa \acute{t} iunea unui cas de tracheotomie urmat de un eritem generalizat cu totul analog cu scarlatina.

In Englitera, Maunder, Sir James Paget \acute{s} i Thomas Smith in 1863 a \acute{u} arătat acelaş lucru, că in urma opera \acute{t} iunilor de talie pe copii; a apărut scarlatina, \acute{s} i anume de 7 or \acute{i} in 43 opera \acute{t} ii.

Este adevărat, că ac \acute{e} stă scarlatină post operatorie, are perioadele mai scurte \acute{s} i in general e mai benignă; căte odată însă se înso \acute{t} este de simptome obscure, rău definite, \acute{s} i b \acute{o} la p $\acute{o$ te să aibă o termina \acute{t} iune fatală.

In timpul evolu \acute{t} iunii scarlatinei, plăgile sunt influen \acute{t} ate in rău: supura \acute{t} ia se măreşte, aspectul se schimbă, cicatrizarea este oprită sau nu se ob \acute{t} ine de cât f \acute{o} rte încet, chiar \acute{s} i dup \acute{e} dispari \acute{t} iunea febrei eruptive.

Mai mult, Sir James Paget a observat apari \acute{t} iunea unui sfacel întins, in urma abla \acute{t} iunii unui kist dermoid al sprincenei la o fată ce suferise de o scarlatină gravă, dar de care se vindecase deja de o lună.

Rugeola are o influen \acute{t} ă slabă asupra procesului reparator. Acelaş lucru avem \acute{s} i pentru *variolă*, mai ales când e discretă.

In casuri de variolă confluentă însă, mersul traumatismelor este influen \acute{t} at ast-fel: in perioada de invasi \acute{e} \acute{s} i erup \acute{t} ie, supura \acute{t} ia se micşorează; pe când in perioada de supura \acute{t} ie, puroiul plăgei devine mai abundent, iar lizereul cicatricial până aci intact, se ulcerază.

Cât priveşte faptul că inprejurul leziunelor s'ar produce o mai mare erup \acute{t} iune de pustule variolice, ac \acute{e} sta nu e constant.

Febra tifoidă are influen \acute{t} ă vătămătoare asupra procesului reparator al plăgilor. O simplă excep \acute{t} ie ar fi, \acute{s} i ac \acute{e} sta cu privire la leziunile ţesutului osos. In adevăr, s'a v \acute{e} zut casuri de vindecare a unei pseudo-artrose, in cursul unei febre tifoide, care până aci era considerată ca incurabilă. Ac \acute{e} sta ar proveni, după Verneuil, că febra tifoidă ar avea o putere osteogenică f \acute{o} rte mare, mai ales la omen \acute{i} tineri.

Diferite stări fiziologice pasagere și traumatismele.

1) **Menstruațiunea.** Lăsând la o parte unele fapte rari, unde menstruele au părut a nu fi modificat întru nimic mersul plăgilor, astăzi se admite ca o regulă generală de a nu se întreprinde nici o operație pe o femeie în timpul menstruației. Și acesta din cauză că menstruele de și represintă expresiunea unei stări fiziologice, totuși, unele femei în aceste momente, au suferințe mai mult sau mai puțin mari, și se găsesc într'o adevărată stare bolnăvicioasă; și ast-fel fiind, întregul organism se resimte și putem observa chiar fenomene patologice la distanță.

Menstruele deci vor avea o influență vătămătoare asupra plăgilor, mai ales a celor abdominale, în acest sens că congestiunea utero-ovarienă, viind imediat după operație, poate să dea loc la emoragii, sau să exagereze predispoziția inflamatorie a peritoneului și ast-fel să compromită operația. De aceea ne vom abține de a practica ovariectomia, isterectomia și alte operațiuni pe sfera genitală internă, pentru a preveni complicațiunii regretabile.

Influența traumatismului asupra menstruației, este încă și mai mare. În adevăr, cercetările lui Verneuil și Terrillon vorbesc îndestul. După acești autori, traumatismul poate să suprimă regulile, iar alte dăți să le provoace mai înainte de timp sau să le întârzie aparițiunea.

În primele două cazuri, consecințele sunt destul de serioase, caci putem avea ematocele uterine foarte grave, sau cel puțin compromiterea unei reuniri prin prima intenție. Și foarte adesea, una din cauzele de nereușită a fistulelor vesico vaginale și perineorafilor, este aparițiunea precoce a menstruelor.

De aceea s'a stabilit că operațiunile ce se practică pe vagin, uter și anexele sale, precum și acelea pe rect, anus și bășică, să nu se facă de cât după ce au trecut cel puțin 7—8 zile de la încetarea menstruelor, principiu pe care tot-d'a-una îl avem și noi în vedere.

II) **Graviditatea.** Discuțiunile ce s'au făcut în această privință au fost numeroase și Terrier împarte pe chirurghi în două clase: în *optimiști* și *pesimiști*.

Printre optimiști avem pe Gueniot, care susține că la femeile gravide, leziunile traumatiche evoluază într'un mod cu totul normal, probă consolidarea fracturilor arătate de Malgaigne.

Cu toate acestea, Gueniot face o rezervă în ceia ce privesc traumatismele zonei genitale ca perineu, anus, vulvă, etc., cari pot fi urmate de accidente, fie din cauza dificultății circulațiunii venoase, ce se

află în aceste regiuni, fie din cauza edemului ce se desvoltă, fie în fine din cauza albuminuriei ce posedă unele gravide. De aci putem observa: trombusuri, emoragiū abondente și chiar mortale, din pricina rănirii venelor varicōse; flebite, limfangite, erisipel, gangrenă și diferite alte accidente septicemice.

În timpul stărei puerperale, plăgile, adaogă Gueniot, se repară forțe bine, și ca probă avem reunirile *per primam* a perineorafiiilor ce se fac imediat după facere.

Pesimiști, ca Verneuil, Le Fort etc., susțin cu totul din contra: că nu numai traumatismele sferei genitale, dar și cele alte pot să se complice de diferite accidente, așa că e mult mai prudent să nu întreprindem operațiunii, mai ales în timpul puerperalității, când lochiile curgând pe plagă, pot împedica reunirea și în plus să fie punctul de plecare al septicemiilor.

Cât pentru influența traumatismului asupra gravidității, acesta se pare, după observațiunile clinice, că adesea nu determină abortul; probă numeroasele casuri de laparatomii petrecute fără accident. Și aci iarăși, se exceptează traumatismele directe ale organelor genitale, cu condiție însă ca oul sau fetul să fie deja bolnav, sau că uterul să fie într'o stare de iritabilitate particulară, fără de cari abortul nu se poate produce. Totuși, cea mai mare parte din chirurghi profesază prudența, pentru a nu interveni în timpul gravidității precum și a stărei puerperale.

C H E S T I O N A R

Raportul traumatismelor cu scorbutul. Definiția și caracterele scorbutului. Leziunile anatomo-patologice și în special ale sângelui. Consecințe clinice în ceea ce privește emoragiile, evoluția plăgilor și a fracturelor.

Hemofilia. Caractere și consecințe analoge cu scorbutul.

Leococitemia. Caractere. Opinia lui Terrier și alți autori relativ la acțiunea traumatismelor.

Bólele acute și traumatismul. Gastricism, amigdalita, pneumonia, pleuresia, febrile eruptive etc.

Stările fiziologice pasagere și traumatismele. Menstruația; Graviditatea; optimiști și pesimiști.

STĂRILE FIZIOLOGICE PERMANENTE ȘI TRAUMATISMELE

Lecția XXXII.

Domnilor,

În această clasă introducem bătrânețea care din nenorocire nu e pasageră ci permanentă și continuă anunțându-ne sfârșitul vieții.

Bătrânețea. Perioadă a vieții rău limitată, este caracterizată, după Charcot, prin atrofia elementelor anatomice și a organelor, însoțită și de diferite leziuni și degenerescențe patologice a țesuturilor, precum: degenerescența calcară a cartilajelor, a tendonelor și chiar a celulelor cerebrale; degenerescența ateromatósă a sistemului arterial și atrofia sistemului venos, după Verneuil. Pe lângă acesta mai avem degenerescențe grosóse și scleróse a viscerelor; atrofia senilă a rinichilor, dând nefrita intersticială; hipertrofia cordului, emfisemul pulmonar și hipertrofia prostatei la bărbat. Și toate aceste alterațiuni vor fi pe atât mai accentuate cu cât individul a fost sub dependența unor diatезe.

Unii din bătrâni sunt slabi, uscați și vioi, iuți; pe când alții sunt grași și greoi. Primii oferă mai multă rezistență la traume, pe când cei-alții mai puțină; acesta însă nu în mod absolut și fără excepțiune, mai ales când e vorba de sexe; căci s'aun văzut femei bătrâne grase, resistând mult mai bine la afecțiuni medicale sau chirurgicale, de cât unii ómenii bătrâni, slabi etc.

Or cum ar fi, experiența a probat că leziunile traumatice ale bătrânilor se repară foarte încet sau chiar de loc; plăgile se transformă în ulcere, iar reuniturile prin prima intenție se pot desface foarte ușor. Dar și aci avem multe excepțiuni, căci foarte adesea s'aun obținut reunituri primitive pe bătrâni de 70 și chiar de 80 ani, putându-se practica cu cel mai mare succes pe dênșii și chiar laparotomii.

Și relativ la acest punct, imi cer voe a vă relata în scurt că, prima ovariotomie ce am făcut, a fost tocmai asupra unei femei de 65 ani, numită Anastasia Vasilescu, din Câmpina. Și pentru a vă face

o idee de toleranța organismului acestei femei cu toată vîrsta sa înaintată, vîdeam dimensiunile abdomenului care erau de 1 metru și 45 centimetri în dreptul lombelor și ombilicului, iar de 73 c.m. de la apendicele xifoid la pubis. Dar pe lângă acesta, bolnava mai avea și o enormă ernie ombilicală, așa că abdomenul forma o tumără atît de voluminoasă în cît bolnava nu putea sta de cît în poziția orizontală; și chiar în această poziție, densa era silită să își susție pînțele cu un lung și larg cearșaf. Era aproape un an de zile de cînd bolnava nu se mai dăduse jos din pat. Ei bine, cu toată etatea înaintată și volumul enorm al abdomenului am operat această femeie la 6 Septembrie 1887. La operație am scos 4 litruri de lichid din cavitatea peritoneală și 20 litruri de lichid chistic. Estragerea kistului n'a fost ușoră, căci avea o mulțime de aderențe, dar pe care distrugându-le, am reușit să scot kistul în totalitatea lui, care a cântărit 2 kilo și 400 grame. Operația a durat 2 ore și $\frac{1}{2}$.

Vedeți dar cît de greu era atinsă această bolnavă de 65 ani și la ce operație dificilă a fost supusă, și totuși, nu numai că operația a reușit pe deplin, dar și reunirea plăgei s'a obținut în cea mai perfectă primă intenție, căci, ridicându-se pansamentul după 8 zile, nu s'a găsit absolut cel mai mic punct superficial care să fi avut o picătură de puroi¹⁾.

Un alt exemplu de operație pe bătrîni este Andrei Grădinaru, de 80 ani, care a intrat în serviciul meu la 24 August 1892, suferind de un epitelioma enorm al buzei inferioare.

Din antecedentele sale reese că fiind tînăr a avut aproape un an febră palustră. N'a suferit nici de sifilis nici de reumatism. Fumază tutun încă de cînd era copil.

Ca stare prezentă nu găsim nimic, de cît artere ateromatose.

Bóla datéză de acum 8 luni în urma unei tăeturi cu briciul, după care a urmat o mică tumóre ca o bóbă de porumb care, treptat mărindu-se, a început să se ulcereze, sunt acum două luni. Buza inferioară în toată grosimea și înălțimea sea e aproape cu totul distrusă, compleșită fiind de epiteliomul ulcerat, nerămânînd de cît o porțiune sănătósă de cîte un centimetru la fie-care comisură.

Ei bine, acest bătrînd de 80 ani a fost cloroformisat și supus unei operațiuni foarte penibile care a durat mai mult ca o oră, de ore-ce, după ridicarea tumorei, am căutat să confecționez lambouri noi dar fără o reușită deplină. Pentru acesta am fost silit să aprofii

¹⁾ Observația acesta e pe larg descrisă în „Buletinul societății de medicină” din Bucuresci, anul I, din 1887—88, pag. 28—37.

cu forța marginele incisiei, așa că orificiul bucal se astupase aprópe cu totul, nepermițând nici chiar introducerea micului deget.

Și cu tóte acestea ați văđut că reunirea *per primam* s'a obținut în modul cel mai perfect, iar acum orificiul bucal a revenit aprópe în starea lui normală.

Iarăși pe un bătrán de 65 ani, *Ion Nicolae*, am practicat în Iulie 31 anul acesta 1892 talia ipogastrică scoțând un calcul de cel mai mare volum posibil, având ca dimensiuni: în sens vertical $5\frac{1}{2}$ c.m., tr. $4\frac{1}{3}$ c.m., iar grosimea $2\frac{1}{2}$ c.m.

Succesul a fost cu totul satisfăcător, de óre-ce atât în timpul cât și după operație n'a survenit nici un accident, așa că ađi bolnavul e cu desăvêrșire vindecat.

Și pentru a vedea cât de laboriósă a fost operația, represint aci în fig. 35 desemnul calculului în mărimea lui naturală.



Fig. 35
Calcul vesical, mărime naturală.

Din tóte acestea și o mulțime de alte exemple, rezultă în mod evident că bătránețea este încă susceptibilă pentru or-ce operație, cu condiție însă să avem aface cu o bătránețe fiziologică iar nu patologică. Cu alte cuvinte, pe lângă etatea înaintată să nu se mai amestece de cât cel mult o stare ateromatósă senilă, iar nu și alte leziuni organice a diferitelor diatese. Și tocmai acesta e și cauza că nu toți bătránii suportă și duc la bun sfârșit operațiile chirurgicale.

În or-ce cas însă, trebuie să fim cu multă băgare de seamă către aceste persoane; și lucrul de care trebuie să ne temem la bătráni, luând în considerație alterațiunea vaselor și degenerescențele viscerale, va fi: emoragiile primitive sau secundare, precum și diferite inflamațiuni acute în organele centrale și în special a pulmonilor ce constituie mórtea naturală a bătránilor.

Pe de alta, lipsa de vitalitate a țesuturilor, ne esplică facilitatea cu care apare gangrena nu numai în regiuni stránse cu bandage, dar chiar și în puncte ce nu suferă de cât singura greutate a corpului, și ca probă, dese decubite ce apar așa de ușor pe bătráni.

Și din această cauză de degenerescență și atomie, plágile la bă-

trâni se complică de limfangite, erisipel, inflamațiunii difuze, flegmone superficiale sau profunde, luând repede caracterul gangrenos.

Totuși însă, adesea suntem siliți să intervenim pe bătrâni, mai ales când e vorba de operațiunii de urgență; și în această privință, operația de ernie strangulată, pare a fi destul de suportată de bătrâni, esceptând totuși complicațiile viscerale ce pot surveni din partea rinichilor, ficatului și plămânilor, ba chiar și diferite turburări cerebrale. Conclusia este că trebuie cu multă atențiune să examinăm pe un bătrân, și să ne înconjurăm de mari precauțiuni antisепtice și igienice, însoțindu-le de un tratament general reconstituant mai înainte și după intervențiune. Să căutăm ca operația să nu ție mult și să fie însoțită de cea mai mică pierdere de sânge posibilă. Nu vom interveni decât de cât în casuri de urgență și vom prefera amputațiile în locul resecțiilor; operații pur curative în locul celor radicale; ne vom mărgini cu alte cuvinte, în a face o simplă kelotomie pentru a scăpa viața individului, lăsând la o parte cura radicală de ernie.

Influența raselor. Acesta e o chestiune foarte greu de rezolvat. S'ar părea însă că rasa neagră și gălbenă ar rezista mai mult la traumatisme și nu ar suferi de complicațiunii septicemice. Cu toate acestea, la negrii, tetanosul se observă foarte des.

Se susține iarăși că în Anglita ovariotomiile reușesc mai lesne ca în cele alte țări ale Europei, din cauză că la Anglo-Saxonii peritoneul este mai tolerant și mai puțin apt pentru a se inflama. Dar acestea sunt mai mult ipoteze.

Totuși, sunt unele bóle proprii ce se observă pe anumite rase: ast-fel pe negrii, în urma celor mai ușore iritațiuni pe membre, se dezvoltă ulcere ale gambelor cu tip special și caracter fagedenic, numite ulcere de Mozambic și Cochinchina etc.

Pe de altă parte știm că, elefantiasul arabic nu 'și datoresce acest nume de cât tocmai că se dezvoltă pe această rasă ce locuesce țările calde, etc. etc.

Leziunile traumatice și țesuturile bolnave. Ce se înțelege printr'un țesut bolnav, se întreabă Terrier?

Un țesut este bolnav, răspunde acest autor, când densusul se află modificat, fie într'un mod temporar, ca în urma alterațiunelor inflamatorii, fie în mod permanent, ca în urma unor alterațiuni numite cancerose de exemplu.

Mai înainte de a intra în studiul acestei chestiuni, ar trebui să arătăm în mod clar caracterele, precum și limita unde se sfârșește inflamația acută și începe cea cronică. Dar acest studiu, de o impor-

tantă netăgăduită, nu numai că aparține anatomiei patologice pure, dar până acum încă nu i s'a dat o rezolvare definitivă.

Cu toate acestea, din punctul de vedere clinic și în vederea înlesnirii studiului nostru, putem da următoarele considerațiuni:

Inflamația acută, caracterisată prin congestiunea vaselor, prin staza sanguină și transudarea serosității sângelui în țesuturi, are o limită, după care densa tinde în mod iresistibil de a readuce în starea normală țesutul inflammat, formând cea ce se numește *restitutio ad integrum*.

Când însă cu toate silințele depuse de organism, precum și de mijlocele terapeutice, scopul acesta nu se îndeplinește; când întregul exces nutritiv dezvoltat în timpul inflamației acute pentru restabilirea țesutului, rămâne absolut fără nici un rezultat; când diferitele cauze interne organismului, ca diatezele și bôlele constituționale, se opun energic pentru ajungerea la scopul dorit, atunci organul său țesutul rămâne într'o stare continuă de bôlă; atunci densusul nu mai poate reveni la starea sa fiziologică anterioară, căci de aci înainte începe inflamația cronică care 'l va menține pôte pentru tot-deauna într'o stare de inferioritate, într'o stare bolnăvicioasă.

Inflamația cronică nu diferă aprôpe întru nimic de cea acută, căci și aci vom găsi aceleași simptome esențiale ca durere, căldură, roșiata și tumefacție, dar într'un grad mult mai limitat, din cauza micșorării de intensitate sau a diferitelor alte cauze cu totul inerente economiei—diatezele. Căci trebuie știut, că dacă une-orî inflamația cronică succedă unei inflamații acute, de multe orî însă densa îmbracă d'a dreptul caracterul cronic. Și nu avem atâtea exemple de inflamațiuni cronice pe tuberculoși, scrofuloși, sifilitici etc. ? Și pentru a nu lua de cât un exemplu, vom menționa adenitele tuberculose, scrofulo-sifilitice sau erpetice, unde inflamația d'a dreptul începe prin a fi cronică, sau urmăză imediat unei stări inflamatorii acute.

Dar pentru ce am făcut acéstă digresiune ?

Pentru a ajunge la următoarele fapte clinice de cea mai mare importanță în chirurgie și anume :

1) Că inflamația acută caracterisându-se printr'o congestie vasculară, printr'un aflux mare de sânge, constituie o stare de iperemie a organului, fie printr'o dezvoltare exagerată de vase principale ca artere sau vene, fie printr'o simplă turgescență sau plenitudine a vaselor de mic calibru ca de exemplu capilarele.

Dar și într'un cas și în altul care va fi consecința ? Că operațiunile chirurgicale sau traumatismele accidentale aplicate pe niște asemenea țesuturi, se vor complica cu cea mai ușură înlesnire de emo-

ragii, flebite, infecțiunii purulente, limfangite supurate etc. etc. de ôre ce, lucrând în țesuturi deja inflamate sau chiar numai predispușe la acest proces morbid, totul e preparat mai dinainte pentru or-ce complicație operatorie.

De aceia astă-đi principiul e stabilit că, afară de casuri urgente, să evităm operațiunile pe organe coprinse de inflamație acută, căci dacă reunirea prin prima intenție nu se pôte obține și prin urmare tôte operațiile de autoplastie ca perineorafile, palatoplastiile, fistulele vesico vaginale etc. rămân întreprinderi fără succes putând avea chiar sfacelarea lambourilor, dar încă trebuie să ne temem și de emoragii cari câte o dată dacă nu sunt mortale, cel puțin ne oferă o gravitate din cele mai mari. S'a văđut în adevăr operația de amigdalotomie însoțindu-se de emoragii înspăimântătoare, tocmai din cauză că s'a tăiat aceste organe fiind coprinse de inflamație acută. Dar cui nu i s'a întéplat ca deschidénd un panarițiu în culmea periódei sale inflamatorii și să nu fi observat o scurgere de sânge în masă, câte o dată destul de îngrijitoare ?

Și pe lângă multele casuri ce am observat, dați'mi voe a vă relata în câte-va cuvinte și pe următorul, care privește pe individul Florea Teodorescu, de anî 30, de profesie vizitiu, intrat în serviciul meu la 16 August 1891.

Acest bolnav suferia de un hematocel al tunicei vaginale din partea dréptă. A avut în mai multe rânduri blenoragie complicată de epididimo-orchită dréptă, în urma căria testiculul a rămas mare ca un ou de găină, indolent însă dur. Cu 5 ȗile înainte de a intra în spital, adică la 11 August, fiind călare pe cal, și-a apucat testiculul între șia și cósă, când a simțit o durere din cele mai violente, ceia ce 'l-a și silit a descălica imediat. A doua ȗi durerile au devenit mai mari, iar scrotul fu coprins de o roșiata și tumefacție destul de simțitoare puind pe bolnav în imposibilitate a se da jos din pat. Durerea, roșiata și umflătura crescând mereu, fu nevoit a intra în spital.

Aci ni se presintă cu scrotul fórte tumefiat, roșiu, dureros și cu venele superficiale enorm dezvoltate. Diametrele tumorei sunt: 37 cm. circumferința; 20 cm. în sens vertical și 32 cm. de la rădăcina penisului în jos.

La 21 August, starea inflamatorie acută luând proporții mari, iar temperatura menținându-se la 39⁵, fac deschiderea tumorei în partea cea mai culminantă, când scot o cantitate enormă de sânge amestecat cu puroiú. În acelaș timp însă o emoragie fórte mare apare din buzele plăgei, emoragie pe care nu 'mi-a fost posibil a o opri de cât după ce am aplicat 4 suturi emostatice, iar restul buzelor cauteri-

sânge-lu' cu ferul roșu. Și acesta numai din cauza stărei inflamatorii acute de care era coprins scrotul.

Flegmónele acute și în special cele difuze, ne prezintă complicațiuni analóge, lucru care deja atrăsese atențiunea lui Velpeau, Boyer, autorii compendiului, iar acum în urmă atențiunea lui Verneuil pe care îl auđiam în clinicile sale pe cari le urmam în 1885, sfátuindu-ne ca, în deschiderea acestor inflamațiuni, să întrebuintăm termo-cauterul în locul bisturiului, dacă voim să prevenim emoragiile grave ce pot surveni.

Și această practică mi se pare cu atât mai logică cu cât printr'ansa facem mai multe lovituri de o dată: *a)* prevenim emoragia; *b)* distrugem microbii; *c)* ne opunem la auto-inoculația — vasele fiind închise prin eschare determinate prin ferul roșu și *d)* înlocuim incisiunile multiple sângerânde, scutind ast-fel organul de gangrena la care e predispus în urma copleșirei sale de o inflamație acută.

II) Acelaș lucru putem observa pe organele coprinse de inflamație cronică, căci aci țesutul scleros ce copleșește părțile profunde, înconjoră de jur împrejur vasele cari o dată deschise, rămân în această stare fără a avea putința de a se contracta, și prin urmare emoragia este inevitabilă, ba încă câte o dată destul de serioasă neputând aplica pensa emostatică și deci nici legătura.

Dar pe lângă acestea, țesuturile cronic inflamate fiind infiltrate dupe Cornil și Ranvier, de un țesut embrionar, numit de Germani sarcom inflamator — și care, fie țin în parantesă nu e de cât acumulațiune de microbi — pe lângă că împedică nutrițiunea celulelor, fie prin compresiune sau toxine, despre cari deja am vorbit, dânsese devin cu totul inapte pentru o reunire imediată din cauza impregnațiunei microbilor.

Și acesta este cauza că reunirea prin prima intenție a plăgilor operatorii, mai nici o dată nu reușește pe un organ cronic inflamat.

Ce să mai ăicem de operațiunile făcute pe cicatrițe vechi unde cu toate silințele depuse, drept răsplată avem descuragiarea când vedem munca noastră distrusă, iar desperarea bolnavilor crescută? Și cel mai nenorocit exemplu îl avem în fistulele vesico-vaginale, recto-vaginale, în perineorafii unde, dacă la prima dată operația n'a reușit, apoi să fim aproape siguri că or-câte vom face, nu vor reuși mai mult; căci din ce în ce lucrând pe cicatrițe vechi, lipsite de vase și prin urmare de viață, ele devin incapabile de or-ce reunire. Și este socotesc absurd a face operațiuni numeroase pe cicatrice, precum am avut ocazia să ved în timpul internatului meu pe un chirurg făcând a 14-a oră operațiunea de fistulă vesico-vaginală, absolut fără nici un succes.

Conchidem dar că operațiunile său traumatismele aplicate pe organe inflamate în mod acut sau cronic, sunt susceptibile de a se complica de o mulțime de accidente, unele mai grave de cât altele.

Am mai putea adăoga încă că, niște asemenea intervențiunii făcute pe țesuturi cronic inflamate, nu numai că pot redeștepta o stare acută, dar pot provoca și ruperea organului, care fiind sub influența acestei stări morbide, elementele sale devin de o friabilitate excesivă. Și cine nu știe câtă dificultate avem de a aplica un punct de sutură pe un uter, rinichi, ficat sau splină când sunt coprinse de inflamație cronică, ceia ce le face să se rupă cu cea mai mare ușurință? Și iarăși câte casuri nu se observă în urma unor neînsemnate traumatisme aplicate pe ficat sau splină cronic inflamate și când aceste organe se rup cu cea mai mare înlesnire, din cauza inflamației cronice de care sunt coprinse?

Pentru a termina studiul traumatismelor, luat din punctul de vedere general, ne rămână a trata ultima chestiune și a nume a mediului în care se găsește rănitul, precum și influența ce o are asupra traumatismelor.

Dar acesta formeză un punct cu totul special de igienă, rămând bine stabilit că pe cât acest mediū va fi în condițiunii mai bune, pe cât va fi mai lipsit de germenii infecțioși, și atunci neapărat evoluțiunea traumatismelor accidentale sau provocate se va efectua în mod mai natural și fără nici o complicație.

De aceea, când va fi vorba de a practica vre-o operație, vom lua cele mai rigurose precauțiuni antiseptice atât pentru a distruge miasmele aflate în aerul din sala de operație, cât și pentru a distruge microbii aflați pe noi înșine. Pentru acesta vom uza de pulverizații fenicate sau creolate, iar mâinile noastre și instrumentele vor fi bine spălate cu sublimat.

Vom căuta în fine, ca tot-d'a-una să păcătuim prin esces de precauțiuni de cât prin lipsă. Căci trebuie bine să fim convinși că or-cât de mult ni se pare că am face pentru antisepsie, nici o dată nu va fi destul. Și numai ast-fel vom putea lupta cu bun succes asigurând reușită operației, iar printr'insa scăpând viața bolnavilor, cari precum am vădut, mai tot-d'a-una sunt diatesici; și daca antisepsia se neglijează, atunci la sigur intervențiunile noastre vor fi compromise. Iar celor ce obiectează că cu totă antisepsia survin casuri de nenorocire, și decī nu cred în măsuri rigurose, acelora le vom răspunde că e mai bine să ne mirăm cum a putut muri bolnavul, de cât să ne mirăm cum a putut să scape!

Pe lângă multele condițiuni ce vom avea în vedere în conducerea unui operat, nu trebuie să uităm a favorisa în orice mod îndeplinirea regulată a funcțiunilor întregului organism.

Ast-fel, atențiunea noastră va fi fixată asupra tuturilor condițiunilor exterioare, a modului de viețuire a bolnavului, a obiceiurilor sale, mergând până a menaja chiar cele mai mici lucruri. Căci în asemenea cazuri bolnavul, dice Van Buren, trebuie să fie considerat ca o mașină, și ca atare să'l punem în condițiunile cele mai avantajoase pentru a'î permite să dea cea mai mare sumă de travaliu. Vom căuta deci să'î procurăm un aer curat, însoțit de lumină și căldură solară suficientă. Particularitățile constituționale precum și obiceiurile vechi ale unui individ care a suferit o operațiune chirurgicală, trebuie să formeze tot-d'a-una obiectul unui examen atentiv din partea chirurgului. Hrana bolnavului, băutura sa obicinuită, orele sale de repaos, până și chiar acelea în care el este obicinuit a'și satisface trebuințele naturale, trebuie respectate, neapărat pe cât circumstanțele vor permite. Pe lângă acestea nu trebuie să perdem din vedere și influența ce exercită moralul asupra funcțiunelor organismului, căci Cl. Bernard a arătat că o emoțiune vie, precum aflarea unui pericol turbură temperatura normală a corpului; pe câtă vreme speranța și preocupățiunile vesele au un efect stimulant și grăbește mersul către vindecare. Deci vom căuta să depărtăm frica, temerea și diferitele griji cari scad moralul, silindu-ne pe cât posibil să'î inspirăm speranța, încrederea și diferite știri de bun augur.

Și acesta este așa de adevărat în cât foarte adesea am constatat că în zilele de Duminecă și sărbători când visitele sunt permise în spital, unii bolnavi ne oferă ascensiuni de temperatură care nu recunoște altă cauză de cât emoțiunea știrilor triste aduse de prietenii săi rude; or o depărtare de regim rezultând din diferite alimente sau bături aduse pe furis de vizitatori.

Dar pe lângă acestea, rolul precauțiunilor antiseptice este mai pre sus de toate, lucru de care sunt sigur că a'ți rămas convingși din studiile deja făcute precum și din cele ce vor urma.

CHESTIONAR

Bătrânețta. Caractere și leziunile anatomice. Relațiunile sale cu traumatismul. Diferite observații ale autorului.

Influența raselor și bólele lor speciale. Traumatismele în raport cu țesăturile inflamate în mod acut și cronic. Ce se înțelege prin inflamație acută și cronică? Caractere. Consecințe practice; exemple.

Influența mediului ambiant în raport cu traumatismul. Precauțiuni. Creștința autorului. Respectarea obiceiurilor bolnavului. Evitarea noutăților triste și inspectarea vizitatorilor.

CAP. III.

LEZIUNILE TRAUMATICE IN PARTICULAR

Lecția XXXIII.

Domnilor,

După ce am studiat cu toate detaliile cuvenite raporturile reciproce ce există între traumatisme și diateze precum și bólele constituționale, ne rămâne a studia în parte traumatismele, și a vedea diferitele leziuni ce produc pe anumite organe și cu anumite instrumente.

Vă aduceți aminte, domnilor, că or-ce leziune traumatică nu poate fi produsă de cât prin trei feluri de agenți: *mecanici, fizici și chimici.* Vom începe deci prin

Leziuni traumatice provenite în urma agenților mecanici.

În această mare clasă intră:

I. Contuziunile.

Acestea sunt leziuni traumatice produse prin instrumente bonte numite contondante cari, după Littré și Robin, sdrobesc și rup țesuturile fără a le tăia sau înțepa.

Dar aceste instrumente, după cum deja am arătat, pentru a produce leziunile numite contuziuni se cere: 1) să se aplice pe organe cu cea mai mare parte din suprafața lor și 2) să lucreze prin presiune.

Contuziunile sunt caracterizate de autorii clasici prin acesta că, or cât de mari ar fi alterațiunile și sdrobirea țesuturilor, pielea însă, tegumentele, rămân tot-d'a-una intacte. Iar când această ultimă condițiune lipsește, când adică tegumentele nu mai sunt integre, atunci leziunea iese din cadrul contuziunilor pentru a intra în acela al plăgilor.

Verneuil însă dă o definiție care de sigur este tot așa de concisă ca și practică dacă nu chiar mai științifică de cât or care alta.

Acest autor, luând ca bază soluția de continuitate, adică diereza, și studiind modul producției sale, dă următoarea definiție a contuziunii: *O leziune traumatică în care diereza este produsă prin presiune și se însoțește de atrițiune sau sdrobire în punctul rănit.*

Prin această, contuziunea se deosebete de toate cele alte feluri de traume: căci în plăgile prin smulgere, rupere, instrumente tăioase or înțepătoare, soluția de continuitate sau diereza se produce printr'o forță care trage, smulge, rupe, secționază sau numai depărtază țesuturile, fără însă să le sdrobescă și să le altereze printr'o presiune forte ca în contuziuni.

Noi admitem definiția lui Verneuil menținând însă integritatea tegumentelor. Decî vom dice:

Prin contuziune înțelegem leziuni traumatice, unde diereza țesuturilor e produsă prin presiune, lăsând însă tegumentele cu desăvârșire intacte; și acesta or-care ar fi gradul de atrițiune sau sdrobire a organelor.

Este bine înțeles că leziunile în contuziuni vor depinde de volumul și viteza de care va fi animat corpul contondant. De aceea uneori ne vom găsi în fața unei sdrobiri complete a unui membru, pe când alte dăți nu vom constata de cât o simplă percusiune sau lovitură. În cazul I, presiunea determinată de volumul și viteza corpului contondant, a învins cu totul or-că rezistență a țesuturilor; pe când în cazul II, s'a mărginit pur și simplu numai în a depărta, a condensa țesuturile fără nici o diereză sau strivire. De aci și deosebirea între o *contusie* unde diereza fie chiar în gradul cel mai mic dar tot există, și *compresiune*, unde integritatea anatomică a organelor se menține, decî lipsă de diereză. Și când compresiunea e împinsă prea departe, leziunile sale sunt cu totul diferite de diereza contuziunii, căci aci alterațiunea e produsă prin sdrobire, pe când în compresiune, prin suspendarea lichidului nutritiv și nervos.

Am dis că corpii contondenți pentru a produce o contusie, lucrează prin presiune. Dar presiunea ca să se efectueze are trebuință de două elemente indispensabile: un punct de sprijin și o putere.

Punctul de sprijin poate fi exterior sau interior organismului precum de asemenea poate fi simplu sau multiplu.

Este exterior și simplu când de exemplu corpul nostru fiind în mișcare, se isbește de un corp solid, resistant și fix; ca o casă, un zid, o piatră etc. Densul este interior, când din contra, corpul nostru

aflat într'o pozițiune fixă, este isbit de un alt corp pus în mișcare, ca o piatră, baston, ciomag etc.

Punctul de sprijin pôte să fie dublu sau multiplu, ca în cazul de contusiune a abdomenului, unde primul punct e reprezentat prin părțile moi, iar al doilea prin scheletul colónei vertebrale, pe care părțile moi isbindu-se, se pot fórte ușor distruge.

Velpeau a stabilit următóarele douë legi cari prezidă la mecanismul contusiunelor :

1) Contusiunea este în raport direct cu rezistența punctului de sprijin și cu viteza sau puterea de mișcare ce produce traumatismul. Adică că, cât un țesut va resista mai mult, cu atât contusia va fi mai forte, viteza fiind aceeași. De exemplu: sistemul osos o dată învins, va suferi traumatisme mult mai mari de cât tegumentele, cari nu au proprietatea de a resista așa de mult ca ósele.

II) Contusiunea este în raport invers cu rezistența țesuturilor. Adică : țesuturile mai puțin solide se vor sdrobi mai greú de cât cele mai solide. În adevăr, de multe ori putem constata alterațiunii profunde și fórte multiple ale unui organ, precum de exemplu fracturii cominutive, pe când tegumentele ce sunt țesuturi mult mai puțin solide ca ósele, vor rămâne cu totul intacte.

Și esemplul cel mai demonstrativ îl avem în accidente de drum de fer, sau trecerea rótelor unei trăsuri peste un organ óre-care, unde constatăm sdrobiri colosale de membre cu fracturii cominutive ale óselor, și cu tóte acestea părțile moi, dar mai ales tegumentele sunt cu totul intacte. Acelaș lucru îl vom vedea și în plágile prin armă de foc, mai ales în urma proectilelor de calibru mare ca spargerea obuzelor.

Din aceste legi resultă că și într'un cas și în altul, sistemul osos este mai predispus la sdrobiri de cât părțile moi, căci ósele oferă un punct de sprijin și mai puternic, avénd în acelaș timp și o compositiie mai solidă, mai resistentă ca părțile moi.

Acéstă regulă însă presintă óre-cari excepțiuni în virtutea cărora părțile moi fiind prevădute de o cavitare plină cu lichid, rezistența lor devine mai mare și decí efectul traumatismului se apropie de acela al părților tari. Ast-fel avem bășica udului, cavitarea peritoneală, cordul etc. unde leziunile iaú un caracter cu totul deosebit. Faptul acesta jócă un rol fórte mare în plágile prin armă de foc, lucru asupra căruia avem să revenim.

Tot acelaș lucru vom dice de un muschi în contractiie, care se va rupe mai ușor de cât daca ar fi în stare de relaxare.

Pe lângă aceste contusiuni ce vin în urma unei acțiuni subite a unui traumatism și cari se numesc *contusiuni acute*, Velpeau mai

adaogă o altă clasă de *contusiuni cronice* ce se observă pe călcăe, palmele mâinilor, pe spate și alte regiuni și cari sunt în raport cu diferite stări profesionale ale individului și sunt rezultatul unor inflamațiuni cronice a țesuturilor.

Acastă contusie cronică nu este însoțită de semnele ordinare ale contusiunii acute, căci dânsa nu ne oferă nici durerea nici echimosa promptă, ci o serie de contusiuni limitate și microscopice cari în general trec neabăgate în sémă, și tocmai cu timpul și foarte târziu atențiunea ne este atrasă prin iritația traumatică continuă, reînnoită și întreținută de aceeași cauză și care împedică travaliul reparator. Ast-fel se întâmplă cu acele calosități sau negi ai mâinilor și picioarelor ce se caracterisă printr'o hipertrofie a dermului, luând câte o dată chiar aspectul unor neoplasii ce se dezvoltă pe membrele spălătoarelor, timplarilor, dulgherilor, lacheilor ce stau mult timp în picioare, și cari nu recunosc altă cauză de cât această iritațiune cronică și des repetată, provenită în urma profesiunii indivișilor.

Divisiunea. Dupuytren împărția contusiile în 4 grade :

I) Primul grad coprindea contusia cu echimosă.

II) Contusia cu epanșament sanguin.

III) Contusia cu iminență de gangrenă a țesuturilor.

IV) Contusiuni enorme însoțite de gangrenă.

Boyer admite aceeași divisiune făcând însă din ultimele două o singură divisiune, ast-fel :

I) Contusie cu echimosă.

II) Contusie cu epanșament sanguin.

III) Contusie cu gangrenă.

Acastă divisiune e admisă de toți autorii cu adăogire de diferite alte epanșamente la gradul II.

De aceia noi vom studia :

I) Contusie de gradul I în care intră echimosa.

II) Contusie de gradul II unde va intra epanșamentele de diferite lichide ca : sânge, serositate, sau materie gresosă.

III) Contusie de gradul III, caracterisându-se prin distrucțiunea țesuturilor, printr'o gangrenă fatală mai mult sau mai puțin întinsă ; și

IV) Contusiuni de gradul IV, caracterisate prin sdrobirea totală a unui întreg membru sau segment de membru.

Anatomia și fiziologia patologică a contusiunilor constă în studiul focarului traumatic pe care îl cunoștem în destul. Cât pentru părțile sfacelate, acestea nu presintă nimic de special, leziunile fiind aceleași ca în or-ce gangrenă.

Tot ce putem adăoga este că gangrena în contusiuni, de ordinar

apare repede, și rămâne limitată la locul unde trauma a fost aplicată. Se exceptează însă stările diatesice cari fac ca gangrena se ia o extensiune foarte mare, putând copleși un membru întreg. Cât pentru echimose, acestea le vom studia la simptome. Deci prin exclusiune ne rămâne a ne ocupa numai de diferitele epanșamente ce caracteriză contuziile de gradul II.

Când în urma unei contuzii forte se provocă rupere de vase, atunci sângele eșit din canalele sale se revarsă în țesuturi și colectându-se constituie repede o *pungă sanguină* ca pe cõpse, spate, fesse, braț etc. Când însă această colecțiune nu se desvoltă în părțile moi, ci pe un plan osos ca tibia, atunci se numește *bosă sanguină*.

Dar pe lângă această colecțiune, putem constata și o infiltrație sanguină de o întindere variabilă ce va fi în raport cu unele legi fizice ca gravitatea, sau diferite mișcări și dispozițiuni anatomice a regiunii atinse.

I) *Punga și bosa sanguină*. Când epanșamentul nu e prea mare, sângele încetul cu încetul se pôte resorbi, iar basa să dispară după un timp câte o dată foarte lung (3 luni).

În cazul contrariu însă, sau când există și o plagă care să pue focarul traumatic în contact cu aerul, sau din pricina unei stări cachectice a individului, sângele nu mai dispare prin absorpțiune, ci prin eliminațiune, căci în aceste casuri, o inflamațiune vie se desvoltă mergând până la supurația focarului și constituie ast-fel un *abces sanguin* sau *hematic*.

Alte dăți, sângele nu este nici resorbit nici eliminat, ci rămâne izolat în țesuturi constituind ceia ce s'a numit de Broca *kist perigen hematic*. Și iată mecanismul: sângele exercită o iritațiune destul de pronunțată asupra țesuturilor ce'l înconjoră, și determină o proliferațiune activă de celule embrionare ce nu întârzie a fi copleșite de fașii de țesut conjunctiv, foarte sărac în vase și cu totul analog cu o cicatrice, prin urmare incapabil de a putea absorbi sângele conținut în *bosă* sau *pungă*.

Pe lângă acesta, sângele ast-fel închistat, se coagulază și depune pe păreții acestei membrane granulose niște depositate fibrinoase cu totul refractarii or-cărei absorpțiunii și cari vin de izolază și mai mult masa centrală sanguină de or-ce răția vasculară ce ar putea exista pe fața internă a membranei granulose, și cu modul acesta se asigură într'un mod perfect inchistarea sângelui colectat.

Acastă membrană conjunctivă pôte să dispară, iar sângele consecutiv să se resorbă. Mai adesea însă dânsa ia o desvoltare mai adultă

transformându-se în țesut fibros; și ast-fel prevădută de o vitalitate foarte obscură, să încrusteză de săruri calcare sau celule cartilaginose.

În fine, după cercetările lui Verneuil, acest invăliș accidental poate să crească și să se vascularizeze ca și niște cheloide cicatriciale și să fie punctul de plecare al unor emorații secundare; iar în alte cazuri mai curioase, să se transforme în adevărate neoplasme numite sarcome fuso-celulare, ceea-ce ar proba posibilitatea organizării sângelui în țesut patologic.

De alt-fel deja s'au descris de Trélat și elevii săi *tumori fibroase* provenite din vechi epanșamente sanguine.

II) *Bosa seroasă*. Aci, în loc de sânge, avem un epanșament de serositățe. Fenomenul acesta ce se observă pe lombe, cõpse, braț, pãreții abdominali etc. de și signalat de Velpeau, a fost însă studiat de Morel Lavallée. Compoziția acestui epanșament e foarte apropiată de serositățe sanguină: densă e limpede, cu reflecte albăstrii, iar câte o dată filantă și cu picături de grăsime ce plutesc la suprafață; unii au comparat'o cu sinovia.

După Lebert, Ch. Robin și Quevenne, acest lichid e compus din surum sanguin, globule roșii și albe, din picături de grăsime și materie colorantă a sângelui.

Mecanismul producțiunei acestei bõse serõse s'a esplicat în diferite feluri.

După Morel Lavallée lucrul s-ar petrece ast-fel: mai întâi corpul contondant în general trebuie să se aplice în mod oblic asupra organului prevădută de o forte aponevrosă. Atunci, pielea deslipindu-se și alunecând asupra părților mai profunde, rupe tramele celulare ce unesc tegumentele cu aponevroasa; de aci ambele aceste țesuturi se separă și constituie o cavitate reală. Dar în timpul acesta, vasele ce se duc la piele, înainte de a se rupe sunt foarte mult întinse și subțiate ca un tub de sticlă la foc, de unde rezultă un mic orificiũ în pãreții vasculari prin care nu poate să iasă, elemente solide ale sângelui de cât cu multă greutate sau chiar de loc; în schimb însă, partea sea seroasă are liberă trecere, și densă umplând cavitatea focarului determină *bosa* sau *punga seroasă*.

Grünfelt din Montpellier consideră aceste colecțiuni ca niște igrome acute ce se formeză în cavitățile subcutanate și pe cari densul le compară cu bursele serõse accidentale dar crescute în mod repede.

Alții ved în acest fenomen un empanșament sanguin ordinar, a cărui parte solidă însă, adică coagulul, s'ar fi resorbit repede neremânând de cât partea seroasă.

Astăđi se admite opiniunea lui Verneuil după care n'ar fi vorba

de cât de o adevărată limforagie subcutanată. Cercetările micrografice moderne considerând toate ochiurile țesutului conjunctiv drept niște lacune limfatice, vin în sprijinul acestei idei.

Aceste epansamente seroase ar avea tendința, după Morel Lavallée, să rămăe în stare de buzunare kistice permanente; după Verneuil însă, dênsele se pot resorbi și chiar să se inflameze.

Nicaise, într'un studiu recent publicat în „Revue de chirurgie“¹⁾, a arătat, bazat pe mai multe observații, că niște asemenea colecțiuni seroase, pot proveni nu numai în urma contuziunelor, dar chiar și în urma unor inflamații cari, în loc de a produce puroiul, dau naștere la aceste produse, constituind după dênsul **abcese seroase**.

Or-cum ar fi însă, pentru producerea unui asemenea epansament sau revărsare de serositate, se cer niște condițiuni speciale și anume: ca presiunea să se exercite în mod oblic și pe regiuni unde să existe planuri aponevrotice rezistente precum: fața posterioară a gambei, fața externă a cõpsei, pãretele abdominal, fesele, lombele etc. unde aponevrozele tari a acestor regiuni permit deslipirea pielii ce va fi urmată de o cavitate, unde serositatea se va putea acumula.

Mersul acestei bose seroase e foarte cronic, căci nu are aprõpe nici o tendință în a se resorbi, afară de un caș citat de Verneuil unde resorpția s'a efectuat după 48 ore.

Forgues a observat un epansament seros care în timp de 7 săptămâni n'a suferit absolut nici o schimbare apreciabilă.

În fine, Pelletan a așteptat în van disparițiunea unei asemenea tumorii două luni; iar Morel-Lavallée trei luni.

III) *Bosă gresosă lichidă*. A fost observată pentru prima oră de Gosselin pe partea externă a genuchiului unde, creșdend că are a face cu un epansament sanguin, a făcut o puncție și a extras un lichid pur unsuros. Broca, Terrier și alții au mai observat asemenea casuri.

Origina acestui epansament de sigur provine din sdrobirea țesutului adipos, ai căror lobuli gresoși fiind turțiți, striviți și exprimați, dau acestă materie gresosă lichidă ce umple cavitatea focarului traumatic. Dênsa mai pôte proveni și din scurgerea materiilor grase din măduva óselor, în casuri când contusia determină fracturi directe și multiple ale scheletului.

Credința lui Gosselin că acest lucru ar proveni din extravasațiunea principiilor grase ale sângelui și amestecată cu grăsimia țesutului celular, nu este admisă.

Simptome. În primul grad, simptomul principal, afară de un ușor

¹⁾ „Revue de chirurgie, 10 Iunie 1892“.

edem al țesutului celular și durerea, e *echimosa* caracterisată printr'o colorațiune mai întei négră, apoi albastră la periferie, după aceea galbenă, până dispare în mod progresiv minimum după 8 zile.

Colorațiunea négră a pielii în urma contuziunelor, devine mult mai pronunțată pe anumite organe cari în starea normală, sunt pro-
vădute de pigment precum e scrotul, penisul, pleopile etc.

Aceste diferite colorațiuni provine, după Billoth, din modifica-
țiunile chimice ce suferă materia colorantă a sângelui — hematina și aparițiunea hematoidinei.

Acéstă echimosă când se află pe o mucosă, de es. pe conjunctivă, nu este négră ci roșu deschis, din pricină că conjunctiva fiind fôrte subțire, permite încă schimburile gazose de a se efectua prin mucosa sea, și ast-fel sângele ematosându-se ia acea colóre roșie caracteristică.

Dênsa se numește *chemosis* din cauză că luând o desvoltare prea mare, astupă ochiul aprópe complect, așa că individul abia vede ca cum s'ar uita printr'o gaură (*chemosis. χήμωσις* din *χήμη* = gaură).

Acéstă echimosă ce apare în general în mod imediat, reproduce
mai tot-d'a-una forma corpului contondant și nu se póte determina pe cadavru; lucru fôrte important ca medicină legală.

Durerile în aceste contuziuni sunt mult mai mici ca în cele de gradul II ce se însoțesc de o umflare fôrte mare în punctul lovit, de o genă și amortélă în membru.

În al II-lea grad al contuziei avem ca simptome diferitele bose: *sanguină, serósă și uleiósă.*

1) *Bosa sanguină*, rezultat al ruperei unor vase de calibru mare, este môle și fluctuentă la început; mai tărđiú însă se înconjóră la periferie de un burelet fôrte tare provenind nu numai din coagularea sângelui conținut în pârteții buzunarului, dar și din indurația țesutului determinată de inflamația părților din jurul mesei sanguine. Or-cum ar fi, acéstă dispoziție a făcut pe unii să crédă la o afundătură de óse, mai ales în casuri de contuziuni ale capului.

Coagularea sângelui fiind totală ne dă un alt simptom numit *crepitațiune sanguină, amidonată saú de zăpadă* din cauza asemănării ce are cu strivirea acestor corpí când îi luăm în mână. Fenomenul rezultă din ruperea saú fragmentarea coagurilor sanguini formați în interiorul buzunarului, când și crepitația dispare.

Când aceste bose însă se produc în părțile profunde ale unui organ, atunci simptomele vor fi fôrte obscure și nu ne vom conduce de cât de un edem mai mult saú mai puțin mare, de o creștere de volum a organului, precum și de aparițiunea tardivă a unei echimose într'un punct mai depărtat.

II) *Bosa serósă* nu se produce imediat după contuzie ca cea sanguină, ci treptat și cu încetul, și nici o dată nu umple în mod perfect cavitatea focarului, așa că forma sa devine oblungă iar prin percusiune putem determina un fel de tremurătură foarte ușor de constatat. La periferie posedă și densa un burelet dar nu așa de mare ca în basa sanguină; căci densul e format numai de indurația inflamatorie iar nu și de coagulul sanguin; în plus însă e mult mai dureros. Acastă bosă de și serósă, mai nici o dată însă nu e transparentă.

III) *Bosa gresósă* mai că nu are simptome proprii, confundându-se deci cu acelea ale bosei sanguine.

Echimosă rezultă din ruperea micelor vase și este favorisată de laxitatea țesutului celular, așa că sângele se varsă imediat sub piele (se extravazăză) colorând'o. Dacă însă fenomenul se produce în țesutul celular sau sub aponevroze, sau țesuturi îndurate printr'o veche inflamație, atunci colorațiunea pielii se efectuează după 4, 5 și chiar 8 zile.

Sângele fiind silit pe de o parte a percurge calea indicată de aponevroze, tendone, tecă vasculo-nervoase etc. iar pe de alta a se supune legii de gravitate prin care tinde a se acumula în părțile declive, rezultă că densul de foarte multe ori nu apare chiar în punctul unde există focarul traumatic, ci în regiuni mult mai departe.

Velpeau este cel dintâi care a arătat importanța și foloșele practice a periginării acestor echimose, mai ales în fracturile bazei craniului și a maxilarului superior, cari mai tot-d'a-una se însoțesc de echimose pe farinx, limbă, vălul palatin, conjunctiva oculară etc.

Malgaigne de asemenea pune mare preț în diagnosticarea fracturilor peroneului, bazându-se pe echimosă din jurul maleolei externe.

Simptomele contuziunii de gradul III sunt acelea ale gangrenei, cu deosebire că aci mortificațiunea elementelor anatomice este foarte întinsă și se produce imediat, de orice densă e rezultatul direct al violenței iar nu al unei discrasii organice sau a unui proces inflamator. Se întâmplă însă că leziuni profunde să existe atât în părțile moi cât și în schelet: ca fracturi cominutive, cu totă aparența sănătoasă a tegumentelor cari nu se sfacelază de cât mai târziu, punând focarul traumatic în contact cu aerul, ceea ce expune viața bolnavului.

Cât privește simptomele contuziunilor de gradul al IV-lea, or-ce descriere locală e imposibilă, de orice accidente provenind din dărâmturi de pământ, ciocniri de vagon sau călcările de tren etc. zdrobirile sunt la maximum lor. Adesea oșe, mușchi, nervi, tendone etc. sunt reduse într'un fel de terciu conținute într'un sac de piele livid și rece.

În aceste cazuri șocul traumatic e în splendoră și oprindu-se adesea de la orice intervențiune.

De simptomele generale ne vom ocupa mai târziu; vom reaminti însă *icterul hematic traumatic*.

Profesorul Poncet de Lyon a arătat că în urma unor epanșamente mari de sânge, în timpul resorpțiunii acestui lichid, bolnavul poate fi coprins de o colorațiune sub icterică a conjunctivelor, a feței și chiar a nasului.

Se știe că sângele revărsat în țesuturi trece prin mai multe transformări, și la un moment dat devine galben. Ei bine, această materie galbenă răspândită în lamele țesutului celular, poate fi resorbită de limfatice și să producă un adevărat icter.

Poncet a observat un cas demonstrativ în care, în urma unui epanșament sanguin al membrului inferior, ganglionii crurali erau manifest colorați în galben; și această materie colorantă a găsit-o și în urină.

Iarăși în urma contuziilor s'a observat tromboze și embolii venoase, accidente studiate de Azam din Bordeaux 1865. Aceste tromboze se observă mai des în casuri de fracturi; totuși s'a constatat chiar și în contusia părților moi. Ast-fel în contusia cotului venele devin dureroase și tari; fricțiunii făcute în acest moment determină o morțe subită a bolnavului. În urma unei contuziuni repetate în axilă prin întrebuintarea îndelungată a cârjelor, s'a produs iarăși trombosă venoasă și embolie. În fine, Verneuil a arătat trombosa venei femorale stângi, în urma contuziei membrului inferior, lucru de care am mai vorbit cu ocazia fenomenelor la distanță în traumatism.

Diagnosticul în general e ușor basându-ne pe comemorative și în afară de chestiuni de medicină legală. Singurul lucru important este felul conținutului boselor din contuziile de gradul II, care însă ne este facilitat de simptome, mers și prevenirea cu ce putem avea a face.

O puncție exploratrice ne poate permite une-orî a ne ridica or-ce îndoială.

Pronosticul variază după gradul contuziei și organul afectat, nefind nici o relație între o contuzie a viscerelor cu aceia a tegumentelor. Mai variază încă și de starea diatesică a individului, lucru rămas cu totul demonstrat din lecțiunile precedente.

Am văzut în adevăr cum ulcerile varicoase pot lua naștere dintr'o simplă contuzie sau escoriație; cum alcoolicii, diabeticii, sifiliticii etc. nu așteptă de cât o asemenea ocazie pentru a ne desfășura cele mai îngrozitoare fenomene.

Iarăși pronosticul contuziilor de gr. I depinde nu atât de întinderea echimosei cât de punctul lovit: o echimosă întinsă a feselor e

mai inocentă ca o lovitură mică pe crésta tibiei unde nici nu constatăm echimosă.

Tratamentul. În regulă generală constă în repaus și în indicațiunii speciale fie-cărui organ și diatezei sub care se află rănitul.

Este un obicei care a trecut aproape ca drept tratament clasic, anume de a se aplica pe partea contusionată compresii reci fie de apă simplă sau apă de Goulard, fie arnica etc. Noi însă combatem acest sistem și cu drept cuvânt, mai ales când e vorba de bose sanguine, căci aci, compresiunea fiind deja destul de mare, prin refrigerente împingem circulația periferică către centru, și ast-fel lucrând în sens invers cu tendințele naturei, contribuim la aparițiunea sfacelului, căci în loc de a favorisa rechemarea sângelui, noi prin frig îl împingem și cu modul acesta anemiem și mai mult tegumentele deja compromise în nutrițiunea lor. Suntem deci de aceeași opinie cu profesorul Verneuil și recomandăm un pansament cu vată și ușor compresiv care, prin căldura și compresiunea ce exercită, favorisează resorpția bosesi sanguine.

Iar când acesta nu reușește, atunci în loc de puncție recomandată de Voillmier sau secțiunea cutanată, preferim incisia antiseptică a pungei care făcută în condițiunii moderne, ne dă cele mai bune rezultate putând scóte coagolii și obține chiar reunirea imediată a pungei golite.

Dar pe lângă acestea, mai sunt și alte indicațiunii precum de exemplu: deschideri de vase mari, fracturi de óse simple sau complicate, producțiunii de anevrisme false primitive, sdobirii întinse însoțite de șoc etc. etc. Ei bine, contra tuturilor acestor eventualități vom lucra în consecință oprind emoragia, aplicând bandage speciale fracturelor, deschidând sacul anevrismal spre a lega capetele arterei distate, vom face în fine chiar și amputația primitivă dacă condițiile în care se găsește bolnavul ne va permite această intervențiune, lucru ce de alt-fel îl vom discuta când vom vorbi de șocul traumatic.

În așteptare însă vom combate durerile prin narcotice ridicând în acelaș timp și forțele slăbite ale bolnavului prin medicamente apropiate și în raport cu starea diatesică sub care rănitul se găsește.

CHESTIONAR

Contusiuni. Definiție. Instrumente bónte după Litré și Robin. Modul cum trebuie să lucreze. Deosebirea între contusie și compresie.

Punctul de sprijin. Legile lui Velpeau. Consecințe. Contuzie cronică.
Divisiunea lui Dupuytren, a lui Boyer și cea modernă.

Bosă sanguină. Diferite evoluțiuni. Verneuil, Trelat etc.

Bosa seroasă. Caractere. Teoria lui Morel Lavallée; Grunfelt și Verneuil. Abcese seroase (Nicaise). -

Bosă gresosă lichidă. Istoric. Mecanism.

Simptome. Echimosa. Diferite colorațiuni, caractere, consecințe practice și de medicină legală.

Deosebirea între echimosă și chemosis.

Simptomele boselor, proprii fiecăria din ele.

Gangrena traumatică și cea diatesică.

Icter hematic traumatic. Caractere, mecanism.

Trombose și emboliile venoase.

Diagnosticul special fie-cărui grad.

Pronosticul foarte variabil fiind în legătură cu diatezele.

Tratamentul local și general.

PLĂGI PRIN INSTRUMENTE TĂETOARE

Lecția XXXIV.

Domnilor,

Plăgile, numite și *tăeturi*, sunt soluțiuni de continuitate produse de corpi în formă de lamă ascuțită. Instrumentele tăioase produc leziuni prin apăsare și alunecare. Aceste plăgi de ordinar oblungi au marginile depărtate către centru, iar extremitățile sunt reunite în unghi ascuțit.

Instrumentele or-cât de fine și ascuțite ar fi, ele divid țesuturile prin mișcări de ducere și întorcere producând contuziuni întocmai ca și un ferestreu, lucru ce se poate demonstra privind cu o lupță când vom vedea marginile soluțiunei de continuitate posedând mici deneluri.

Aceste plăgi se numesc *superficiale* dacă nu interesază de cât pielea; iar *profunde* când împreună cu tegumentele se găsesc secționate și țesutul celular precum și cele alte straturi subjacente. *Neperetrante* și *penetrante*, după cum deschid sau nu unele cavități.

După direcția lor, plăgile se împart în *longitudinale*, *transversale* și *oblice*.

Simptome. Acestea sunt aceleași pe cari le-am studiat la traumatisme în general, adică fenomenele primitive locale ca durerea, depărtarea buzelor plăgei și emoragia, precum și altele asupra cărora nu ne vom mai opri, afară de fenomenele secundare locale.

Și aci partea cea mai principală este reunirea plăgilor prin *prima* și *a doua intenție*.

Se numește reunire *per primam* când lipirea buzelor plăgei se face repede și fără producțiunea celei mai mici picături de puroiu. Acest fenomen pentru a reuși, se cere ca: a) marginile plăgei să fie neted secționat; b) ca între buzele sale să nu existe nici un corp străin precum nici un coagul sanguin care, neputându-se organiza, ar juca acelaș rol ca și corpul străin; c) ca marginile cu totul ase-

tice să fie perfect afrontate și fie-care țesut că se conrespundă; *d*) ca marginile să fie bine irigate de sânge și suficient inervate, cu alte cuvinte să fie provădute de viață; și în acest scop suturile trebuiesc astfel făcute, pentru a nu produce strangulațiunii și întreruperi a principiului vieții; *e*) în fine, ca mărginile plăgei să nu fie prea depărtate între ele, pentru ca adaptarea să nu se facă în mod silit și imperfect.

Cu toate că sângele și fluxul nervos par a fi condițiunea *sine qua non* a principiului vieții, totuși sunt cazuri în cari porțiuni de organe lipsite de acești factori continuă a trăi, și proba e că dênsele puse în contact cu altă parte vie, se reunesc perfect prin prima intenție.

Faptul părea atât de straniu în cât, când Garangeot, în 1724, publică niște asemenea observațiuni, n'a fost cređut de nimeni, luându-se drept minciună cele spuse de dênsul.

Astă-đi însă lucrul este în afară de orice îndoială, de óre-ce este demonstrat că vârfuri de nas, pulpe de degete, porțiuni de urechi etc. tăiate și deslipite de corp, și lipsite prin urmare de circulație și inervație, aș putut fi rePLICATE și cusute în locul primitiv de inserție, și reunirea imediată a reușit în modul cel mai perfect.

Primul autor care a probat acest adevăr pe calea experimentală este Duhamel, în 1746. Dênsul a tăiat pinteni de la cocoș și 'i-a transplantat pe cresta aceluiași animal provădut prealabil de o plagă. Resultatul a fost că mai la toate aceste animale pintenul astfel transplantat, a prins rădăcină, s'a dezvoltat și a dobândit chiar o dimensiune mult mai mare de cât aceia pe care o avea în locul natural.

Hunter a repetat aceleași experiențe dar modificate. Dênsul a găsit mai înteiú că pintenul cocoșului creștea mult mai repede când se implanta în creastă de cât în picior. Apoi, că pintenul unui cocoș transplantat pe o găină se prindea și se dezvoltă mult mai încet de cât pintenul unei găini pus pe un cocoș; de unde dênsul a conchis la o putere vitală mai superióră a cocoșului ca aceia a găinei.

Impresionat de această putere plastică a crestei galinaceelor, Hunter făcu o experiență mult mai curiosă și a nume: Scóse un dinte de la un om și repede îl implantéză pe cresta unui cocoș unde se și prinde. După câte-va luni tae animalul, îi injectéză vasele, ramolește dintele cu acid nitric și constată în interiorul său vase injectate ce comunicaú cu acelea ale crestei animalului. Acelaș rezultat a obținut grefând o aripă de sticlete precum și vârful unei códe de pisică.

Dieffenbach a arătat că și însuși părul póte fi transplantat și să prindă rădăcină într'o regiune óre-care a corpului.

Și în compendium de chirurgie găsim citat că un autor Wisemann, transplantându'și în pielea brațului o pană smulsă din capul unei găini,

s'a grefat în mod perfect și a simțit o durere și o mică scurgere de sânge smulgând această pană după o lună de zile.

Și mai mult: Hunter introduse testiculul unui cocoș în abdomenul unei găini și se obține o reunire intimă între peritoneu și acest organ. Și pentru a nu se dice că acesta e rezultatul unei simple aderențe inflamatorii, s'a făcut injecțiuni și s'a constatat existența comunicațiunii vaselor de la un organ la altul; de alt-fel testiculul 'și-a păstrat volumul său natural.

Cat pentru grefarea dinților căduți sau scoși și reaplicați în alveole, acesta iarăși este un efect vital bazat pe comunicarea vaselor, iar nici de cum rezultatul retractării alveolei unde s'ar aplica și fixa dintele, precum aș căutat unii să stabilească.

În compendium mai găsim următorul fapt: Un Rus, primind pe cap o lovitură de sabie, i se ridică o mare porțiune din craniu; un chirurg ia repede o porțiune asemenea din bolta cranienă a unui câine viu și o aplică pe rănitul său în locul pierderii de substanță, și rezultatul a fost o reușită complectă. Ba încă se dice că acest nenorocit oficer, denunțat ca sacrilegiu, fu excomunicat și nu a putut să intre în biserică până ce nu i s'a ridicat acea parte animală ce fusese prinsă pe craniul său!?...

Tôte aceste experiențe de grefe aș fost reluate și verificate de P. Bert cu acelaș rezultat satisfăcător, așa că astă-zi lucrul e cu de-săvârșire probat până la evidență.

Hoffacker, medicul duelurilor în Germania, a cusut nasuri după o oră și mai bine cu deplin succes.

Din parte-mi am aplicat un vârful de nas smuls cu dinții într'un accident de beție (veđi tabloul No. 45) la o femeie, dar după 12 ore. Acest lamboș a rămas lipit chiar după ce am ridicat punctele de sutură, însă după 8 zile lamboșul a căduț retractat și sfacelat.

Un alt cas tot de nereușită este al individului Mirea Bucur, care a venit după o oră de la accident în serviciul meu. Densul fiind cărnățuș a lovit calul (épă) iar acesta l-a apucat cu dinții și i-a rupt o mare parte din buza inferiôră ($2\frac{1}{2}$ c. m.), Individul, după cum dișei, a venit cu bucata de carne în mână.

Cu tôte că acest lamboș era murdar și cu marginele foarte neregulate, totuși desinfectându'l l'am cusut la loc, puind vre-o 10 puncte de sutură. Imediat însă s'a vëduț că n-are să reușescă căci devenise palid vënăt. Am pus mereu comprese calde cu acid boric dar în zadar, căci lamboșul nu s'a prins, cădënd în sfacel după 48 ore. Și aci iarăși lamboșul de și sfacelat, totuși încă a stat în loc 5 zile cu tôte că nu era ținut de nici o sutură căci după 3 zile le ridicasem.

Socotesc deci că asemenea reuniri nu pot reuși de cât în plăgile prin instrument tăetor.

N'a fost tot ast-fel cu un domn grefier Mihăescu care strivindu'și degetul indicator stâng între două pietre mari, ultima falangă era aprópe cu desevérșire deslipită căci nu se ținea de cât prin o fășie de piele de 2—3 m. m. Nu'í am făcut amputația ci am reaplicat vârful degetului prin mai multe puncte de sutură. Și cu tóte că osul era rupt în eschile, totuși reunirea per primam s'a obținut cu cel mai deplin succes, căci ađi sunt trei luni de la accident și pacientul își conservă degetul sėu.

Georges Martin a arătat că grefe tăiate pe piele, pot trăi chiar patru zile la o temperatură de zero. În fine, metoda lui Reverdin de grefe epidermice, dermo-epidermice saú cutanate or dermice pure de Ollier; transplantatiunii și grefele dentare practicate în mod curent de Magitot și David nu sunt basate de cât pe acest principiu.

Care este mecanismul unei asemenea reuniri? În mod pozitiv nu se știe; este însă sigur că fenomenul se produce în celule, de óre-ce vase și nervi nu mai există.

Se presupune deci că celulele au proprietatea de a înmagasina în ele materialuri nutritive și că viața țesutului e asigurată pe cât timp celulele posed încă aceste materialuri nutritive.

În momentul deslipirei deci a unui țesut, aceste substanțe nu se scurg ca sângele din vase, ci rămân fixate în spațiurile interfasciculare.

Și ast-fel fiind, această mică rezervă or-cât de minimă ar fi, totuși e suficientă pentru a întreține viața pentru cât-va timp. Și acesta e cu atât mai adevărat cu cât fiziologia a demonstrat că un organ are trebuința de mult mai multe principii nutritive când e vorba să se desvolte, pe când din contra se mulțumește cu forțe puțin când nu e vorba de cât pentru a se hrăni, precum e cazul în grefe.

Terrier se exprimă ast-fel: E probabil, ȓice densusl, că în momentul când o parte din țesuturile vii este separată de restul corpului, mórtea nu vine imediat ci vitalitatea mai persistă și deci elementele au o reacțiune ca și în țesuturile vii.

Deci vom avea: o zonă stupefiată și o zonă iritată ca în or-ce focar traumatic; și în această zonă iritată se produce o neoformațiune embrionară care întreține viața lamboului ridicat.

Daca dar facem reaplicarea, aceste elemente anatomice embrionare pot să se reunescă cu aceleași elemente din plaga unde s'a făcut sutura. Daca la acest fenomen vin de se adaogă vase neoformate carí

să stabilească comunicațiunii noi, circulația este asigurată iar reunirea câștigată.

Opiniunea lui Reverdin cu proliferația celulară, nu este mai de nimeni admisă.

Pentru unele părți ca: degete, nas, etc., reparațiunea nu atinge punctul de perfecție de cât când nervii s'au reprodus în țesuturile secționare, și ca probă e disparițiunea insensibilității și a predispozițiunei la degerături și a diferitelor turburări trofice o dată cu regenerarea nervilor.

Acum să vedem fenomenele microscopice ce se produc în reunirea prin prima intenție. Aci voi face o recapitulare din cele ce deja am scris în lucrările laboratorului de clinică chirurgicală al d-lui dr. Asaky¹).

Trei sunt elementele ce contribuie la efectuarea acestui produs numit de Küss—flogon; de Bilroth—țesut celular primitiv; iar de Virchow—granulom și anume: *celule embrionare, vase și o substanță fundamentală cu un aspect môle gelatiniform.*

Intre buzele plăgei, apare mai întâi substanța fundamentală care nu e de cât limfa plastică eșită prin transudațiune din vasele sanguine, și al cărui scop este de a lega între dênsele celulele embrionare și vasele.

Celulele embrionare numite ast-fel de Huxley, din cauză că embrionul uman la început nu e format de cât din ele, sunt cele dintâi cari apar și se forméză în limfa plastică. Origina lor e și astăđi desbătută. Ast-fel, pe când unii le consideră ca provenind din celulele pre-existente organismului dar modificate, Virchow susține că numai țesutul celular le pôte da naștere, iar Robin că s'ar desvolta în mod spontanat în mijlocul unui blastem amorf.

Maî probabilă pare a fi ideia lui Conheim care le consideră ca niște leucocite sau globule albe eșite din vase prin diapedeză. Or-cum ar fi, să vedem cum dênsele ajung să formeze acest țesut nou prin care buzele plăgei se reunesc prin prima intenție.

Imediat ce aceste celule embrionare apar în mijlocul limfei plastice dênsele încep a se desvolta în mod destul de considerabil—acest lichid fiind foarte propriu pentru creșterea lor. Ele decî cresc și se înmulțesc foarte mult, când încep a se deforma, a deveni mai angulose, a se lungi puțin câte puțin devenind fusiforme și finesc a se uni unele cu altele prin ore-cari prelungiri formând ast-fel o adevărată răția de celule plasmatice

¹) Veđi Laboratorul de clinică chirurgicală al d-lui prof. Assaky, vol. II, pag. 15 anul 1888.

și ne mai lăsând între ele decât niște spațuri microscopice unde găsim substanța intercelulară, adică limfa plastică care le lipește între ele pentru a constitui țesutul de nouă formație. Dar pentru a ajunge la un rezultat definitiv, mai este trebuință de vase.

În privința acésta, sunt mai multe teorii.

I) *Formațiunea autohtonă* a vaselor susținută de Hunter, Vogel, Schwann și Rindfleisch. În momentul când mai tótă limfa plastică este copleșită de o masă de celule vii, de o dată apare un curent microscopic de celule puțin deosebite de cele dintâi și își crează o cale prin cea altă mulțime de celule preexistente cari se înghesuesc unele în altele formând un fel de zid acestui nou curent. De aci rezultă un tub, un adevărat canal care, după o distanță mică, se recurbéază luând forma unui cârlig. Acești tubi se lungesc și devin așa de numeroși în cât constatăm miliarde de aceste filamente delicate ce străbat întréga masă de celule. Dénșii nu întêrzie a se umple de globule roșii născute chiar din însuși plasma, și se pun în urmă în comunicație cu vasele sanguine vecine și ast-fel sângele începe a circula prin ei, deveniți acum vase de nouă formațiune.

II) *Teorie* reprezentată de Prévost din Geneva, Lebert, Kölliker și Meyer susține că aceste vase noi provin din vasele preexistente și se face după două tipuri: sau că ansa capilară se mărește și presintă ast-fel o curbă mai mare, mai parabolică; sau prin producerea unui burgeon cărnos ce se termină printr'un vârf rotund. Acéstă ridicătură crește iar vârful dă o prelungire flamentosă.

Tóte aceste ridicături în formă de deget de mănuse se înmulțesc și strebat din ce în ce mai mult în noul țesut; se îmbucă cu capilarele vecine anastomosându-se cu ele în diferite sensuri și ast-fel circulația se stabilește în mod definitiv.

III) *Teoria lui Rouget sau, teoria angioblastică*, după care aceste vase nasc d'a dreptul din celule. Acéstă teorie e sprijinită de cercetările lui Lubimof care examinând encefalul indivișilor morți de paralisie generală progresivă a găsit celule stelate conținând globule roșii de sânge.

Billroth și His au găsit în neoplasiile inflamatorii și în keratite celule mari voluminoase aderente de vase, provédute de un canal și conținând globule roșii.

IV) *Teoria lui Ziegler, Halopeau și Conheim*. Vasele noi provin din globulele albe ale sângelui cari sunt celulele angioblastice ale lui Rouget.

Dar cum ajung ele să constituie canale? Prin îmbucare reciprocă una pe alta, grație proprietăței ce au de a absorbi substanțele cari

le înconjură până și pe microbi! (Metschnicof). Dânsese apoi mai având și facultatea de a se lungi, dilata și perfora, constitue canale capabile de a fi străbătute de curentul sanguin, anastomosându-se cu ele în diferite sensuri.

Acesta e mecanismul intim al reunirei plăgilor prin prima intenție din care rezultă un produs nou numit *cicatriță* și asupra căria vom reveni.

Când dintr'o cauză ôre-care fenomenele acestea microscopice sunt turburate, atunci reunirea prin prima intenție nu reușește, iar cicatrizarea se face prin intervențiunea unui alt agent numit puroi și când reunirea e zisă prin *a II-a intenție mediata saŭ secundară*, și al cărui mecanism constă într'o eșire exagerată de leucocite din vase prin diapedeză.

Resultatul final este acelaș, căci după ce plaga se curăță de țesuturile sfacelate, se produce pe suprafața plăgei un strat de burgeoni cărnosi numit membrană granulôsă saŭ piogenică a lui Delpech și care cu timpul, cu cât vasele de nouă formație se dezvoltă și se pun în comunicație cu cele existente, cu atât puroiul se micșorează iar plaga începe să se închidă până se acoperă de cicatriță, fenomen ce ni se anunță prin aparițiunea unui strat albăstrui la periferia plăgei, numit *cuticula epidermică*.

Când supurația e îndelungată iar cicatricea foarte întinsă se ȳice că avem o reunire prin *a III-a intenție!* iar după unii chiar prin a IV-a intenție când supurația e foarte prelungită iar cicatricea ce rezultă de o întindere colosală și diformă.

Reunire secundară prin prima intenție saŭ reunire imediata secundară este atunci când lipim două suprafețe deja burgeonate, (înmugurate) două suprafețe granulose. Deosebirea între reunirea prin prima intenție și acesta, e că aci, după ce am preparat materialurile și am trecut prin periôda de supurație, atunci am efectuat afrontarea părților, iar nu în momentul accidentului.

Reunirea saŭ cicatrizațiunea *sub crustacee*, observată deja de Hunter, constă în aceea că vindecarea plăgei se face dedesubtul unui strat gros numit crustă. Am arătat deja la studiul pansamentelor cum Bouisson din Montpellier a căutat să facă din acesta o metódă de tratament instituind ventilațiunea plăgilor pentru a determina o crustă prin uscarea puroiului, ce trebuie să nu fie însă în prea mare cantitate și sub care să se pótă dezvolta burgeoni cărnosi.

Fenomenul acesta îl observăm mai ales în aplicarea pastelor arsenicale cari, determinând o eschară destul de grósă, odată cu eliminarea sea tardivă, constatăm că cicatrizarea e deja formată. Decî în

cicatrizarea sub-crustacee avem tot o reunire prin a doua intenție dar cu un minimum de supurație.

Pe lângă acestea mai avem încă un mod de cicatrizațiune numită de Gosselin *cicatrizațiune intermediară* iar de Richet *cicatrizare prin desicațiune*. Dênsa constă în aceia că plaga e mai mult uscată, nu posedă burgeoni cărnoși, nu există o supurație francă și nici producerea unei cruste de invăliși. Cu alte cuvinte, plaga se curăță și se cicatrizează fără intervențiunea burgeonilor cărnoși sau a puroiului, cu tot aspectul său cel roșu. Cu toate acestea plaga nu este cu desăvârșire uscată, căci posedă o mică serositate și în care microscopul arată prezența de leucocite, ceea ce probază că și aci iarăși e vorba de o cicatrizare prin a II-a intenție dar cu un minimum și mai accentuat de burgionare și supurație. De aci rezultă și faptul că plaga fiind foarte săracă în muguri cărnoși și incapabilă de a umple pierderea de substanță, dênsa va rămâne găunოსă, escavată, având marginile mai ridicate iar pe fundul său o mulțime de inegalități, și ast-fel fiind, cicatricea va fi subțire, diformă și deprimată aplicându-se și fixându-se pe părțile subjacente. Acesta se observă mai ales pe plăgile capului, pe tibia și bonturii de amputație, unde niște asemenea cicatrice sunt foarte periculoase fiind vecinic supuse la ulceratiuni.

Diagnosticul în general e foarte ușor și vom avea în vedere organul lezat; vom cerceta dacă plaga e simplă sau complicată de deschiderea unei cavități sau atingere de organe importante. Dar acesta nu se poate face de cât când vom studia boala fie-cărui organ.

Pronosticul e acelaș ca în or-ce traumatism în general.

Tratamentul local va fi: antisepsia și căutarea de a reuni per primam or-ce plagă și a lupta contra supurației. Cel general se va adresa la combaterea diatezelor și susținerea forțelor bolnavului.

CHESTIONAR

Plagi prin instrument tăetor. Caractere. Divisiune. Reunire per primam. Condițiuni. Reunirea lambourilor deslipite. Istorice. Esperiențele lui Duhamel, Hunter, Dieffenbach, Magitot, P. Bert. Teoria. G. Martin. Terrier.

Fenomenele microscopice în reunirea per primam. Celule embrionare, evoluția; vasele, diferite terrii: autohtonă; din vase preexistente; angioblastică; din leucocite. Autorii fie-cării din ele.

Reunire prin a II-a intenție. Cause. Caractere. Reunire sub-crustacee; cicatrizare prin desicațiune, consecințe.

PLĂGI PRIN INSTRUMENT ÎNȚEPĂTOR

Lecția XXXV.

Domnilor,

Acestea sunt pôte cele mai inocente din tôte plăgile. Tipul lor ni'l oferă instrumentele cu totul ascuțite și subțiri, precum este un ac. In cazul acesta, plaga nu oferă absolut nici o gravitate și nici o complicație, căci leziunea constând într'o simplă depărtare a țesutului unui organ, plaga imediat dispăre de o dată cu retragerea instrumentului, din pricină că tôte țesuturile revin în starea normală. Decî nici *durere, nici emoragie, nici depărtare a buzelor plăgei*. Singura complicație este ruperea vârfului instrumentului ce pôte fi punctul de plecare al unui proces inflamator simplu sau septic.

Și probă de benignitatea acestor leziuni este că mai în fie-care și vedem practicându se plăgi prin înțepătură, fie cu siringa lui Pravaz, sau aparatul lui Potain or chiar cu un trocar ordinar și cu tôte acestea daca instrumentele au fost bine aseptisate, plăgile determinate se vindecă cu cea mai mare înlesnire.

Un singur lucru vë recomand: ca nici o dată înțepătura (cu Pravaz) să nu o faceți pe fața dorsală a antebrațului, căci am vădut trei casuri de dureri atroce însoțite chiar de paralisia extensorilor (în special a degetului indicator și mediu) probabil prin înțepătura unor ramuri (externă) a nervului radial.

Sunt însă diferiți alți corpi înțepători dar de un volum mai mare și cari vor produce și plăgi mai profunde și mai seriose precum: baionete, sule, trocare, florete, săgeți, țândări de os, furcă de fer, sticlă, mărăcină etc. dând naștere la plăgi cu aspect deosebit și în raport cu forma instrumentului, ceia-ce este de un mare interes în medicina legală.

Aci focarul traumatic va fi destul de însemnat și va avea acesta de caracteristică că vârful său care e în mijlocul țesuturilor va fi însoțit și de un alt focar secundar, mai ales când instrumentul pe lângă înțepător e și tăios pe o margine, sau cu asperități. Restul studiului

acestor plăgi nu are nimic de particular în afară de cele studiate la traumatisme în general.

Pronosticul deci este foarte favorabil, afară bine înțeles de complicații. De aceia vom avea în vedere adâncimea plăgei, forma instrumentului precum și marginile sale, căci de aci va depinde leziunea vaselor precum și determinarea focarelor secundare ce întârzie în mod colosal vindecarea.

Am avut în serviciul meu un măcelar care a fost rănit de o țepușe, în care se atârână carnea, producându'i o plagă pe fața posterioară a cõpsei având o adâncime de 10 c.m.; și din cauza focarelor secundare ce o însoția a trebuit mai mult ca două luni până să se vindece traectele fistuloase ce rezultase. Pronosticul iarăși depinde după cum plaga e penetrantă sau nu; după cum e simplă sau complicată etc. etc.

Tratamentul va fi mai mult expectativ mărginindu-ne în pansamente antiseplice. Nu vom întreprinde scõtarea corpului strein precum și or-ce exploarație de cât în anumite casuri știut fiind că aceste corpuri sunt foarte mult tolerate de organism. S'a observat lucruri curioase cum ace—însă fără gămălie—intrate în piele, au călătorit regiuni întinse și au eșit după un timp îndelungat în puncte foarte depărtate: de la mână la gât; de la spate la picior etc. Și ce e și mai curios s'a observat că ace intrate în pãretele abdominal a străbătut în cavitatea peritoneală, a străpuns intestinele și a eșit prin anus cu materiile fecale! Și mai ales la paseri lucrul acesta nu e rar de loc.

Plăgi otrăvitoare. Sunt caracterisate prin introducerea în țesuturile noastre a unei substanțe toxice producând o intoxicație generală a organismului, plaga ne jucând prin ea însăși de cât o importanță cu totul secundară.

După Collin, otrava introdusă în rană se divide în 3 părți: una ce se amestecă cu elementele anatomice mortificate precum și cu lichidele de cari sunt impregnate; alta ce se răspândește prin difuziune în țesutul celular vecin conservându'și proprietatea toxică, iar alta care strebate direct în sistemul vascular sau limfatic. De aci și gravități de diferite ordine.

Vom studia în acest capitol:

- I) Plăgi otrăvite propriu zise;
- II) Plăgi înveninate;
- III) Plăgi virulente.

1) *Plăgi otrăvite.* Sunt rari la noi, întâlnindu-se mai mult la poporele sălbatice cari își impregnază săgețile cu diferite otrăvuri și în special cu *curara*. Când otrava nu e caustică se absorbte imediat, iar

în cazul contrariu determină și o escarificare a plăgei care, mortificându-se, se elimină prin fenomene inflamatorii. Aci avem: sublimatul corosiv, nitrat acid de mercur, preparațiunii arsenicale, acidul osmic, acidul fenic, etc. Cea mai importantă din aceste plăgi este *înțepătura anatomică* produsă prin strebaterea în organism a unui principiu septic, de origină animală, provenit fie din putrefacția cadavrelor, fie prin descompunerea țesuturilor pe omul viu, sau din resturi de animale pe cari lucrătorii sunt obligați a le mania: tăbăcari, cismari, pielari.

Înțepătura anatomică rezultă din strebaterea în țesuturi a principiilor de materii putrede în timpul disecțiilor, autopsiilor sau unor pansamente.

Dênsa ne oferă trei ordine de simptome:

I) Ca manifestare pur locală cu mers cronic, constituind *tuberculul anatomic* ce ni se prezintă ca o mică nodosită ridicată, semănând cu un neg sau papilom al feței dorsale a degetelor, pumnului etc. Cornil și Ranvier a găsit micrococi, diplococi și șenete (lanțuri), pe când Verneuil, Besnier și Vidal susțin că e de natură tuberculoasă cu bacilul lui Koch.

Acest tubercul începe prin o pustulă care după ce crapă se exulcerază, se acopere de o crustă epidermică, grămești de celule cornate se adaogă, papilele se hipertrofiază, țesuturile se indurează și tuberculul e constituit. Dênsul nu provocă nici o durere, rămâne staționar și poate chiar să dispară, mai ales dacă se evită o nouă inoculație.

II) *Accidente acute locale* de natură inflamatorie: limfangite măr-ginite în jurul unghiei, începând ca un turniol; onixis și chiar panaritiu. Alte dăți apar limfangite întinse, erisipel, flegmon difus cu mers acut, adenite supurate etc.

III) *Infecție generală subită* fără reacție în nivelul înțepăturii: cefalalgie intensă, opresiune, diaree colicativă, delir, înmuerea cordului și morțe repede.

Pronosticul e foarte serios căci mai toți autopsierii de la amfitétru mor tuberculoși. Se dice că însuși Laë nec a murit de tuberculoasă după 20 ani de la căpătarea unui tubercul anatomic.

Singurul tratament constă în evitarea cauzelor, în mijloce anti-septice și cauterizațiunii cu ferul roșu.

II) *Plăgi înveninate* provin din mușcături de șerpă, vipere, albine, purici, țânțari, păduchi de lemn etc. Simptomele depind de cantitatea otrăvei introdusă și de animal care dacă n'a mușcat de mult, veninul e mai periculos; de asemenea și când se găsește în perioada de copulație. Copii resistă mai puțin ca adulții și bătrânii. Avem o intoxicație acută

și una cronică când individul treptat se slăbește, se deteriorază până moare. Fenomenele generale sunt acelea ale or-cărei intoxicații.

Tratament : Legături d'asupra plăgei, sucțiunii, spălături și debridări.

III) *Plăgi virulente*. Aci intră, după Pasteur, toate bólele provocate din strebaterea în organism a unui ferment numit *virus* care e o ființă microscopică, parazit, microb etc.

În această clasă intră: turbarea, morva, siflisul, cărbunele, pustula malignă, tuberculoza, erisipelul, tetanos și toate septicemiile asupra cărora vom reveni.

Despre plăgi contuse.

Sunt leziuni traumatice prin corpuri contondante, producând o soluție de continuitate a tegumentelor. În această clasă intră: plăgi contuse propriu zise, prin mușcătură, smulgere și armă de foc.

Plăgile contuse pot fi superficiale sau profunde, limitate sau întinse, după volumul și viteza corpului contondant. Caracteristica lor este că focarul traumatic, pe lângă că e mult mai larg și mai difuz, conține o foarte mare cantitate de țesuturi mortificate—zona stupefiată și iritată fiind înlocuite prin sfacel—amestecate cu cele mai variate corpuri streine ca: sânge, serositate, grăsimi, părți din veșminte etc. Păreții focarului suferă deslipiri întinse, de unde anfractuosități și diverticule, iar marginile plăgei sunt neregulate, rupte etc.

Din cauza inegalei rezistențe a țesuturilor, un mușchiu, o aponevroasă, un os sunt mai fragile în unele puncte de cât în altele, așa că ruperea se va face nu în punctul de aplicare a corpului contondant ci la o distanța mult mai mare; de aci alte focare traumatice închise în jurul său la distanțe depărtate de plaga contusă or focarul deschis. Es. o plagă contusă a capului însoțită de o fractură a óselor bazei craniului.

Toți acești factori fac plăgile contuse incapabile de a se reuni per primam și sunt punctul de plecare a tuturor complicațiilor posibile.

Se întâmplă ca plăgile contuse să fie produse de dinăuntru în afară. În aceste cazuri speciale dênsele se apropie întru cât-va de cele prin instrument tăetor, precum în momentul unei căderi pe bărbie, arcada sprincenosă, crésta tibiei etc. unde aceste óse prin partea lor tăiosă imprimă caractere speciale.

Simptomatologia variază după întinderea leziunii. În special plăgile superficiale sunt mai dureroase din cauza strivirei și secțiunii in-

complete a firelor nervoase; pe când din contra, dacă traumatismul e mare și a lucrat repede, se poate provoca plăgi vaste fără cea mai mică durere așa că răniții nici nu au cunoștință de leziune, atrăgându-li-se atenția prin o scurgere de sânge, sau când ce desbracă de vest-minte precum se întâmplă cu plăgile produse prin acțiunea mașinelor. Această lipsă de durere mai provine și din cauza unei *stupori locale*.

Emoragia de asemenea e puțin considerabilă, fie că în urma unei traume tunica medie a arterelor se rupe iar cea externă se subțiază, se turtește și se sdrobește formând ast-fel un fel de dop, un obstacol la scurgerea sângelui și asigură deci emostasa primitivă; fie că rănitul e coprins de *șocul traumatic* în urma căruia forța mișcărilor cordului micșorându-se, tensiunea arterială scade și de aci o emostasă pasivă.

Tot în fenomenele primitive locale, plăgile contuse se pot însoți imediat după traumatism de o gangrenă cu mers foarte copleșitor, întinându-se repede în părțile vecine și determinând o stare generală gravă numită de Pirogoff *edem purulent acut*, iar de Velpeau *erisipel bronzat* și asupra căruia vom reveni.

Fenomenele secundare locale, afară de cele comune tutulor leziunelor traumatice, avem un proces inflamator al cărui scop e de a elimina părțile gangrenate și a contribui la reparațiunea țesuturilor. Intre părțile inflamate și mortificate se formază un *sghiab de eliminare* mai mult sau mai puțin neregulat, anfractuos, superficial sau profund, după felul și întinderea focarului traumatic. Cu ocaziunea eliminării părților sfacelate (eschara) putem observa alte fenomene inflamatorii și septice ca limfangite, erisipel, flegmon etc. dar mai ales *emoragiă secundare*, nu numai din pricină că un vas era coprins de eschară ce cădând l'a lăsat deschis, dar și din cauza diferitelor complicațiuni septice corupând întregul organism și care favorisază, în cel mai înalt grad, producțiunea *emoragiilor de natură septică*.

Diagnosticul e lesne, afară de chestiuni de medicină legală.

Pronosticul foarte serios din cauza triturațiunii părților ce constituie focarul traumatic, al complicațiilor septice și al emoragiilor secundare. În plus se va adăoga și starea diatesică a rănitului.

Tratamentul. În regulă generală pansamentul va fi deschis căci nu putem încerca reunirea per primam; afară numai de plăgile feței spre a evita cicatrice diforme; și aci însă cu condiție ca ósele subjacente să nu fie atinse. Numai atunci deci putem încerca reunirea prin suturi, după ce am spălat bine și am netedit mărginele plăgei ridicând cu fórfecele părțile sdrențuite. În colo reunirea o vom obține prin a doua intenție și vom căuta ca prin băi prelungite antiseptice, irigațiuni continue, pansamente mari fenicate și combaterea diateselor să ne

opunem la or-ce fel de complicație. Vom pune tuburi de drenagiū spre a evita or-ce colecțiune de puroiū saū materii mortificate. Totuși de multe ori am obținut reunirea primitivă pe plăgi contuse ale capului avēnd o întindere destul de mare, mai ales în casuri de călcări de rōte determinēnd deslipiri marī a pielii.

Plăgi prin mușcătură.

Tipul acestor plăgi sunt cele produse de om unde găsim reunite : plăgi prin instrument tăetor (incisivii) prin instrument înțepător (caninii) și prin instrument contondant (primii molarī). Mușcătura de câine produce : o înțepătură, o tăetură și o rupere, din cauză că animalul după ce înfige incisiviū și caniniū apoi trage către dēnsul rupēnd țesuturile. Mușcătura de cal produce contuziuni și striviri mai mult saū mai puțin profunde din cauză că animalul apucând cu incisiviū strânge și presază fără să smulgă. Mușcăturile de animale sēlbatice ca lup, vulpe, tigru, leū etc. sunt câte o dată inspăimântătoare, căci sfășie și rupe așa de profund țesuturile, în cât sunt în afară de or-ce terapeutică și aduc repede mōrtea rānitului. Mușcăturile de pasări sunt în general puțin considerabile și mai inofensive afară de ochi ce fōrte ușor se pot perfora.

Tōte aceste plăgi oferă o gravitate specială prin inoculațiunea materiilor septice și a otrăvurilor. Ast-fel avem turbarea dată de câini, lupi etc. iar pe de altă parte sifilisul inoculat în urma mușcăturilor de om.

Fie-care din aceste plăgi are simptome proprii, după cum mușcătura a fost făcută de om, câine, cal etc. lucru important ca medicină legală. Tōte însă aū marginile neregulate, rupte, anfractuōse și însoțite de un focar traumatic compus din mortificarea părților moi și chiar sdrobire de oșe. Complicațiunile ca fuzee purulente, flegmōne și septicemii sunt fōrte frecvente. Mai ales să ne temem de tetanos în mușcăturile de cal. Tot în aceste plăgi putem constata tremurături reflexe în membrele atinse, contracturi și chiar paralisii, mai ales la membrul superior, în urma contuziunei saū strivirei nervului radial prin mușcătura de cal la braț.

Plăgile produse prin mașini se apropie fōrte mult de cele prin mușcătură.

Plăgi prin smulgere.

Sunt produse de o tracțiune violentă simplă saū combinată cu o torsiune și animată de o putere atât de mare în cât să întrēcă și

să rupă toate legăturile naturale ce posedă un țesut său organ. Mai ales extremitățile superioare și inferioare sunt supuse la acest accident.

Părțile moi împreună cu ligamentele rupându-se mai repede de cât oșele, rezultă: 1) Că smulgerea unui membru se face prin *desarticulație*; mai rar prin smulgerea epifiselor. 2) Că părțile moi oferă diferite grade de rezistență și nu se rup în același nivel; de aci *ne-regularitate foarte mare în suprafața plăgei*. În plus, tendónele deslipindu-se de muschiul lor foarte departe de focarul traumatic, organul atárnă de aceste tendóne ce pot avea o lungime chiar de 30 c. m. 3) că vasele și pielea având cea mai mare elasticitate sunt ultimele cari se rup, de unde rezultă că *un organ de și cu totul deslipit de corp, încă aderă cu acesta printr'un lamboi de piele mai mult sau mai puțin larg*.

Durerea câte o dată lipsește cu desăvârșire, probabil din cauza șocului. Ast-fel se citéză mai multe observații remarcabile.

Unui individ, Samuel Wood, i se smulse cu totul membrul superior împreună cu omoplatul, fără să fi simțit cea mai mică durere și nici că a observat acéstă nenorocire de cât când a văzut membrul său în róta de móră. După aceia desmeticindu-se, s'a pogorât liniștit pe o scară, ducându-se să anunțe pe fratele său de ceia ce i s'a întemplat (!).

Un copil atárnându-se înapoiul unei trăsuri trasă de 6 cai, gamba îi fu apucată de spițele rótei și smulsă din genuchî. Copilul n'a exprimat nici o durere. A cerut medicilor să'i aducă gamba și'i ruga să o lipescă la loc ca să nu se supere mumăsa! etc. (Compendium de chr.)

Iarăși un fenomen important este lipsa de emoragie. Acésta se esplică ast-fel: tunica medie care e compusă din fibre elastice și musculare lise dispuse în mod circular, se rupe foarte ușor; dar în virtutea elasticității se retractéză imediat resfrângându-se înăuntru, la care adăogându-se și contractiunea musculară, forméză un fel de dop în lumina vasului; tunica internă fiind aderentă de cea medie, se rupe de o dată cu dēnsa urmând'o în acelaș timp. Tunica externă însă de și extensibilă, este liberă de cea medie și e formată de fibre elastice și conjunctive în sens longitudinal, ast-fel că nu se rupe de cât cu greú și numai după ce s'a întins în punctul cel mai extrem, așa că ruperea se obține când fibrele s'aú subțiat cu desăvârșire, întocmai ca un tub de sticlă ce se încăldește la o lampă și se subțiază treptat până ce se rupe. Extremitatea sea ast-fel subțiată se răsfrânge și dānsa înăuntru, grație fibrelor elastice, și forméză un'al doilea dop care, împreună cu cel dintăi constitue un obstacol de o formă conică având baza către lumina vasului (tunica medie și internă) iar vârful în

afară (tunica externă) ceia-ce asigură în mod complet eşirea sângelui din vase, cu alte cuvinte o emostasă primitivă perfectă.

Pronosticul e foarte serios, cu toate că unii susţin că aceste plăgi de şi înspăimântătoare s'ar vindeca însă mai uşor chiar de cât amputaţiile practicate în acest nivel; totuşi leziunea rămâne gravă putând fi imediat urmată de moarte sau de turburări trofice ulterioare şi rebele. Tratamentul după casuri şi analog ca în plăgile contuse.

C H E S T I O N A R

Plăgi prin instrument înţepător. Caractere. Focarul traumatic. Particularităţi diferite.

Plăgi otrăvitoare. Caractere. Divisiunea: plăgi otrăvite, înveninate şi virulente. Înţepătura anatomică, forme clinice.

Plăgi contuse. Caractere. Fenomenele primitive şi secundare locale. Tratamentul.

Plăgi prin muşcătură. Diferite forme după animale.

Plăgi prin smulgere. Caractere. Lipsă de emoragie, mecanismul. Lipsă de durere; observaţii.

PLĂGI PRIN ARMĂ DE FOC

Lecția XXXVI.

Domnilor,

Plăgile prin armă de foc sunt leziuni traumatice, produse de corpi contondanți numiți proiectile sau glonțe, puse în mișcare prin deflagrațiunea sau exploziunea prafului de pușcă.

Caracteristica acestor plăgi este că, or-care ar fi modul lor de producțiune, adică fie produse prin proiectile de calibru mare sau mic : de obuze sau țandări din acestea ; fie de proiectile directe sau indirecte ; fie de spargerea unei țevi de pușcă sau numai exploziunea prafului, tot-d'a-una și fără nici o excepție dênsele ni se vor presenta ca niște plăgi rupte și contuse.

Invențiunea prafului de pușcă este de dată veche, fiind descoperită de Chinezii în primele secole ale erei creștine, și din care dênșii făceau focuri de artificii ; alții însă atribue această descoperire Arabilor.

În Europa s'a constatat că în Germania a existat pudrerii la Augsburg în anul 1340 și la Spandaū lângă Berlin la 1344.

Unii însă susțin că în Franța era cunoscută pulberea încă din anul 1338.

Englezii iarăși susțin că ei au fost cei dintâii cari au cunoscut pulberea.

Adevărul istoriei este că Englezii cei dintâi au întrebuințat pulberea în armele lor de răsboi, în lupta de la Crecy în anul 1346.

Prima scriere asupra plăgilor prin armă de foc s'a făcut foarte târziu și anume după un secol, de către Brunsvick din Strasbourg în 1497.

Dênsul ca și predecesorii săi, credea în intoxicațiunea proiectilelor și avea gróză mai ales de praful de pușcă. Pentru aceia, prin diferite mijloce dar în special prin setóne pe cari le mișca în dreapta și în

stânga, căuta cu or-ce preț să determine o supurație în interiorul traectului, prin mijlocul căria își propunea să scôtă din țesuturi materiile vătămătoare introduse de glônțe.

Vine apoi periôda Italiană reprezentată prin Jean de Vigo, chirurgul Papei Iuliū II, care în 1514 stabilește următoarele trei caractere ale plăgilor prin armă de foc și anume: *arsura*, *contusiunea* și *intoxicația*.

Acest autor ca și cei alți, observând aspectul straniū și neobicitănit al simptomelor acestor traumatisme precum: starea de stupore în care cădeaū răniții, vărsăturile ce apăriaū în momentul accidentului, colórea lividă a pielii etc. conchise și densusul că aceste leziuni sunt plăgi otrăvite, fie din cauză că glonte se impregna de otrăvuri speciale, fie că praful de pușcă prin el însuși—grație compozițiunei sale—comunica plăgilor niște asemenea proprietăți veninoase.

Și plecat de la acéstă credință a și instituit o metódă devenită clasică pe atunci, care consta în a trata aceste plăgi nu numai prin ferul roșu, dar turnând în traecte și pe plagă unt de lemn fert în clo-cote, spre a se putea răspândi în tóte anfractuositățile și a putea ast-fel mai bine distruge otrava introdusă de proiectile sau iarba de pușcă! Lesne putem vedea de aci supliciu la care erau supuși bieții nenorociți luptători.

De și unii susțin că Bartolomeus Magius, chirurg erudit din acea epocă, se ridicase contra acestei credințe și combătea energic metóda barbară de tratament a acestor plăgi, totuși credința generală este că Ambroise Paré din întemplantare a reușit să scape pe suferinși de a fi tratați în ast-fel de mod. Și iată circumstanțele: Ambroise Paré, de și fără o cultură specială—căci eșise din mâna unui simplu bărbier—era însă dotat de o capacitate extraordinară, așa că la etatea de 17 ani, cu tótă invidia și disprețul ce'i arăta confrății! ajunsese însă a fi chirurgul lui René de Montejean, mareșalul Franței în 1538.

Cu ocazia răsboiului contra Savoiei și Piemontului de către François I, Ambroise Paré era primul chirurg al armatei.

Densusul însă până aci nu avea altă credință de cât tot aceia a predecesorilor săi. Ast fel că într'o zi, având prea mulți răniți de pansat, n'a avut în cantitate suficientă unt-de-lemn fert spre a opări plăgile, așa că o bună parte din răniți fură pansați numai cu óre-carī alifii.

Densusul se dice că tótă nóptea n'a putut dormi de grije, așteptându-se a găsi a doua zi o mulțime de morți! Mare însă 'i fu surpriza când vedu că bolnavii neopăriți erau mult mai bine și mai calmi ca cei alți ce fuseseră arși. De aci părăsirea acestui tratament neuman.

Divisiunea armelor.

Armele de foc sunt de două feluri: *arme comune* (ca pistole, revolvere, pușcă de vânătoare etc.) și *arme de război* cu anumite tipuri și o întrebuințare determinată, specială.

Pe noi chirurgii ambele aceste feluri de arme ne interesază, căci efectele lor sunt aprópe analóge, după cum veți vedea din experiențele ce am avut onórea a face cu d-vóstră. Vom reveni.

Armele de război se împart în două: în *arme defensive* în care intră casca și cuirasa saú plastronul, ambele făcute din metal.

Aceste arme daca nu sunt mai pericolóse, cel puțin nu servă la nimic, căci proiectilul lovind în ele, se deforméză une-orí și în această stare străbătând în corp produce leziuni mult mai grave ca cum ar fi străbătut direct, lucru confirmat mai de tóte experiențele făcute în acest sens. De aceia niște asemenea paveze trebuesc adí cu totul părăsitate precum și sunt.

Iată esemple luate din experiențele mele:

Se aplică o tinichia pe partea anterioră a toracelui unui cadavru, și se trage cu arma Mannlicher de la o distanță de 300 metri.

Orificiul făcut de proiectil în tinichia este de $5\frac{1}{2}$ m. m., marginile sale sunt resfránțe înăuntru spre cadavru.

Orificiul de intrare în piele este așezat în regiunea epigastrică în jos de apendicele xifoid; dânsul are o formă lungăreță, cu un *diametru vertical de 7 m. iar cel transversal de 1 centimetru.*

Orificiul de eșire s'a făcut prin colóna vertebrală în dreptul celei de a 11 și 12 vertebră dorsală unde a determinat fracturi cominutive. Acest orificiu e îndoit de mare ca cel de intrare și are o formă cu totul neregulată.

De sigur, orificiurile—cel puțin acela de intrare—ar fi fost mai mic, dacă proiectilul n'ar fi întâmpinat acea rezistență oferită de placa de tinichia.

Un alt exemplu e următorul:

Am tras cu arma noastră de război 1879 (H. Martini) la o distanță de 20 metri cu încărcătură redusă, adică 3,30 grame cea ce represintă o vitesă de 300 metri. Pe partea anterioră a toracelui am pus o placă de tinichia. Proiectilul a străbătut prin tr'insa producând un orificiu rotund de formă poligonală cu marginile împinse înăuntru având un diametru de $1\frac{1}{2}$ c. m. Orificiul de intrare în piele este de 1 c. m. și 6 milimetri și este împărțit în două printr'o punte de piele intactă, ast-fel că există în realitate două orificiuri, așezate în al VII spațiu intercostal la partea cea mai anterioră. Orificiul de eșire așezat, la $6\frac{1}{2}$ c. m. sub unghiul inferior al omoplatului, are un diametru de 1 c. m. rotund și regulat. Nu există nici o fractură osósă.

Armele ofensive se împart la rândul lor în două grupe: *arme*

numite albe în cari intră: spada, lancea, baioneta, sabia, toporul etc. și în *arme de foc proprii zise*.

De primele neapărat n'avem să ne ocupăm, căci ele produc plăgi prin instrumente tăioase și înțepătoare de cari deja am vorbit. Ne rămâne deci armele de foc.

Acestea iarăși se împart în două: în *arme de foc portative* în cari intră pușca și revolverul; și în *arme de foc neportative* în cari intră tunurile, constituind armamentul de artilerie în luptele pe uscat și pe mare.

Cel mai mare interes în chirurgie îl presintă armele de foc portative, fie ele comune sau de război. De dinsele deci avem să ne ocupăm în special.

Pușca și revolverul formând tipul acestor arme, se compun în esența lor de un tub cilindric de oțel numit țevă, și de o cutie numită culata (camera proiectilului), unde intră cartușul care la rîndul său este compus din glonte (proectil), pulberea și o capsă prin ajutorul căria pulberea luând foc, glonteie iese din țevă animat de o iuțelă mai mult sau mai puțin mare, în raport cu calitatea și cantitatea pulberii precum și cu calibrul armei.

Fie-care din aceste părți sunt făcute cu un anumit scop și cu o precisiune matematică dar care interesază mai mult armata. Totuși vom da unele detalii ce trebuiesc cunoscute și de noi chirurgii: ast-fel, țeva puștei avînd în general un calibru care variază între 6—11 m.m. coprinde două părți: o cameră sau cutie unde intră după cum am spus cartușul, și o porțiune lungă, cilindrică și găurită în interior (l'ame du canon). Acesta din urmă e provădută de patru dungă elisoidale numite ghinturi, dirijate de la dreapta la stînga și perzându-se către cameră; scopul lor dupe cum vom vedea este de a imprima proiectilului o mișcare de rotațiune regulată.

Cartușul se compune din 5 părți și anume: tubul de alamă, capsă, încărcătura de pulbere, rondele (una de carton și alta de cêră) și glonțul înfășurat în hîrtie.

a) Tubul de alamă (aliagiū de zinc și cupru) e destinat să conție într'însul său pe dînsul tôte cele alte părți ale cartușului. El este baza sistemului. b) Capsa servă să dea foc pulberii din tub, dînsa conține ca materie explosibilă fulminatul de mercur și se fixeză la partea de jos a cartușului într'un locaș special al ei. c) Încărcătura cartușului e formată din pulbere: grăunte mic (disă de infanterie) în cantitate de 5 gr. $\frac{1}{2}$, putînd imprima glontelui o iuțelă inițială de 460—500 metri pe secundă și chiar 700. d) Rondelele sunt puse pentru a împedica murdărirea țevei. e) în fine Glonteie.

Glonte saŭ proiectilul (la balle). De și la rigóre chestiunea proiectilelor moderne ar interesa mai mult armata, totuși trebuie să știm și noi cât de pe scurt motivele cari au dat naștere la înlocuirea vechilor proiectile prin cele actuale.

Două sunt cauzele cari se opun la progresiunea proiectilelor împedându-le de a ajunge la punctul dorit: *Gravitatea și rezistența aerului.*

I) In virtutea gravitațiunei știm că or-ce corp tinde a cădea către centrul pământului.

Este evident că cu cât un corp va percurge un drum mai lung în spațiu, cu atât va fi mai mult sub influența gravitațiunei și pe atât prin urmare va trebui să lupte spre a atinge punctul la care e trimis; și vice-versa.

De aci rezultă și faptul comun, banal, ce practica zilnică ni' oferă și anume că: ochirea la distanțe mici e mult mai sigură de cât aceia de la o distanță mare, și de ce? din cauză că în primul cas, traiectoria glontelui e în linie dréptă și aprópe paralelă cu suprafața pământului; pe când în II cas, traiectoria devine din ce în ce mai curbă, proiectilul fiind din ce în ce atras către centrul pământului.

De aci și calcule speciale în raport cu diferitele distanțe la cari ochim.

II) Resistența aerului este de sigur cel mai mare dintre obstacole, căci dacă dinsul n'ar exista, glonte ar merge până la înfinit.

Experiențele au arătat că:

a) Resistența ce opune aerul este proporțională cu patratul diametrelor; adică, dânduni-se două proiectile din cari unul cu o suprafață de un c. m. patrat, iar altul de 2 c. m. p. rezistența ce acesta din urmă va avea să învingă, va fi de 4 ori mai mare ca cel dintăi.

De aci înlocuirea proiectilelor vechi cu formă rotundă, prin cele moderne provédute de un diametru saŭ calibru pe cât se póte de mic și cu o formă cilindro-conică.

Dar la acésta a mai contribuit și faptul că în armele vechi ce se umpleau pe la gură, proiectilul rotund ca să póta intra în țevă, trebuia neapărat să fie de un calibru ceva mai mic de cât dinsa. Atunci se întâmpla că în momentul exploziunei, gazele se înterpuneaŭ între glonte și țevă, așa că proiectilul nu avea o anumită direcție; ci în percursul său suferia variațiuni fórte mari, iar ținta nu putea să fie justă. Incărcarea prin 'napoi se datorește acestei observații.

b) Perderea vitesei—prin faptul rezistenței aerului—este invers proporțională cu densitatea saŭ greutatea proiectilului. De aci alege-

rea plumbului pentru confecționarea glonțelor, fiind un metal cu o greutate specifică foarte mare (11), iar pe lângă acesta și un metal lesne de turnat și de un preț destul de redus.

c) Constatându-se că pierderea vitezei este de asemenea în raport invers cu lungimea proiectilului, s'a căutat a se da glonțelor o lungime aproape îndoită ca aceea a diametrului; iar ađi, grație perfecțiunilor aduse, lungimea e chiar împătrită ca diametrul.

d) Dar glontelee având această formă lungăreță, presiunea aerului exercitându-se pe toate punctele suprafeței sale, iar gravitațiunea tinđend a'l atrage către centrul pământului, glontelee ar fi resturnat în mersul său, și prin urmare dînsul ar ajunge la țintă nu prin vârf, ci prin bază sau părțile laterale. Pentru a se garanta stabilitatea pozițiunii sale, s'a introdus în țeva puștei niște dungă numite ghinturi, cari imprimă glontelui o mișcare foarte repede în jurul axului său, făcându'l ast-fel să înainteze nu în mod direct, brut, ci animat de o mișcare de rotație; și prin acest mijloc, moleculele aerului sunt mai ușor depărtate iar rezistența mai cu eficacitate învinsă.

e) Dar proiectilul de plumb suferind o presiune mare în urma exploziunii, forța sea de cohesiune nu e destul de puternică, ast-fel că forțarea în ghinturi produce plumbuirea lor, ceea ce natural strică justețea armei. Pentru a se înlătura și acest inconvenient, s'a învălit glontelee într'o cămașă de oțel, nickel sau aramă, substanțe foarte tari și cari mențin ghinturile intacte.

Condițiunile deci ale unui proiectil modern sunt: *diametru mic; densitatea metalului mare; forma cilindro-ogivală; lungime mare; îmbrăcăminte de oțel și mișcare rotatorie.*

Condițiunile acestea le întrunesc și proiectilele armelor noastre de resboi model 1879 sistem Henry Martini, precum și cel actual 1892 sistem Mannlicher-Mauser. Ambele modificate.

De óre-ce experiențele mele le-am făcut cu arma noastră de resboi 1879 și cu arma Mannlicher, voi descri neapărat numai aceste două feluri de proiectile. Ast-fel:

1) Proiectilul armei de resboi 1879 este format dintr'un aliagiū de plumb și staniū (cositor) în proporție de $\frac{12}{1}$. Și s'a ales acest metal din cauza înaltei sale fusibilități (340°); din cauza tăriei sale—care nefiind mare nu strică țeva—și în fine din cauza marelui sale densități, care fiind de 11,4 împlinește toate condițiunile pentru a învinge rezistența ce oferă aerul contra mișcării proiectilului.

În general forma și dimensiunile glonțului de resboi sunt următoarele: forma puțin ascuțită, ogivală sau une-oră trunchiată.

Arma noastră de resoioi model 1879 sistem Henry Martini

Calibrul său este de 11 m. m. 43.

Greutatea glon ului 31 gr. 10.

Diametrul la bază 11 m. m. 43.

In l imea ogivei 10 m. m.

Lungimea totală a glon ului 33 m. m.

Greutatea inc rc turei cartușului 5 gr. 50.

Iu tala inițială a glon ului minimum 450 metri pe secundă.

Arma cu repeti ie Mannlicher 1892.

Calibru 6 m. m. 5.

Glonte e format dintr'un miez sa  sambure de plumb int rit, acoperit cu o c ma e de nickel-aramă.

Lungimea totală 31 m. m.

Diametru la bază 6 m. m. 65.

In l tima ogivei 7 m. m. 20.

Greutatea glon ului 15 gr. 2.

Greutatea inc rc turei cartușului 2 gr. 35.

Iu tala inițială a glon ului 700 metri pe secundă.

Represint aci in fig. 36 aceste proiectile in mărime naturală.



(Fig. 36)

O inc rc tur  Mannlicher.

Proiectilul
singur.

Cartu ul
complet.

Cartu  complet. Proiectil singur.
Arma noastră de resoioi model 1879.
(Henry Martini).

Arma nóstră model 1892 (Mannlicher)

Intr'acéstă armă (Mannlicher) se introduce în cutia sea de o-dată 5 cartușe reprezentând o încărcătură; și mecanismul e ast-fel dispus în cât la fie-care tragere cartușele se așeză singure unul dupe altul până se isprăvesc.

Modul de acțiune al proiectilelor

Experiențele pe cadavru cu armele de foc aũ început a se face pe o scară destul de întinsă, mai ales în urma resboiului Franco-German.

Chauvel, Delorme, Kocher, Bruns iar acum Hobart din Pesta și alții aũ experimentat fie-care cu armele națiunii respective și de diferite modele. La rândul meũ am întreprins aceste experiențe cu ocasiunea prelegerilor ce făceam la institutul de chirurgie în 1891. Și prima serie de experiențe am întreprins'o la soc. de tir; iar acum în urmă la pirotecnie am făcut mai multe serii de experiențe, grație autorizărei On. Minister de resboi. Din partea tuturor autoritațiilor militare la cari m'am adresat am găsit cea mai complectă bună-voință și încurajare puindu-mi-se totul la dispoziție.

În teză generală Domnilor trebuie să știți un lucru, că un proiectil când ese din armă e provăzut de o *putere* saũ *vitesă inițială* proprie fie-cărei arme, grație căria proiectilul armei noastre de resboi model 1879 percurge 450—500 metri pe secundă; iar acela al armei actuale model 1892 sistem Mannlicher percurge chiar 700 metri pe secundă. Dar distanța nu se mărginește aci, căci proiectilele pot merge și până la 2 kilometri.

Datele balistice pentru arma Mannlicher sunt:

Până la 400 metri zona periculósă este egală cu distanța tragerii, adică că în ori-ce punct s'ar găsi un individ pe acéstă linie dînsul e expus la un pericol sigur de a fi rănit, de unde și numirea de zonă periculósă. Iuțela inițială a glontelui este de 503 m. iar iuțeala remasă este de 321 m. la 400 m., de 233 la 1000 m. și de 150 la 2000 metri.¹⁾

Prin *putere saũ vitesă remasă* se înțelege forța de care proiectilul e provăzut la diferite distanțe, unde dînsul isbește diferiți corpi ce întâlnește. Această putere este din ce în ce mai mică în raport

¹⁾ Arme portative pentru uzul scólelor militare etc. de Căpitan St. Constantinescu-Brad, profesor la școla de aplicație.

cu vitesa inițială și cu cât distanța crește, încetând cu ajungerea sea la ultimul punct de sosire.

Dar asupra acestor detalii nu putem intra mai mult. Vă recomand însă opera D-lui Căpitan Constantinescu-Brad, deja citată.

Vom spune numai că: un proiectil pentru a pune un om în afară de serviciu, trebuie să posede într'ansul o vitesă inițială cel puțin de 100 metri pe secundă, ceia ce revine că chiar și dincolo de 2 kilometri un om poate fi grav rănit.

Afară de acesta, prin calcule și experiențe lucrul este pozitiv știut că în armele moderne, puterea ce explozia pulberii imprimă proiectilului este evaluată la 6000 kilogrametri pe centimetru pătrat. Și dacă luăm de exemplu arma Mannlicher al cărui proiectil este de 6 m. m. dânsul va poseda o putere mai mare ca 3000 kilogrametri pentru o distanță de 600 metri. Și când proiectilul este în ultima sea fază de declin ne rămânând adică de cât cu o vitesă de 100 metri, dânsul încă reprezintă o putere de minimum 3 kilo cu care isbește corpul, ceia ce e suficient pentru a determina leziuni spre a numai permite individului de a continua lupta, mai ales dacă lovitura se aplică pe organe esențiale vieții.

Dar mai înainte de a intra în acest studiu trebuie să spunem că explozia simplă a prafului de pușcă, poate prin ea însăși să producă leziuni variate și cari vor fi în raport cu cantitatea, calitatea și compresiunea la care e supus praful ce face explozie.

Aceste leziuni sunt de două feluri: pe de o parte avem combustii întinse provenite din gradul de căldură în urma aprinderii gazelor; iar pe de alta contuziuni și ruperi de țesuturi moi și solide, rezultând din enorma expansiune de gaze provocată din deflagrația prafului de pușcă.

Și acest ultim efect îl constatăm mai ales la acei nenorociți cari din diferite cauze își curmă viața cu un moment înainte, descărcându-și pistole sau revolvere la o distanță foarte mică (à bout portant) de exemplu în gură.

În acest cas, expansiunea gazelor e atât de mare, în cât distrucțiunile determinate rămân în afară de orice descriere, iar mărtea e instantanee.

Tot acelaș lucru vom dice de explozia unei pudrării, mai ales când e vorba de dinamită, nitroglicerina, fulmicoton, fulminatul de mercur etc. unde leziunile sunt și mai înspăimântătoare, de orice se mai adaogă și diferiți alți corpi cu totul streini și de o formă foarte neregulată ca: fărâməturii de plumb, bucăți de lemn, de zid, cue etc. constituind ceia ce se numește *projectile indirecte*.

Este de remarcat că acțiunea substanțelor explosibile propriu zise ca dinamita, fulmicotonul, fulminatul de mercur, picratul de potasă, nitroglicerina etc. produc cele mai înspăimântătoare leziuni, dar nu mai prin faptul contuziunii, și acesta în urma enormei expansiunii a gazelor ce se desvoltă. Avem deci lipsă absolută de orî-ce combustie, lucru cu totul invers de cele ce se întimplă cu explozia prafului de pușcă sau a gazului de luminat. De aci urmază că plăgile substanțelor explosibile orî cât de profunde ar fi, nici o dată însă nu vor fi combusionate. Și probă cum că cercul negru ce se constată în jurul acestor plăgi este efectul contuziunii iar nu al combustiunii, este că dinsul dupe 7—8 zile cade și se eliminază ca orî-ce porțiune sfacelată de acțiunea traumei. O altă probă este că părul și sprîncenile indivișilor morți de aceste accidente nu este ars ci remăne intact. În fine câte o-dată, cartușe cu materii explosibile eclatăză în mâinile lucrătorilor fără să le lase nici o urmă de arsură.

Pentru mai buna înțelegere a acestor fenomene trebuie să ne reamintim că în chimie, se face următoarea distincțiune între substanțele detonante și substanțele explosibile propriu zise.

Primele, în cari intră praful de pușcă și gazul de ecleragiū, sunt caracterisate prin faptul că la o temperatură mai înaltă intră în combustie cu detonație, prin urmare dinsele vor produce tot-d'a-una arsuri; secunde, numite explosibile propriu zise, pot determina o explozie violentă însă fără combustie, din cauză că ele conțin sub formă de echilibru nestabil, corpī gazoși cari se emancipéză cu vehemență la cea mai mică lovitură fără a avea trebuință de a i se pune foc. Ast-fel avem, dinamita, nitroglicerina etc. etc.

Cat privește deflagrațiunea prafului de pușcă pe tegumentul extern adecă pielea, acesta a dat loc la o mulțime de esperiențe cari tôte au probat că la anumite distanțe, grăunțe de praf remase nearse se pot infiltra în piele producënd un fel de tatuagiū.

Faptul e de mare importantă mai ales din punctul de vedere medico-legal, de ore-ce după această infiltrațiune putem deduce distanța la care o armă a fost trasă, lucru fiind constatat că dincolo de un metru, orî-ce infiltrație în piele de praf de pușcă nu se mai obține.

Iată esperiențele mele personale făcute în această privință la institutul de chirurgie:

I) Cadavru N. N. s'a tras cu un pistol de duel ghintuit de calibru 10 m. m. Distanța descărcăturii a fost la 30 c. m. iar praful de pușcă în cantitate de un gram.

S'a lovit în al II spațiu intercostal stâng pe marginea superioară a celei de a III-a costă.

Orificiul de intrare aprópe oval și mic cu marginele neregulate dar resfránțe înăuntru.

Pe o circonferență de 11 c. m. în jurul orificiului de intrare se vede în mod manifest incrustațiune de praf strábătute sub stratul epidermic.

Orificiul de eșire nu există, glonte isbindu-se de stinghia scării. Se simte însă sub piele în partea dorsală a toracelui, unde proeminéază în forma unui mamelon.



(Fig. 37)

Descărcătura unui pistol de duel ghintuit la distanță de 30 centimetre.

II) Esperiență tot pe acelaș cadavru cu aceeași armă și încărcătură și în aceeași condițiunii dar la o distanță de 50 centimetri.

S'a lovit în al V-lea spațiu intercostal din partea dréptă.

Orificiul de intrare puțin mai mare ca cel precedent, cu buzele resfránțe în năuntru dar regulate. De marginile orificiului a remas lipită o bucată de furtuială lungă de 3 c. m. iar în prejurul său incrustațiunile de praf sunt mult mai puțin pronunțate, mult mai puțin dese și pe o întindere mult mai mică.

Orificiul de eșire nu există. Pe partea dorsală însă în dreptul cóslei X-a pielea e ridicată și sub dinsa se simte glonte la vre-o 4 c. m. în afară de colóna vertebrală.



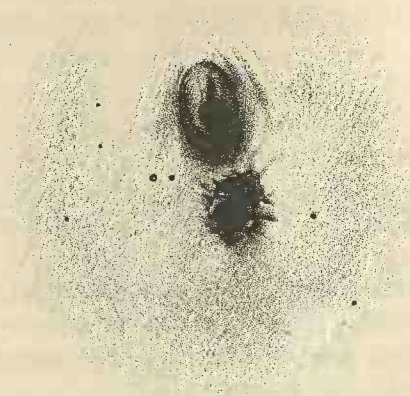
(Fig. 38)

Descărcătura unui pistol de duel ghintuit la distanță de 50 centimetre.

III) Esperiență pe acelaș cadavru, cu aceeași armă, cu aceeași încărcătură și în aceleași condițiuni, dar la o distanță de un metru.

S'a lovit sub ombilic, s'a produs o plagă sferică cu circumferință neregulată, și cu o pierdere de epiderm (știrbire) de câți-va milimetri.

Prin acest orificiū de intrare iese lichid ascitic. Ici coala abia câte-va in crustații de praf, în jurul plăgei însă mai de loc. Orificiul de eșire nu există, glonte nu se simte nicăeri.



(Fig. 39)

Descărcătura unui pistol de duel ghintuit la distanță de un metru.

C H E S T I O N A R

Plăgi prin armă de foc. Definiție. Caractere. Descoperirea prafului de pușcă.

Prima scriere asupra plăgilor prin armă de foc; Brunswick, Jean de Vigo, Ambroise Paré.

Diviziunea armelor în comune și de resboi iar acestea în ofensive și defensive. Inutilitatea celor ofensive. Experiențele autorului. Arme albe. Arme de foc portative și neportative. Pușca, revolverul; părțile din cari se compun: țeva și cartușul. Glonte.

Considerațiunile ce au provocat proiectilele moderne. Condițiunile unui proiectil modern.

Vitesa inițială și vitesa remasă. Vitesa minimă a unui proiectil pentru a pune un om afară din serviciū. Modul cum lucrăză aprinderea prafului de pușcă și cele alte substanțe explosibile propriū zis. Impregnațiunea prafului de pușcă în piele la diferite distanțe. Experiențele autorului.

PLĂGI PRIN ARMA DE FOC

(CONTINUĂRE)

Acțiunea proiectilelor propriu zise asupra organismului

Lecția XXXVII.

Domnilor,

Vom începe întâi cu proiectilele armelor portative.

Proiectilele de calibru mediu și mic al armelor comune precum și acelea ale armelor de resboi sunt cele mai importante și asupra cărora s'a făcut studii mai amănunțite.

În ori-ce plagă prin armă de foc avem de considerat următoarele trei lucruri principale: un *orificiū de intrare*, un *traect* și un *orificiū de eșire* constituind împreună așa numita plagă *în seton* când se află situată în părțile moi.

Chestiunea orificiurilor a fost foarte mult dezbătută mai ales de Dupuytren care stabilise sub formă de lege că: orificiul de intrare este rotund, cu marginile netede, resfrante în năuntru și având un diametru mult mai mic ca orificiul de eșire care e neregulat, cu marginile rupte și resfrante în afară iar de un diametru mult mai mare ca cel de intrare.

Faptul acesta, afară de unele anumite excepțiuni și asupra cărora vom reveni, este confirmat de toate experiențele ce s'a făcut.

Alți autori însă între cari Blandin, pretindea cu totul din contra și anume că, orificiul de intrare este mai larg ca cel de eșire. Lucrul acesta însă nimeni nu l a susținut și nici nu s'a putut verifica. Vom reveni.

Pe de altă parte Velpeau cu Joubert și Legouest susțineau că în această privință nu se poate stabili absolut nici o regulă fixă.

Adevărul este că producțiunea orificiilor depinde de o mulțime de condițiuni foarte variate. Cu toate acestea noi susținem că tot-d'una și în regulă generală, *orificiul de intrare este relativ mai mic sau cel mult egal cu cel de eșire; și numai în casuri excepționale și în*

condițiunii anumite, orificiul de intrare p^ote fi mai mare ca cel de eșire.

Este socotesc cu totul absurdă opinia unora cari susțineau că orificiul de intrare e mic în mod aparent, din cauză că, contuziunea determinată de proiectil fiind mare, densa provocă repede o îngorjare a țesuturilor care natural micșorează orificiul. La acesta n'avem să opunem de cât faptul că și prin experiențe pe cadavru orificiul de intrare încă este mai mic, fără cu toate acestea să se p^otă invoca cea mai mică îngorjare în țesuturi

Autorii compendiului admiteau că pielea fiind bine susținută de țesuturile sub jacente și chiar de planuri osoase, are un sprijin puternic și oferă deci o rezistență proiectilului, dar care însă învingând, secționază pielea în mod regulat împingându'i și marginile în năuntru; pe câtă vreme în partea opusă, pielea nemaî având nici un sprijin, se lasă a fi întinsă la discreție până ce se rupe pe o întindere mare, de unde marginile neregulate și resfrante în afară, ceia ce caracteriză orificiul de eșire.

Este incontestabil că elasticitatea pielei trebuie să j^oce un rol destul de însemnat în mărimea orificiului de eșire; și noi admitem această idee dar nu în mod absolut, ci ca un factor ajutător. În adevăr, proiectilul dupe ce a străbătut în țesuturi, densul în momentul când este să iasă afară adesea p^ote fi deformat, cu poziția schimbată (cu partea laterală, ori cu baza în loc de v^orș) și în fine e dotat cu o putere distrugătoare mult mai mare ca în momentul intrării; și atunci, v^oind să iasă, pielea nu cedeză imediat ci numai dupe ce a fost întinsă la extrem iar elasticitatea seă învinsă, ceia ce va face că ruperea să fie mai neregulată și mai mare ca la orificiul de intrare.

Pentru a fi complecți ar trebui să intrăm în niște discuțiuni foarte întinse pentru a rezolva chestiunea orificiilor care încă până acum nu este terminată. Ar trebui să intrăm în detalii de balistică și calcule matematice, dar acesta fiind mai mult de resortul studiilor înalte a școlilor superioare militare, ne-ar conduce la discuțiuni cari ar eși cu totul din cadrul unui tratat general de patologie chirurgicală precum e al nostru. De aceia nu ne vom opri de cât la unele date ce sunt mai în strânsă legătură cu faptele clinice, și prin cari ne explicăm mai ușor fenomenele ce foarte adesea le înt^olnim în practica noastră chirurgicală, înlesnindu-ne în același timp și rezolvarea unor chestiuni de medicină legală.

Prima teorie pe care noi o numim **mecanică** este bazată pe următorul lucru: ruperile, strivirile precum și fragmentarea óselor staă în raport invers cu mișcarea de rotație a proiectilului. Și dacă admitem

că în momentul când proiectilul se aplică pe tegumente, dânsul se găsește la maximum de vitesă și mișcare de rotație, atunci acțiunea sa va fi repede și rotatorie lucrând întocmai — dacă mi se permite expresia — ca un sfredel cu marginile tăioase. De aci va resulta că această primă plagă — ce constituie orificiul de intrare — va fi mică, regulată și tăiată drept având marginile resfrante în năuntru.

Cu cât însă proiectilul străbate în corp, cu atât mișcarea sea de rotație se schimbă, iar vitesa inițială începe a se micșora, grație diferitelor obstacole ce oferă țesuturile și pe cari dânsul (glonte) trebuie să le învingă. În această stare, proiectilul începe să oscileze și lucrăză ca un cui, învingând rezistența țesuturilor mai mult prin presiune și în mod lateral. De aci, orificiul de eșire va fi mai mare, mai neregulat și cu marginile natural resfrante în afară.

Pentru acesta mai toți experimenterii au stabilit axioma că: cu cât proiectilul va fi animat de o vitesă mai mare, cu atât leziunile vor fi mai mici și vice-versa. Acesta însă dupe noi nu se verifică de cât atunci când proiectilul strebate părți moi fără a trece prin oșe.

Și pentru a da o probă și mai mare că lucrurile se petrec astfel, voi adăoga că în cazul când proiectilul străbate numai părți moi, atunci orificiurile sunt aproape de același diametru; ba ce e mai mult, orificiul de eșire adesea l am găsit chiar mai mic de cât cel de intrare.

Și în adevăr, experiențele ce am făcut sunt pot dice cu totul demonstrative confirmând acest mod de a vedea, căci trăgând mai multe focuri în abdomen, glonțele eșind prin părțile moi posterioare, deosebirea între cele două orificiuri a fost aproape nulă, cu totă perforația unor viscere ca ficatul; și acesta din cauză că proiectilul și-a păstrat aproape mișcarea sea de rotație precum și vitesa, întâmpinând în drumul său țesuturi de puțină rezistență.

În aceste casuri, proiectilul intră și ese cu atâta repeziciune, în cât țesuturile sunt mai mult secționare ca printr'un instrument tăios, iar nu rupte ca în cazul când dânsul e animat de o vitesă mică și lucrând ca și or ce corp contondent.

Éta experiențele:

1) Arma Mannlicher distanță 300 metri just. Plagă în regiunea epigastrică în partea laterală dreaptă. Orificiul de intrare cu o formă regulat rotundă, diametrul $3\frac{1}{2}$ m. m. Traectul plăgei a străbătut prin ficat către marginea sea superioară, producând o plagă cu lambouri triunghiulare și foarte mare în raport cu cea cutanată. De aci traectul străbate masa dorso lombară și iese în partea posterioară prin părțile moi, producând un orificiu de eșire cu un diametru de $\frac{3}{8}$ m. m.

II) Plagă cu Mannlicher la aceeași distanță; în regiunea ipochondrului drept orificiul de intrare rotund, regulat de $\frac{3}{3}$ m. m. orificiul de eșire în părțile moi

din partea laterală dreaptă a colonei vertebrale în dreptul rinichiului are aceeași mărime de $\frac{3}{3}$ m. m. Traectul a străbătut iarăși prin ficat producând aceeași plagă analogă cu cea precedentă

III) Două plăgi cu Mannlicher aceeași distanță, în regiunea ombilicală dintre cari una așezată d'asupra, iar cea altă de dedesubtul ombilicului. Orificiurile de intrare rotunde, regulate și cu un diametru de $\frac{3}{3}$ m. m. Orificiurile de eșire așezate în regiunea lombară dintre cari unul imediat în apropiere de colona vertebrală, iar altul la o distanță de vr'o 5 c. m. Ambele au o formă stelată dar aproape de *aceiași diametru* ca orificiurile de intrare. Traectul trece prin cavitatea abdominală, mesenter, dar fără să lezeze nici o ansă intestinală și iese prin intrăga masă a muschilor dorso lombari

IV) Arma de război 1879 H. Martini încărcătură complectă, distanță de 30 metre.

Orificiu de intrare în foseta supra claviculară fără să atingă osul, este de o formă rotundă cu marginile regulate și cu un diametru de $\frac{6}{6}$ m. m. Orificiul de eșire imediat în partea opusă d'asupra omoplatului în părțile moi: densusul de și are marginile rupte, resfrânte și în formă de stea, este însă mai mic ca orificiul de intrare având $\frac{4}{4}$ m. m.

V) Arma de război 1879 H. Martini cu aceeași încărcătură și la aceeași distanță de 30 metri. Orificiul de intrare la unirea terțului mijlociului cu cel superior al cōpsei stângi pe fața sa anterioară și puțin externă, este de o formă rotundă, regulat dar cu pielea stirbită pe segmentul inferior. Diametrul de $\frac{6}{6}$ m. m. Orificiul de eșire în mijlocul fesei are formă oblungă cu marginile resfrânte nu însă cu prea mult mai mare ca orificiul de intrare, căci nu măsoră de cât mai puțin ca un centimetru de diametru. Proectilul a perforat numai masa musculară a cōpsei fără să fi produs nici o fractură în os.

VI) Arma Mannlicher distanță 300 metri. Orificiul de intrare în regiunea anterioară și mijlocie a gâtului, are o formă rotundă, cu marginile regulate, diametru $\frac{5}{5}$ m. m. Orificiul de eșire în reg. laterală dreaptă a cefei fără nici o leziune ososă. Densusul are formă regulată, rotundă, cu marginile puțin resfrânte în afară și cu un diametru de $\frac{6}{6}$ m. m. deci aproape egal cu cel d'ânteu,

La autopsie s'a găsit că proectilul a perforat părțile anterior și posterior al tracheii producând orificiuri mici rotunde și cu marginile regulate atât la intrare cât și la eșire. Apoi glonte a străbătut întrăga masă musculară din partea laterală dreaptă a gâtului trecând în năuntru de artera carotidă, care a rămas intactă,

VII) Arma Mannlicher 300 metri distanță.

Două plăgi în regiunea fosetei subclaviculare către partea mijlocie. Ambele orificiuri de intrare de formă rotundă cu margini regulate și cu un diametru de $\frac{6}{6}$ m. m. Orificiurile de eșire în partea dorsală în dreptul unghiului superior și intern al omoplatului dar în părțile moi; forma lor e ceva neregulată formând două mici unghiuri unul superior și altul inferior. Diametrul vertical însă nu e mai mare ca 4 m. m. iar cel transversal numai de 2 m. m. deci sunt chiar mai mici ca cele de intrare. Să notăm că pe toracele cadavrului a fost pus un ghiozdan de carton plin cu vată și prin care glonte a trecut formând un orificiu rotund regulat și producând condensarea vetei și resfrângerea sea în orificiul de eșire al cartonului fără însă să străbată în plagă.

VIII. Arma Mannlicher, distanță 300 m. Orificiul de intrare pe fața internă a cōpsei stângi, mic rotund 6 m. m. diametru; orificiul de eșire pe partea posterioară și într'o linie orizontală la distanță de 5 c. m. de cel de

intrare. Acest orificiū de eșire este mai mic ca cel de intrare căci nu măsoră de cât 5 m. m. Plaga este în seton și fără leziune ososă.

IX. Arma Mannlicher distanță 400 metri; orificiū de intrare 5 m. m. pe fața esternă a gabei stângi și în terțul inferior; orificiul de eșire are 5 m. m. vertical și 3 m. m. transversal; se află situat la o distanță de $2\frac{1}{2}$ c. m. de orificiul de intrare. Nu există fractură.

X. Arma Mannlicher distanță 200 metri, orificiū de intrare are 1 c. m. vertical, 5 m. m. transversal; se află pe marginea externă a antebrațului drept, la unirea terțului mijlociū cu cel inferior; orificiū de eșire 1 c. m. transversal este așezat pe o linie orizontală pe marginea cubitală a antebrațului, pelea puțin ruptă în parte dar fără fractură de oșe.

XI. Arma Mannlicher distanță 200 metri, s'a produs mai multe plăgi în seton atingând numai părțile moi și situate pe cōpsa drēptă în modul următor

a) Un orificiū de intrare așezat la 5 c. m. sub arcada lui Fallope, este mic, rotund având un diametru de 5 m. m.: orificiul de eșire are aceiași formă și diametru și se găsește pe fesa corespondentă.

b) La 3 c. m. sub cel precedent un alt orificiū de 5 m. m. diametru, iar orificiū de eșire de $5\frac{1}{2}$ m. m. diametru este așezat iarăși pe fesă sub cel deja descris.

c) Tot pe fața anterioră și superiōră a cōpsei avem un orificiū de intrare rotund de 7 m. m. iar un orificiū de eșire enorm de mare de ore-ce s'a produs fractura femurului.

XII. Arma Mannlicher distanță 400 metri, lovitură la ochi dată de D-1 Colonel Paladi. Orificiū de intrare în regiunea epigastrică drept sub apendicele xifoid; acest orificiū mic rotund și regulat are un diametru vertical de 5 m. m. iar cel transversal de 3 m. m. Orificiul de eșire în regiunea dorsală alături de colōna vertebrală unde nu se simte nici o fractură. Acest orificiū este de asemenea fōrte regulat și mai mic chiar ca cel de intrare căci nu măsoră just de cât 2 m. m.

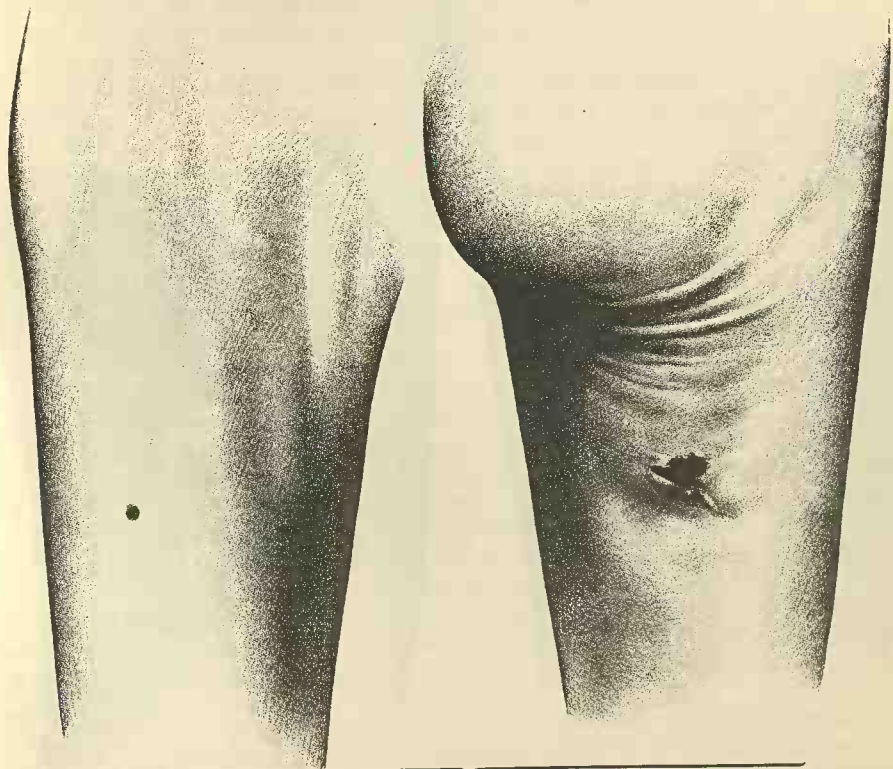
La disecție s'a găsit aponevroasa abdominală ca și muchii perforați în mod regulat, fața convexă a ficatului neatinsă; se constată însă un orificiū pe mica corbură a stomacului în forma unei piese de 1 leū, iar orificiul de eșire în partea opusă, având un diametru mai mare ca o piesă de 5 leū. Ambele aceste orificii sunt regulate și fără nici o crepătură; se mai constată o largă plagă stelată pe fața inferiōră a ficatului, fără prezența vre-unui alt orificiū. De aci apoi glontelee a eșit prin locul indicat în regiunea dorsală.

XIII. Arma Mannlicher, distanță 200 metri. D'asupra și la stânga ombilicului cu 7 c. m., se găsește un orificiū de intrare rotund regulat cu 4 m. m. diametru; orificiū de eșire în regiunea lombară în partea stângă și alături de colōna vertebrală neatinsă' este mai mic ca cel de intrare măsorând numai 3 m. m, preșintă însă câte-va mici raze.

Aceste experiențe sunt socotesc destul de conchizătore arētând că proiectilul neavând să învingă rezistențe mari, dacă percurge țesuturi de aceeași densitate sau chiar ceva mai condensate, destul însă să fie tot părți moi, orificiul de intrare nu se deosibește mult de cel de eșire având ambele aprōpe același diametru; și acesta din cauză că viteza ca și mișcarea de rotație a proiectilului nu suferă o schimbare prea mare.

Nu este însă tot ast-fel când proiectilul întâlnește în traectul său planuri rezistente, represintate mai ales prin sistemul osos. Aci, proiectilul fiind impeditat din vitesa inițială, dânsul produce niște distrugeră colosale în os; iar scăpat de aci iese în partea opusă cu a aceiași furie, producând un orificiū de eșire mult mai mare și neregulat ca cel de intrare. Aci intervine mai mulți factori precum: transformarea mișcării în căldură, fusiunea și deformarea proiectilului, schimbarea de poziție, — glónțele adesea eșind cu partea laterală saū cu baza — elasticitatea pielei, acțiunea óseler în eschile etc. etc. dar pentru noi lucrul rămâne demonstrat, că în aceste casuri de izbire a proiectilului de un plan resistant, orificiul de eșire e mult mai mare ca cel de intrare. Și pentru a da o probă evidentă, reproduc aci în fig. 40 un model de aceste orificiuri luate după natură din esperiențele mele.

Distanța a fost de 300 metri; arma Mannlicher. Cadavrul slab, cântărește 40 kilo și e suspendat în aer de cap și gât printr'o fringhie.



Orificiū de intrare

Fig. 40. — Leziuni produse de arma Mannlicher la distanță de 300 metre. Cõpsa dreptă.

Orificiū de eșire

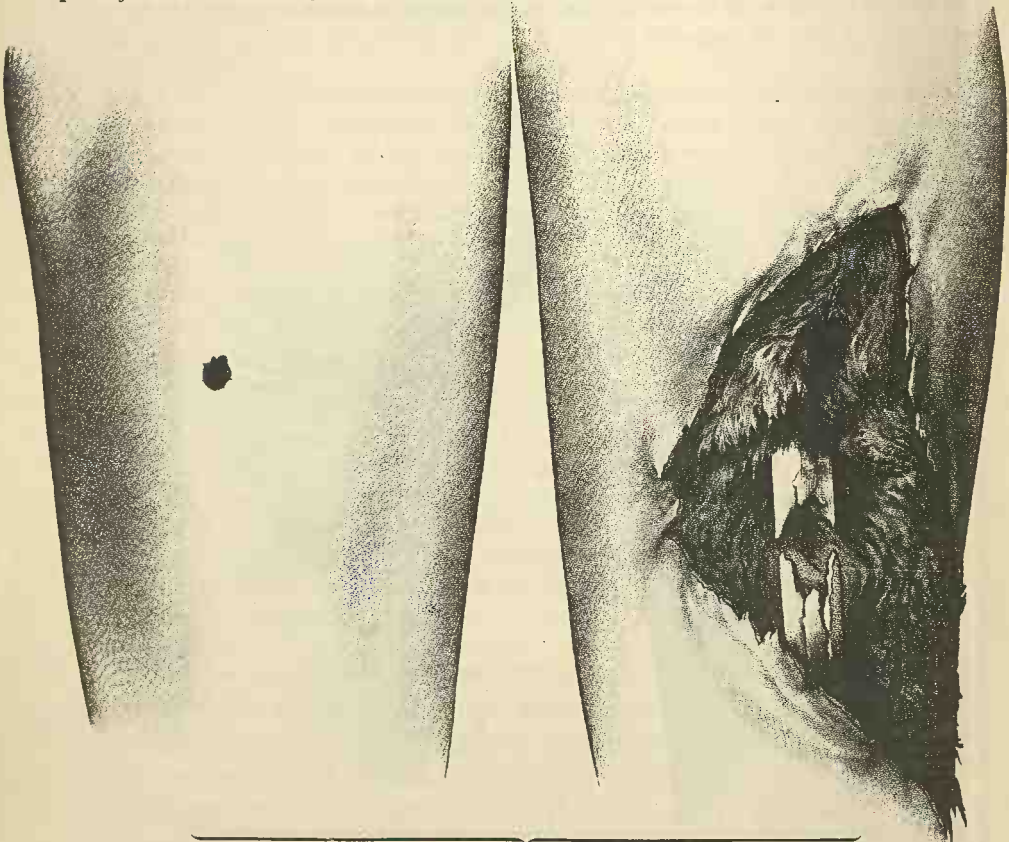
Plaga produsă se găsește la partea de mijloc a cõpsei drepte.

Orificiul de intrare aflat pe fața anterioară și mijlocie a cõpsei este foarte mic, ca un punct, de o formă cu totul rotundă, marginile foarte regulate și resfrânte în năuntru. Diametrul orificiului abia măsoră 2 m. m.

Orificiul de eșire este aședat pe fața posterioară a cõpsei la 4 c. m. în jos de plica fesieră. Dênsul este mult mai mare ca orificiul de intrare, căci măsoră 16 m. m. în sens vertical și 17 m. m. în sens transversal, prin urmare de 14 ori mai mare ca cel de intrare. Forma sea e neregulată prezentând mai multe unghiuri și colțuri de stea. Marginile sale sunt rupte și resfrânte în afară; către partea internă se vede un mic lamboû de piele triunghiular rupt dar încă aderent. Sub dênsul se simte un corp tare și destul de voluminos care scoțându-se s'a vëdut că este o porțiune turtită din cămașia glontelui. Proectilul nu s'a putut găsi. Prin piele și părțile moi ale cõpsei se simte fractură cominutivă a femurului, — Restul leziunilor îl vom descrie mai târziu.

Un alt exemplu și mai demonstrativ este faptul următor:

Arma Mannlicher, distanță 200 metri. S'a produs pe cõpsa stângă și anume pe fața sea anterioară și mijlocie, un orificiû punctiform neavând de cât 3. m. m.



Orificiû de intrare

Fig. 41. — Cõpsa stângă. Arma Mannlicher, distanță 200 metre.

Orificiû de eșire

diametru. Proectilul însă isbind osul drept în mijloc, a produs un orificiū de eșire înspăimântător de mare. În adevăr, densusul e mai mare ca palma mâinei, căci măsoară 17 centimetri în sens vertical și $6\frac{1}{2}$ c. m. în cel transversal. Tote părțile moi: tendóne, aponevrose și osul, sunt rupte cu deserșire, mușchii posteriori rupți în două și asvêrliți în formă de lambouri (fig. 41).

La disecție s'a găsit un focar traumatic colosal, de mărimea unui pumn. Glontele a străbătut drept în mijlocul femurului; se constată o mulțime de eschile mântinute de periost. Pe fragmentul inferior, fractura se opresce la o distanță de $6\frac{1}{2}$ c. m. nu se constată absolut nici cea mai mică fisură.

Am dupe aceia mai multe alte experiențe ce am făcut pe cadavru cu arme comune și arme de răsboiū la institutul de chirurgie și cari nu mi-au lăsat absolut nici o îndoială de veracitatea acestui lucru ast-fel:

I) Descărcătură de revolver calibru 10 la distanță de 10 metri. Orificiul de intrare în regiunea ipogastrică între ombilic și simfisa pubienă, este mic rotund, iar în partea laterală stângă epidernul știrbit, nici o arsură sau colorație deosebită. Mărimea orificiului 5 m. m. Orificiul de eșire se află așezat drept pe sacru imediat d'asupra coxisului. Este de mărime *mult mai mare* ca orificiul de intrare având $9\frac{1}{2}$ m. m.; presintă bucați de piele în lamboū și resfrante în afară și în laturī. Prin ambele orificiuri se scurge lichid ascitic iar prin cel de eșire, sânge, în mod continuū.

II) Descărcătură de revolver de precizie, model Englezesc: calibru 12, și la distanță de 15 metri. S'a lovit în articulația umărului stâng. Orificiul de intrare mic, regulat și rotund, diametru 6 m. m. pe segmentul inferior pielea știrbită și pare puțin arsă. Orificiul de eșire drept în acromion, osul rupt în eschile. Acest orificiū cu lambouri de piele resfrante în afară este *de două ori mai mare* ca orificiul de intrare. Proectilul a străbătut și rupt stâlpul scării gros de 5 c. m. intrând în partea sea de mijloc și oprindu-se într'o așchie din afară, dar fără să fi suferit cea mai mică deformație.

III) Descărcătura unei arme de vênătóre de calibru 12 și la distanță de 10 metri. S'a lovit în marginea superióră a celei de a V cóstă din drépta și fórte aprópe de stern. Orificiul de intrare regulat, rotund și *de 5 m. m.* Pe segmentul inferior al orificiului, pielea e știrbită iar cóstă ruptă. Orificiul de eșire este *enorm de mare* ast-fel în cât policele intră cu cea mai mare înlesnire. Densusul se găsește în dreptul apofisei spinóse a omoplatului în drépta. Se observă un lamboū mare de piele resfrânt în afară. S'a remarcat că glontele la eșirea sea a produs o șuerătură colosală și înflorătóre.

IV) Descărcătură de armă de răsboiū Henry Martini, la distanță de 12 metri și 30 c. m. și cu o încărcătură redusă de uu gram și jumătate pulbere

S'a lovit în al III spațiū intercostal din drépta d'asupra mamelonului. Orificiul de intrare rotund, regulat având pe segmentul inferior pielea știrbită, *diametrul 6 m. m.* Orificiul de eșire pe omoplat în nivelul unghiului posterior și inferior; marginile sale sunt resfrante în afară dar fără lamboū de piele; mărimea *9 m. m.*

V. Arma H. Martini, la aceeași distanță încărcătura însă de 2 grame.

Orificiul de intrare pe cóstă V aprópe de stern în drépta și la 10 c. m. mai jos de claviculă; este regulat dar de o formă ovală semănând cu o rachetă, mic și cu marginile puțin arse și colorate: în plagă se simte osul sdrobot. Ori-

ficiul de eșire situat la 10 c. m. dedesubtul ultimei vertebre cervicale spre dreapta și în apofizele spinose. *Acest orificiū e mult mai mare ca cel de intrare putând permite introducerea degetului indicator.* Glonte la trecut și a rupt o stinghie din scară ce se afla la o distanță de 40 c. m. de cadavru.

VI) Arma H. Martini aceiași distanță, încărcătură de 3 grame.

Orificiul de intrare în fosa iliacă dreaptă la 6 c. m. înăuntru de spina iliacă anterioară și superioară, are o mărime de 8 m. m. Orificiul e regulat, rotund, dar marginele brune. Orificiul de eșire prin osul iliac față posteroară la 8 c. m. de creastă. Densul este sângerând, are o formă de stea cu o codă lungă și *mult mai mare ca orificiul de intrare.* Se simte câte-va eschile.

VII) Arma de răsboiū H. Martini: Aceiași distanță, încărcătura 4 grame.

Orificiul de intrare pe terțul superior al cōpsei drepte, față antero-internă, la 9 c. m. sub arcada lui Fallope; acest orificiū e *fōrte mic*, rotund și regulat. Orificiul de eșire însă e enorm de mare având diametrul transversal de 2 centimetri iar cel vertical 4 centimetri! Se găsește pe față posteroară a cōpsei imediat sub marele trochanter. Marginele sale sunt dilacerate cu două mari lambouri de piele. În afară și în fund se vād muschi, aponevroze și tendōne sfășiate. Din plagă se scot o mulțime de eschile, iar sub piele se simte osul cu totul sfărâmat în mod cominutiv dând senzația unor nucī puse într'un sac. La eșirea glontelui, mâna dreaptă a cadavrului a fost asvârlită în aer producând o plagă enormă a policelului și a regiunii tenare, însoțindu-se de sdrobirea părților moi și a oșelor carpului fracturându-le în mod cominutiv.

VIII) În fine cu aceeași armă și cu încărcătura normală de 5 grame și jumătate s'a tras un foc la 12 metri și 30. S'a lovit drept în frânghie la gât producând 2 plăgi: una inferioară cât o piesă de 5 lei iar alta superioară de mărimea unei piese de 2 lei ambele separate de frânghie. S'a determinat fractura cominutivă a maxilarului inferior și a alveolelor; ruperea limbei precum și fractura cominutivă a maxilarului superior. Orificiul de eșire se află în partea corespundentă a cefeī cu totul neregulat însă mai mic ca o piesă de 5 lei, probabil din cauză că la gât a lovit în frânghie, după cum am vādut. Totuși însă sguduitura a fost atât de mare în cât cadavrul a căzut jos.

IX) Experiențe făcute cu arma Mannlicher la distanță de 300 metri.

Orificiū de intrare la unirea terțului superior cu cel mijlociū a brațului stâng față anterioară. Acest orificiū de un diametru de $\frac{5}{8}$ m. m. este rotund cu marginele fōrte regulate și tăiate drept perpendicular. Orificiul de eșire așezat pe față posteroară a brațului de formă neregulată, marginele rupte și resfrante în afară are un diametru transversal de 2 centimetri iar cel vertical de 3 centimetri. Prin piele se simte o mulțime de fragmente din osul fracturat.

X) Arma Mannlicher, distanța 300 metri. Orificiū de intrare în unghiul intern al ochiului drept, imediat sub pleōpa inferioară. Acest orificiū e destul de larg având un diametru de 1 c. m. de o formă însă rotundă și cu marginele tăiate drept fără a fi rupte, în fund se simte eschile osōse. Orificiul de eșire se află pe partea laterală stângă a gâtului în dreptul celei de a 4 și 5 vertebră cervicală. Este mult mai mare și neregulat ca cel de intrare având marginele resfrante în afară. Diametrul vertical e de 2 c. m. iar cel transversal de un centimetru. Acest orificiū de sigur ar fi fost și mai mare dacă glonte la n'ar fi fost întrerupt la eșirea sa de un ștrâng ce era înfășurat de mai multe ori în jurul gâtului și pe care l'a rupt aproape în întregime. Afară de acesta capul nu era în rectitudine, cadavrul

fiind rău suspendat. Glontele a rupt marginea maxilarului superior și partea laterală dréptă a nasului.

XI) Arma Mannlicher, distanța 300 metri.

Plagă în regiunea frontală imediat d'asupra rădăcinei nasului. Orificiū de intrare regulat rotund avēnd diametrul 7 m.m. Marginele sunt regulate, tăiate drept și resfrānte înăuntru. Sub piele se simte o mulțime de eschile, rezultatul unei fracturi cominutive a frontalului. Orificiul de eșire pe partea laterală stângă a cefei, este neregulat, cu marginele rupte în lambouri și resfrānte în afară, presintă un diametru vertical de 2 c.m. iar cel transversal de $1\frac{1}{2}$ c.m.

Acesta este rezultatul experiențelor mele personale din cari, încă odată repet, putem fără nici o esitare să conchidem că : proiectilul trecând prin părți moi fără să fie împedecat de planuri osóse, determină orificiū de intrare și eșire de dimensiuni aprópe egale ; din contra, orificiul de eșire va fi cu atât mai mare, cu cât planuri osóse vor fi interpuse în traectul proiectilului, și acésta or-care ar fi vitesa sea.

Incă un lucru trebuie să notăm : orificiul de intrare pe lângă regularitatea lui póte presenta câte o mică știrbire din piele, dar acésta din experiențele ce-am făcut stă în legătură cu modul penetrațiunei proiectilului și anume : daca proiectilul isbește în sens oblic, atunci tot-d'a-una vom constata acéstă știrbire de epiderm ; pe când din contra, isbind direct și în sens cu totul vertical, pielea va fi resfrāntă regulat înăuntru absolut fără nici o știrbire.

Póte că ar fi trebuit un număr mult mai mare de experiențe, dar pentru moment m'am oprit aci, cu toții știind dificultățile ce întâmpinăm precum și sacrificiul de timp ce ni se impune.

CHESTIONAR

Plagă în seton. Raportul între orificiul de intrare și eșire. Dupuytren, Blandin, Velpeau, autorii compendiului. Opinia autorului. Diferite experiențe. Concluziuni.

PLĂGI PRIN ARMĂ DE FOC

(CONTINUARE)

Lecția XXXVIII.

Domnilor,

O altă teorie care iarăși este admisă mai de toți autorii este

II) Teoria idrostatică.

Deja din 1849 Huguier, observând acțiunea cu totul distrugătoare a proiectilelor asupra organelor splashnice ca ficat, splină etc. emisese ideea că niște asemenea distrugerii proveniaū dintr'o acțiune specială a lichidelor din aceste organe.

Reproduc din Delorme următoarea frază :

Huguier descrie cu o mare precisiune atriiunile, sdrobirile și fragmentarea în bucăți a ficatului, rinichiului, splinei etc. precum și proecțiunea la distanță a fragmentelor din aceste organe. După acesta adaogă : s'ar părea că *lichidul abundant*, ce conțin aceste organe parenchimatose, *respins în depărtare* de acțiunea laterală a proiectilului să fi smuls cu densul porțiunii din aceste viscere.

Busch în 1875 a reluat această idee.

Dar mai ales Kocher din Berna prin experiențele sale a reînviat teoria lui Huguier făcându-o cu totul modernă, cu totul de actualitate.

În adevăr, experiențele sunt foarte demonstrative arătând că țesuturile moi și în special cavitățile organice precum e creurul, cordul, bășica udului și chiar părțile moi ale organismului, sunt supuse la aceleași legi fizice ca și lichidele ; și că acțiunea proiectilelor se efectuază prin presiunea ce determină pe pereții unei cavități plină cu lichid săū substanță môle.

Cunosteți, domnilor, din fizică principiul numit al lui Pascal, a cărei aplicațiune a dat rezultate așa de frumoase, inventându-se presa idraulică. Imi cer voe a vi'l reaminti :

O presinne exercitată pe suprafața unui lichid, se transmite în masa acestuia ca și pe păreții opuși, în toate direcțiunile și cu o intensitate proporțională cu suprafețele apăsate.

Aplicând acest principiu la clinică și luând ca exemplu bășica udului, stomacul etc. conchidem : dacă un proiectil cu o suprafață de 1 c.m. pătrat vine și isbește bășica, atunci partea opusă a acestui organ va primi o presiune de atâtea ori mai mare cu cât densa va fi mai întinsă. Ast-fel că, închipuindu-ne această suprafață de 100 c. m. pătrați, densa va suferi din partea proiectilului o presiune nu de un centimetru ci de 100 c. m. pătrați.

Lesne decî putem vedea de aci marele distrugerî de carî se vor însoți proiectilele isbind niște asemenea organe.

Și în adevăr, esperiențele sunt în acord cu acest principiu. Ast-fel, trăgînd în cutii de tinichea góle (cutii de conserve), proiectile animate de o mare vitesă, am constatat că păreții cutiei sunt perforați de orificiuri relativ de mică dimensiune; din contra, dacă cutia e plină cu apă, orificiurile sunt mult mai mari și rupte, mai cu deosebire cele de esire.

Acelaș rezultat am obținut pe craniuri góle, pline cu călți, bumbac sau pămînt, unde tot-d'a-una am constatat o disproporție între cele două orificiuri, mai ales când materialul era ud sau uscat.

Profesorul Paul Bruns a făcut și dînsul esperiențe în sensul presiunii idraulice și a ajuns la conclusiunea că dacă lichidul e închis într'un vas, presiunea determinată de proiectil e capabilă de a face să spargă recipientul, iar apa să fie asvărilită la o distanță de 2 metri. Dînsul a constatat că această presiune se ridică până la 15 atmosfere.

Reger a demonstrat și dînsul prin manometru că efectul explosiv produs prin proiectile trase la o scurtă distanță, se póte explica prin presiunea idraulică.

Esperiențele făcute de mine pe craniuri, vorbesc îndestul fiind cu totul demonstrative. Și or-ce mici escepțiuni ce se pot observa nu sunt în stare a distruge principiul idrostatic.

S'a obiectat în adevăr că aceste distrugerî se datoresc mai mult rezistenței țesutului compact al óselor de cât conținutului lor. Și probă e că pe femure uscate și óse late găsım aceleași crăpături și fisuri.

Noi însă rîspundem că acesta nu probéză nimic de cât gradul de coeziune a moleculelor unui os, care nefiind acelaș în tótă lungimea sea, efectele proiectilului vor fi diferite. În adevăr, trăgînd cu arma H.

Martini încărcătură normală la distanță de 20 metri într'un femur uscat, am obținut pe mijlocul diafisei sale fractură în țăndări și lungi fisuri; pe când în extremitatea sea inferioară glonteile a intrat și eșit determinând niște orificiuri perfect regulate, fără nici o fractură sau fisură (Fig. 42). Și pentru ce această deosebire? pentru că în diafisă



Orif. de intr.



Orif. de eșire

Fig. 42

Femur uscat extr. inferioară

țesutul osos fiind mai compact, forța de coeziune e mai mare și în consecință și puterea de rezistență mai forte în fața proiectilului, de unde și distrugerii mai mari conform principiilor deja stabilite. Din contra, în epifize avem un țesut cu totul spongios și prin urmare cu o forță de coeziune slabă și deci rezistență mică în fața proiectilului, de unde și orificiuri simple de intrare și eșire fără nici o eschilă sau rupere.

Pe de altă parte coeziunea moleculară nu e aceeași nici chiar pe diafisă în totă lungimea sea, existând puncte unde densa e mai slabă sau mai puternică. De unde va rezulta și efecte diferite a acțiunii proiectilului: în unele locuri fracturi cu eschile întinse, iar în altele fără nici o eschilă mergând chiar până la simple perforațiuni rotunde și regulate fără cea mai mică știrbire a osului.

Dar însăși clinica ne adeverește acesta. În adevăr, în fracturele ordinare și în special în cele indirecte—după cum vom vedea—un os lung ca femurul, tibia, umărul etc. nu se rup de cât în anumite locuri ce stau în legătură cu forța de coeziune.

Tot ast-fel este și cu proiectilele al căror efect neapărat că va fi în proporție cu coeziunea moleculară, care însă departe de a distruge efectele hidrostaticii, din contra o afirmă și mai mult.

Și probă avem că dacă la acesta se adaogă măduva conținută în oșe precum și cele alte materii animale, de sigur distrugerile vor fi mai mari și în acest cas avem ruperi în țesutul spongios pe un cadavru sau pe viu; pe când acelaș os uscat ne oferă o simplă perforație rotundă fără nici o eschilă sau strivire.

Dar iată experiențele ce am întreprins în această direcțiune: Am luat mai multe cutii de conserve ordinare și am tras într'ênsele cu proiectilul armei noastre de război 1879 (Henry Martini) cu încărcătură normală de $5\frac{1}{2}$ grame și la distanță de 20 metri. Fie-care din aceste

cutii are o înălțime de 16 c.m. iar lărgime de $7\frac{1}{2}$ c.m.; experiențele le-am făcut la pirotecția armatei.

I) Cutie goală. Orificiul de intrare regulat rotund, dar de o formă quasi poligonală, cu marginile resfrante înăuntru, are un diametru de 1 c.m. și 4 m.m. Orificiul de eșire de aceeași formă rotundă dar cu marginile resfrante în afară și fără nici o ruptură; măsoră 1 c.m. și 6 m.m. (Fig. 43).

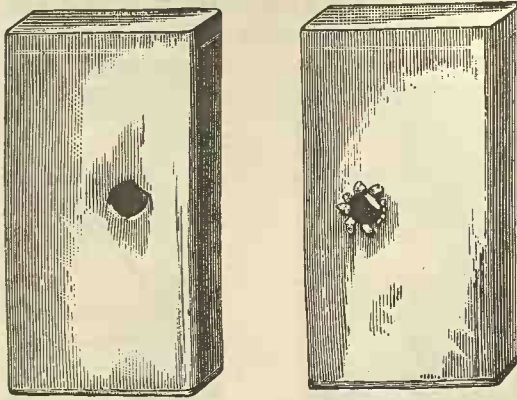


Fig. 43. — Cutie goală.
Orificiul de intrare Orificiul de eșire

Același rezultat aprăpe identic l'am obținut cu aceleași cutii pline însă cu substanță de forțe mică densitate precum :

II) Cutie plină cu păr de lână. Orificiul de intrare rotund are 1 c.m. și 2 m.m. Orificiul de eșire 2 c.m. iarăși rotund, dar cu marginile resfrante în afară. (Fig. 44).

III) Cutie plină cu fân uscat. Orificiul de intrare rotund, ușor poligonal, mărimea 1 c.m. și 2 m.m. Orificiul de eșire iarăși rotund cu marginile tăiate în mod regulat și resfrante în afară are o mărime de 1 c.m. și 6 m.m.

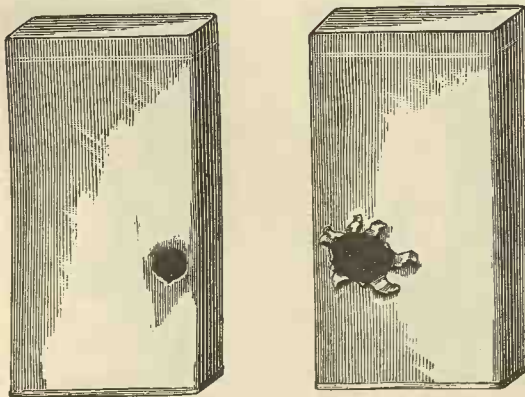


Fig. 44. — Cutie plină cu păr.
Orificiul de intrare Orificiul de eșire

IV) Cutie plină cu pae uscate. Orificiū regulat, rotund ușor, poligonal și de o mărime de $1\frac{1}{2}$ c.m. Orificiū de eșire iarăși foarte regulat cu marginile tăiete și răsfrânte în afară; are întocmai aceeași mărime ca și orificiū de intrare, adică $1\frac{1}{2}$ c.m.

Deosebirea însă începe a se accentua în experiențele ce urmază:

V) Cutie plină cu apă și astupată cu capacul său. Orificiū de intrare aprópe rotund și regulat este rupt și are o mărime de 1 c.m. și 4 m.m. Orificiū de eșire de o formă ovală și rupt, are un diametru de 2 c.m. și 3 m.m.; afară de acesta

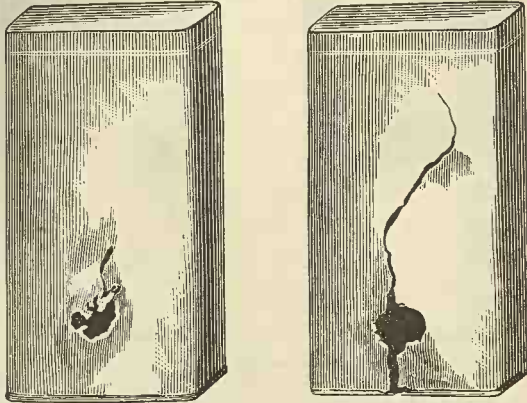


Fig. 45.—Cutie plină cu apă.
Orificiū de intrare Orificiū de eșire

se mai vede pe peretele tinichelei o mare spintecătură în sus de 9 c.m. iar alta în jos de 2 c.m. 3 m.m. (Fig. 45).

VI) Cutie plină cu apă dar fără capac. Orificiū de intrare rotund măsurând 1 c.m. iar în altă parte măsură 2 c.m. și 6 mm.; densusl presintă două rupturi mari de câte 3 c.m. iar alta mai mică de 1 c.m. și 2 m.m. Orificiū de eșire

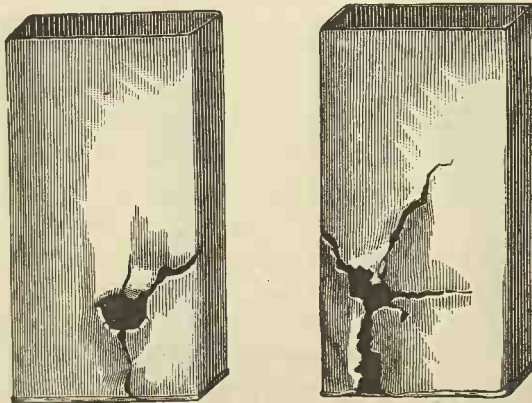


Fig. 46.—Cutie plină cu apă.
Orificiū de intrare Orificiū de eșire

nu este bine limitat înlocuit fiind prin patru mari rupturi: una în sus de 6 *c.m.*, alta în jos de 5 *c.m.*, iar alte două laterale de câte 4 *c.m.* În ambele cazuri cutiile au fost aruncate în aer. (Fig. 46).

VII) Cutie cu capac plină cu pământ uscat. Orificiul de intrare foarte regulat

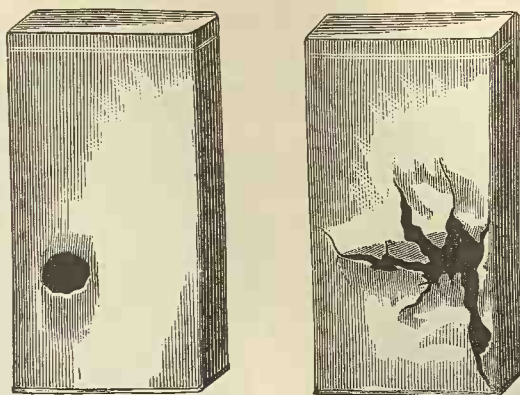


Fig. 47.—Cutie plină cu pământ uscat.
Orificiul de intrare Orificiul de eșire

rotund, având o mărime de 1 *c.m.* Orificiul de eșire cu totul rupt și neregulat, are o mărime de 9 *c.m.* și prezintă o mulțime de alte lambourii și spintecături. (Fig. 47).

VIII) Cutie cu capac plină cu pământ umed, având o consistență semi-licidă. Orificiul de intrare enorm și rupt în lături cu perderi de substanță are o mărime

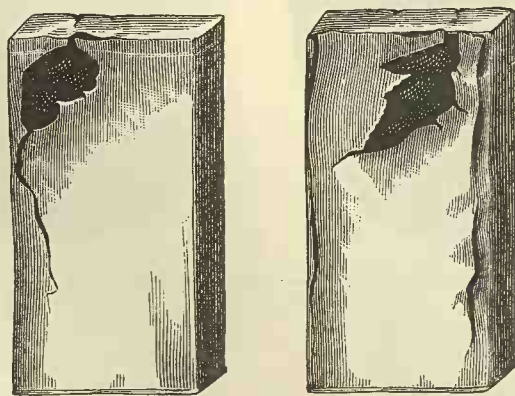


Fig. 48.—Cutie plină cu pământ umed.
Orificiul de intrare Orificiul de eșire

de 4 *c.m.* iar în jos prezintă o ruptură de 7 1/2 *c.m.* Orificiul de eșire foarte neregulat, cam triunghiular, având un diametru vertical de 5 1/2 *c.m.* iar cel transversal de 3 *c.m.* prezintă mai multe rupturi dintre cari una de 12 *c.m.* (Fig. 48)

IX) Cutie cu capac plină cu nisip. Orificiul de intrare rotund regulat cu marginile resfrante înăuntru, are un diametru de 1 c.m. și 2 m.m. Orificiul de eșire propriu zis nu există înlocuit fiind prin rupea colosale și desfacerea pereților cutiei măsurând o deschidere de 18 c.m.

Am procedat după aceea la o serie de alte experiențe și anume cu bășici de boi, căutând a simula analogia acestor corpuri cu organele noastre splacnice; rezultatul este următorul :

X) Bășică goală, arma Mannlicher, distanța 400 metri. Orificiul de intrare rotund regulat, mărime 5 m.m. Orificiul de eșire iarăși rotund și regulat mărime 6 m.m. (Fig. 49).

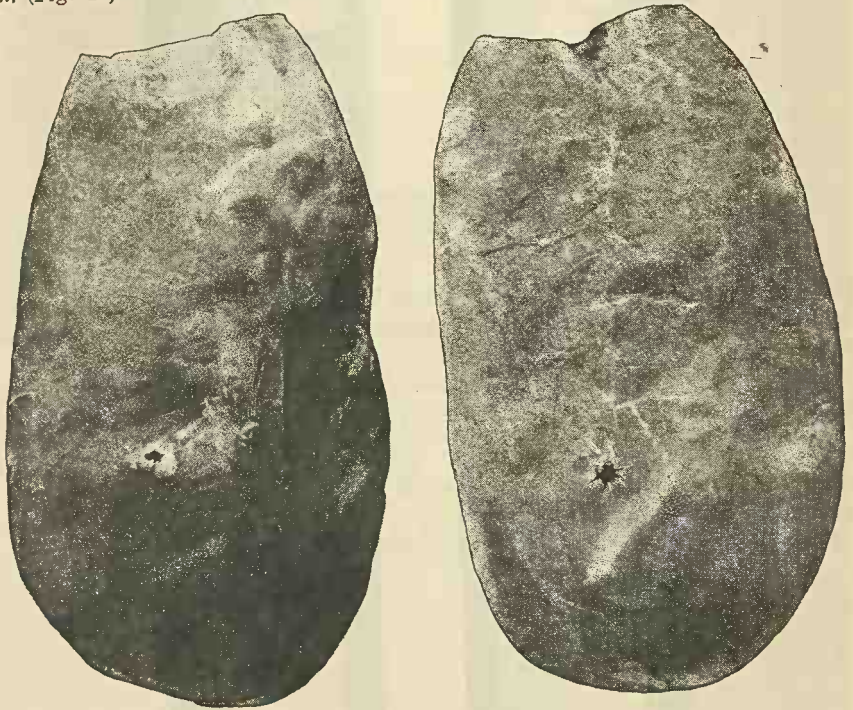


Fig. 49.—Bășică de boi goală.
Orificiul de intrare. Orificiul de eșire

XI) Bășică plină cu apă. Arma 1879 (Henry Martini) încărcătura normală distanța 20 metri. Orificiul de intrare rotund și regulat, are 7 m.m. Orificiul de eșire enorm de mare cu forma longitudinală și ovală, având un diametru vertical de 5 centimetri, iar cel transversal de 2 c.m. și 6 m.m. (Fig. 50).

XII) Bășică plină cu pământ ud de o consistență semi-solidă, simulând materiile fecale. Orificiul de intrare de o formă rotundă dar cu marginile neregulate și în multe locuri rupte, are un diametru de 3 c.m. în sens vertical, iar 2 c.m.

transversal. Orificiū de eșire mult mai mare și cu marginile resfrânte în afară având de alt-fel o formă destul de regulată cu un diametru transversal de $4\frac{1}{2}$ c.m. iar cel vertical de $3\frac{1}{2}$ c.m. (Fig. 51).

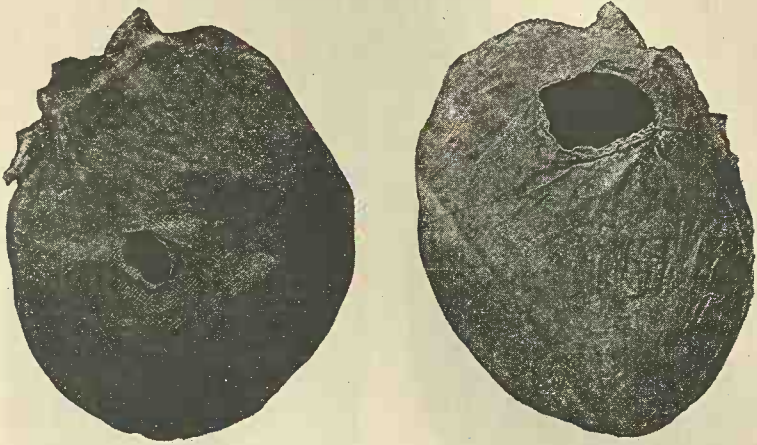


Fig. 50.—Bășică de boū plină cu apă.

Orificiū de intrare

Orificiū de eșire



Fig. 51.—Bășică de boū plină cu pământ umed.

Orificiū de intrare

Orificiū de eșire

Am făcut în fine tot în acest sens experiențe și pe craniuri uscate în condițiuni diferite, al căror rezultat este următorul :

XII) Craniū gol. Orificiū de intrare pe osul frontal foarte regulat rotund, avēnd un diametru de 1 c.m. Orificiū de eșire s'a făcut drept în sutura lamdoidă din care a rezultat deslipirea totală a osului occipital nerămāind în loc de cāt o porțiune din acest os de 2 c.m.

XIII) Altă experiență făcută tot pe craniū uscat dar al cărui orificiū de eșire făcându-se nu în unghiul suturei lamdoide ci pe osul occipital în partea sa dreptă, a produs o deschidere longitudinală de 4 $\frac{1}{2}$ c.m. iar transversală de 1 $\frac{1}{2}$ centimetri (Fig. 52).

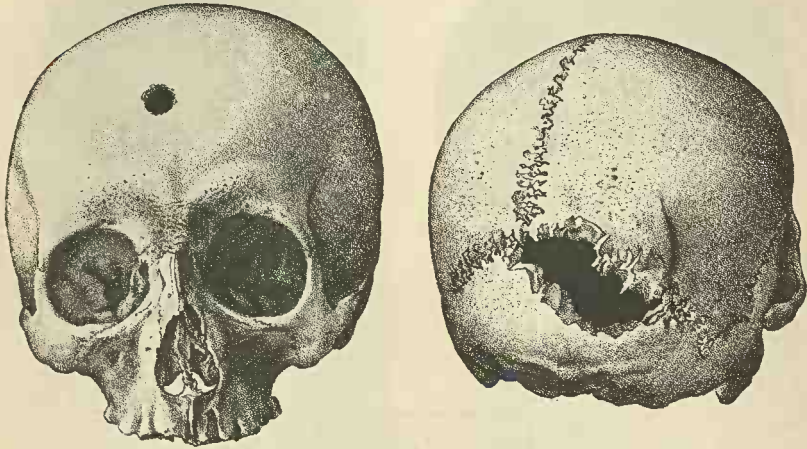


Fig. 52.—Craniū gol.

Orificiū de intrare

Orificiū de eșire

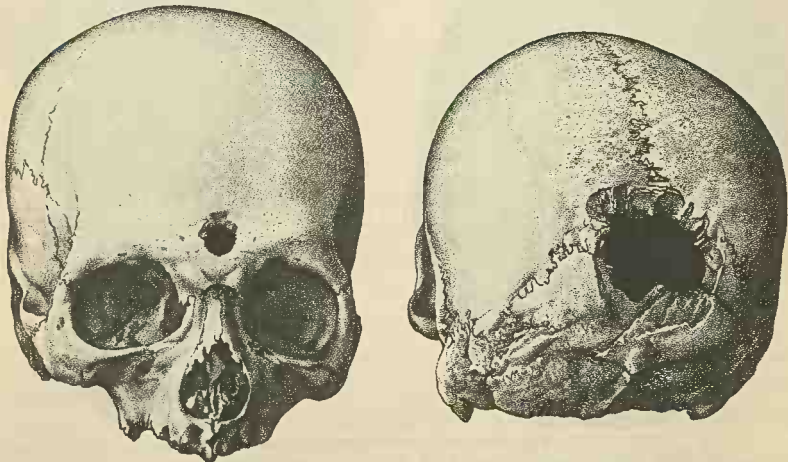


Fig. 53.—Craniū uscat plin cu călți.

Orificiū de intrare

Orificiū de eșire

însoțit: I) de o mare pierdere de substanță atingând și parietalul, iar II) de o rupere completă de 13 centimetri, perțându-se înapoi pe parietal. Orificiul de eșire reprezentat prin ablațiunea aprópe completă a óselor parietale. Acesta ne dá o deschidere transversală de 13 centimetri (Fig. 54).

XVI) Craniu uscat plin cu pământ umed. Orificiul de intrare pe partea laterală stângă a frontalului de o formă longitudinală cu pierdere osósă, oferindu-ne o deschidere de 6 c.m. diametru longitudinal și $1\frac{1}{2}$ c.m. transversal. Orificiul de eșire putem dice că nu există, de óre-ce tótă bolta craniénă ca și tótă basa craniului a fost asvêrlită în aer, nerámând din întregul craniu de cât o mică porțiune din frontal, șaua turcésă, apofisa basilară și temporalul din partea stângă. (Fig. 55).

Din tóte acestea s'a conchis, și noi admitem, că principala cauză a distrugerilor observate, decurge din respingerea ce suferă lichidele aflate în țesuturii saú cavității cari lucréză prin calea de presiune, întocmai ca în mecanismul preseii idraulice. Și o dată elasticitatea țesuturilor învinsă, stricăciunile sunt enorme întocmai ca și cum ar fi vorba de un proiectil explosibil, lucru de care în mod reciproc în rășboiul Franco-German precum și în cel Ruso-Româno-Turc, fie-care națiune se inculpa.

Dar pentru ca proiectilele să dea niște asemenea rezultate, se cere ca viteza sea să fie cât se póte de considerabilă și anume dincolo de 250 metri pe secundă, iar proiectilul de un calibru mare și de o formă cilindro-conică, ceia ce am realizat experimentând cu proiectilul 1879 încărcătură normală și la distanță de 20 metri.

Ce rezultă din tóte aceste experiențe ?

Că un corp fie el anorganic solid (cutii, cranii etc.); fie un corp organic (bășicele de boú) ne oferă leziuni cu totul deosebite după cum dênsele vor fi góle, saú pline cu substanțe mai mult saú mai puțin dense.

Am vêđut în adevêr cum orificiile de intrare în cele góle saú cu substanțe fără mare densitate ne presintă o formă mai mult saú mai puțin rotundă și nu de dimensiuni mari, iar orificiile de eșire iarășî în mod relativ nu sunt în mod disproportionat de primele. Din contra, cu cât aceste corpuri conțin în ele lichide saú materii semi-lichide, distrugerile atât la orificiul de intrare al proiectilului cât și la eșirea sea devin din ce în ce mai întinse, mergând chiar până la o adevêrată distrugere totală și în afară de or-ce descripțiune.

Și dacă am raporta aceste experiențe la faptele clinice, am putea póte ajunge la urmátóarele conclusiuni ce nu sciú dacă s'ar putea pune în practică. Și anume: Că cel puțin în ceia ce privește organele conținute în cavitatea abdominală, ar trebui pe cât posibil să fie lipsite de or-ice conținut solid saú lichid; ar trebui ca în momentul luptei, soldatii să nu aibă stomacul plin, precum nici intestinele saú bășica udului;

ar trebui prin urmare ca în ajunul luptei, mâncarea să fie pe cât posibil de restrânsă, bășica urinară golită, iar intestinele descărcate de materiile fecale prin vre-un purgativ?!

De sigur că aceste indicațiuni vor părea pôte ridicule în fața unora, dar nu e mai puțin adevărat că experiențele mai sus citate comandă niște asemenea precauțiuni. Și pentru a nu mi se imputa că propun lucruri pe cât de imposibile pe atât basate pe esperiențe ipotetice, aduc următoarele fapte pe cari le cred fôrte demonstrative. Ast-fel :

Trăgând cu arma Mannlicher la distanță de 300 metri, s'a produs în regiunea ombilicală două plăgi, una d'asupra iar cea-l'altă dedesubtul ombilicului, cu orificiurile de intrare regulate, de formă rotundă și cu un diametru de $\frac{3}{3}$ m.m. Orificiurile de eșire în regiunea lombară, dintre cari unul imediat în apropiere de colóna vertebrală iar cel alt la o distanță de vre-o 5 c.m. Ele 'aũ o formă stelată cu marginile rupte dar aprópe de acelaș diametru ca cel de eșire.

La disecție s'a constatat că traectul acestor plăgi a trecut prin cavitatea abdominală fără a leza nici o anșă intestinală, producând însă un mic orificiũ în mesenter iar de aci a eșit afară străbătând întréga masă a muschilor dorso-lombari. Este adevărat că intestinele acestui cadavru erau cu desăvârșire góle.

N'a fost însă tot ast-fel în cazul următor :

Cadavrul N. N. în care s'a tras la 400 metri cu arma Mannlicher, lovitură la ochi dată de D-nul colonel Paladi. Orificiũ de intrare în regiunea epigastrică drept sub apendicele xifoid. Acest orificiũ rotund și regulat mėsórá 5 m.m. iar orificiul de eșire în partea dorsală, alături de colóna vertebrală mėsórá 2 m.m. La disecție s'a constatat că proiectilul a produs în mica curbură a stomacului ce conținea lichid și materii alimentare, un orificiũ cât o piesă de un leũ, iar pe marea sa curbură a produs un orificiũ cât o piesă de cincĩ lei.

Un alt exemplu ne este dat de cadavrul N. N. asupra căruia s'a tras cu arma 1879 (Henry Martini) avënd o încărcătură de 1,75 grame reprezentând o vitesă de 150 metri și trăgându-se la distanță de 12 metri. Orificiũ de intrare se află în fosa iliacă dréptă și este de 5 m.m. iar orificiul de eșire pe sacru, are un diametru de 2 c.m. neregulat și cu fractura osului.

La disecție s'a constatat o perforație a unei anse intestinale subțiri la inserțiunea sa de mesenter, avënd ambii păręți perforați în mărimea unei piese de un leũ cu marginile aprópe regulate. S'a mai găsit încă o altă perforație a unei alte anse intestinale iarăș pe marginea sa inferióră avënd de asemenea ambii sęi păręți perforați în mărimea unei piese de un leũ limitat de un lambou în formă de punte, plecând de la o extremitate la alta a orificiului, în fine s'a mai găsit o a treia perforație a unui singur perete intestinal în mărimea unei piese de doi lei.

Și aci, ca și în cazul precedent, intestinele nu erau góle ci încărcate de materii amestecate cu ligid. Și proba și mai evidentă este că plaga de și se afla în regiunea ipogastrică imediat d'asupra simfisei pubiene, bășica urinară însă fiind gólă a rămas cu totul neatinsă.

însoțit: I) de o mare pierdere de substanță atingând și parietalul, iar II) de o rupe completă de 13 centimetri, perându-se înapoi pe parietal. Orificiul de eșire reprezentat prin ablațiunea aproape completă a oșelor parietale. Acesta ne dă o deschidere transversală de 13 centimetri (Fig. 54).

XVI) Craniu uscat plin cu pământ umed. Orificiul de intrare pe partea laterală stângă a frontalului de o formă longitudinală cu pierdere osasă, oferindu-ne o deschidere de 6 c.m. diametru longitudinal și $1\frac{1}{2}$ c.m. transversal. Orificiul de eșire putem dice că nu există, de ôre-ce totă bolta craniică ca și totă basa craniului a fost asvêrlită în aer, nerămâind din întregul craniu de cât o mică porțiune din frontal, șaua turcêscă, apofisa basilară și temporalul din partea stângă. (Fig. 55).

Din tôte acestea s'a conchis, și noi admitem, că principala cauză a distrugerilor observate, decurge din respingerea ce suferă lichidele aflate în țesuturi său cavității cari lucrêză prin calea de presiune, întocmai ca în mecanismul preseii idraulice. Și o dată elasticitatea țesuturilor învinsă, stricăciunile sunt enorme întocmai ca și cum ar fi vorba de un proiectil explosibil, lucru de care în mod reciproc în rășboiul Franco-German precum și în cel Ruso-Româno-Turc, fie-care națiune se inculpa.

Dar pentru ca proiectilele să dea niște asemenea rezultate, se cere ca vitesa sea să fie cât se pôte de considerabilă și anume dincolo de 250 metri pe secundă, iar proiectilul de un calibru mare și de o formă cilindro-conică, ceia ce am realizat experimentând cu proiectilul 1879 în-cărcătură normală și la distanță de 20 metri.

Ce rezultă din tôte aceste experiențe ?

Că un corp fie el anorganic solid (cutii, craniii etc.); fie un corp organic (bășicele de boi) ne oferă leziuni cu totul deosebite după cum dênsele vor fi góle, său pline cu substanțe mai mult său mai puțin dense.

Am vêđut în adevêr cum orificiile de intrare în cele góle său cu substanțe fără mare densitate ne presintă o formă mai mult său mai puțin rotundă și nu de dimensiuni mari, iar orificiile de eșire iarășii în mod relativ nu sunt în mod disproporționat de primele. Din contra, cu cât aceste corpuri conțin în ele lichide său materii semi-lichide, distrugerile atât la orificiul de intrare al proiectilului cât și la eșirea sea devin din ce în ce mai întinse, mergând chiar până la o adevêrată distrugere totală și în afară de or-ce descrițiune.

Și dacă am raporta aceste experiențe la faptele clinice, am putea pôte ajunge la următóarele conclusiuni ce nu sciũ dacă s'ar putea pune în practică. Și anume : Că cel puțin în ceia ce privește organele conținute în cavitatea abdominală, ar trebui pe cât posibil să fie lipsite de or-ice conținut solid său lichid; ar trebui ca în momentul luptei, sol-dații să nu aibă stomacul plin, precum nici intestinele său bășica udului;

ar trebui prin urmare ca în ajunul luptei, mâncarea să fie pe cât posibil de restrânsă, bășica urinară golită, iar intestinele descărcate de materiile fecale prin vre-un purgativ?!

De sigur că aceste indicațiuni vor părea pôte ridicule în fața unora, dar nu e mai puțin adevărat că experiențele mai sus citate comandă niște asemenea precauțiuni. Și pentru a nu mi se imputa că propun lucruri pe cât de imposibile pe atât basate pe esperiențe ipotetice, aduc următoarele fapte pe cari le cred foarte demonstrative. Ast-fel :

Trăgând cu arma Mannlicher la distanță de 300 metri, s'a produs în regiunea ombilicală două plăgi, una d'asupra iar cea-altă dedesubtul ombilicului, cu orificiurile de intrare regulate, de formă rotundă și cu un diametru de $3/3$ m.m. Orificiurile de eșire în regiunea lombară, dintre cari unul imediat în apropiere de colóna vertebrală iar cel alt la o distanță de vre-o 5 c.m. Ele 'au o formă stelată cu marginile rupte dar aprópe de acelaș diametru ca cel de eșire.

La disecție s'a constatat că traectul acestor plăgi a trecut prin cavitatea abdominală fără a leza nici o anșă intestinală, producând însă un mic orificiú în mesenter iar de aci a eșit afară străbătând întréga masă a muschilor dorso-lombari. Este adevărat că intestinele acestui cadavru erau cu desăvêrșire góle.

N'a fost însă tot ast-fel în cazul următor :

Cadavru N. N. în care s'a tras la 400 metri cu arma Mannlicher, lovitură la ochi dată de D-nul colonel Paladi. Orificiú de intrare în regiunea epigastrică drept sub apendicele xifoid. Acest orificiú rotund și regulat mêsórá 5 m.m. iar orificiul de eșire în partea dorsală, alături de colóna vertebrală mêsórá 2 m.m. La disecție s'a constatat că proiectilul a produs în mica curbură a stomacului ce conține lichid și materii alimentare, un orificiú cât o piesă de *un leú*, iar pe marea sa curbură a produs un orificiú cât o piesă de *cinci lei*.

Un alt exemplu ne este dat de cadavru N. N. asupra căruia s'a tras cu arma 1879 (Henry Martini) având o încărcătură de 1,75 grame reprezentând o vitesă de 150 metri și trăgându-se la distanță de 12 metri. Orificiú de intrare se află în fosa iliacă dréptă și este de 5 m.m. iar orificiul de eșire pe sacru, are un diametru de 2 c.m. neregulat și cu fractura osului.

La disecție s'a constatat o perforație a unei anse intestinale subțiri la inserțiunea sa de mesenter, având ambii pãreți perforați în mărimea unei piese de un leú cu marginile aprópe regulate. S'a mai găsit încă o altă perforație a unei alte anse intestinale iarăși pe marginea sa inferióră având de asemenea ambii sêi pãreți perforați în mărimea unei piese de *un leú* limitat de un lamboú în formă de puncte, plecând de la o extremitate la alta a orificiului, în fine s'a mai găsit o a treia perforație a unui singur perete intestinal în mărimea unei piese de *doi lei*.

Și aci, ca și în cazul precedent, intestinele nu erau góle ci încărcate de materii amestecate cu lícid. Și proba și mai evidentă este că plaga de și se afla în regiunea ipogastrică imediat d'asupra simfisei pubiene, bășica urinară însă fiind góla a rămas cu totul neatinsă.

însoțit: I) de o mare pierdere de substanță atingând și parietalul, iar II) de o rupere completă de 13 centimetri, perțându-se înapoi pe parietal. Orificiū de eșire reprezentat prin ablațiunea aprópe completă a óselor parietale. Acésta ne dá o deschidere transversală de 13 centimetri (Fig. 54).

XVI) Craniū uscat plin cu pámênt umed. Orificiū de intrare pe partea laterală stângă a frontalului de o formă longitudinală cu pierdere osósă, oferindu-ne o deschidere de 6 c.m. diametru longitudinal și 1½ c.m. transversal. Orificiul de eșire putem dice că nu există, de óre-ce tótă bolta cranienă ca și tótă basa craniului a fost asvêrlită în aer, nerámâind din întregul craniū de cât o mică porțiune din frontal, șaua turcésă, apofisa basilară și temporalul din partea stângă. (Fig. 55).

Din tóte acestea s'a conchis, și noi admitem, că principala caúsă a distrugerilor observate, decurge din respingerea ce suferă lichidele aflate în țesuturī saū cavității carī lucréză prin calea de presiune, întocmai ca în mecanismul preseī idraulice. Și o dată elasticitatea țesuturilor învinsă, stricăciunile sunt enorme întocmai ca și cum ar fi vorba de un proiectil explosibil, lucru de care în mod reciproc în răboiul Franco-German precum și în cel Ruso-Româno-Turc, fie-care națiune se inculpa.

Dar pentru ca proiectilele să dea niște asemenea rezultate, se cere ca vitesa sea să fie cât se póte de considerabilă și anume dincolo de 250 metri pe secundă, iar proiectilul de un calibru mare și de o formă cilindro-conică, ceia ce am realizat experimentând cu proiectilul 1879 încărcătură normală și la distanță de 20 metri.

Ce rezultă din tóte aceste experiențe ?

Că un corp fie el anorganic solid (cutiī, craniī etc.); fie un corp organic (bășicele de boū) ne oferă leziuni cu totul deosebite după cum dênsele vor fi góle, saū pline cu substanțe mai mult saū mai puțin dense.

Am vêdut în adevêr cum orificiile de intrare în cele góle saū cu substanțe fără mare densitate ne presintă o formă mai mult saū mai puțin rotundă și nu de dimensiuni mari, iar orificiile de eșire iarășī în mod relativ nu sunt în mod disproporționat de primele. Din contra, cu cât aceste corpuri conțin în ele lichide saū materii semi-lichide, distrugerile atât la orificiul de intrare al proiectilului cât și la eșirea sea devin din ce în ce mai întinse, mergând chiar până la o adevêrată distrugere totală și în afară de or-ce descripțiune.

Și dacă am raporta aceste experiențe la faptele clinice, am putea póte ajunge la următóarele conclusiuni ce nu sciū dacă s'ar putea pune în practică. Și anume: Că cel puțin în ceia ce privește organele conținute în cavitatea abdominală, ar trebui pe cât posibil să fie lipsite de or-ice conținut solid saū lichid; ar trebui ca în momentul luptei, soldatī să nu aibă stomacul plin, precum nici intestinele saū bășica udului;

ar trebui prin urmare ca în ajunul luptei, mâncarea să fie pe cât posibil de restrânsă, bășica urinară golită, iar intestinele descărcate de materiile fecale prin vre-un purgativ?!

De sigur că aceste indicațiuni vor părea pôte ridicule în fața unora, dar nu e mai puțin adevărat că experiențele mai sus citate comandă niște asemenea precauțiuni. Și pentru a nu mi se imputa că propun lucruri pe cât de imposibile pe atât basate pe esperiențe ipotetice, aduc următoarele fapte pe cari le cred fôrte demonstrative. Ast-fel :

Trăgând cu arma Mannlicher la distanță de 300 metri, s'a produs în regiunea ombilicală două plăgi, una d'asupra iar cea-l'altă dedesubtul ombilicului, cu orificiurile de intrare regulate, de formă rotundă și cu un diametru de $3/3$ m.m. Orificiurile de eșire în regiunea lombară, dintre cari unul imediat în apropiere de colóna vertebrală iar cel alt la o distanță de vre-o 5 c.m. Ele 'au o formă stelată cu marginele rupte dar aprópe de acelaș diametru ca cel de eșire.

La disecție s'a constatat că traectul acestor plăgi a trecut prin cavitatea abdominală fără a leza nici o ansă intestinală, producând însă un mic orificiú în mesenter iar de aci a eșit afară străbătând întréga masă a muschilor dorso-lombari. Este adevărat că intestinele acestui cadavru erau cu desăvêrșire góle.

N'a fost însă tot ast-fel în cazul următor :

Cadavru N. N. în care s'a tras lá 400 metri cu arma Mannlicher, lovitură la ochi dată de D-nul colonel Paladi. Orificiú de intrare în regiunea epigastrică drept sub apendicele xifoid. Acest orificiú rotund și regulat măsórá 5 m.m. iar orificiul de eșire în partea dorsală, alături de colóna vertebrală măsórá 2 m.m. La disecție s'a constatat că proiectilul a produs în mica curbură a stomacului ce conține lichid și materii alimentare, un orificiú cât o piesă de *un leú*, iar pe marea sa curbură a produs un orificiú cât o piesă de *cinci leú*.

Un alt exemplu ne este dat de cadavru N. N. asupra căruia s'a tras cu arma 1879 (Henry Martini) avënd o încercătură de 1,75 grame reprezentând o vițesă de 150 metri și trăgându-se la distanță de 12 metri. Orificiú de intrare se află în fosa iliacă dréptă și este de 5 m.m. iar orificiul de eșire pe sacru, are un diametru de 2 c.m. neregulat și cu fractura osului.

La disecție s'a constatat o perforație a unei anse intestinale subțiri la inserțiunea sa de mesenter, avënd ambii pãreți perforați în mărimea unei piese de un leú cu marginile aprópe regulate. S'a mai găsit încă o altă perforație a unei alte anse intestinale iarăși pe marginea sa inferiórá avënd de asemenea ambii sêi pãreți perforați în mărimea unei piese de *un leú* limitat de un lamboú în formă de punte, plecând de la o extremitate la alta a orificiului, în fine s'a mai găsit o a treia perforație a unui singur perete intestinal în mărimea unei piese de *doi leú*.

Și aci, ca și în cazul precedent, intestinele nu erau góle ci încercate de materii amestecate cu lícid. Și proba și mai evidentă este că plaga de și se afla în regiunea ipogastrică imediat d'asupra simfisei pubiene, bășica urinară însă fiind góla a rămas cu totul neatinsă.

Nu rezultă ôre din tôte acestea că organele splachnice ne prezintă leziuni fôrte mici și chiar scutite de dênsele, după cum vor fi góle sau încárcate cu materii alimentare or escrementiale? Socotesc că rêsponsul este fôrte afirmativ. Și dacã nu ne este posibil a pune în nisce asemenea condițiuni cordul, creerul, plãmânii și alte organe, nu este cãtuși de puțin un motiv a neglija organele conținute în cavitatea abdominalã știut fiind, că o perforațiune simplã a serósei peritoneale, nu are nici un termen de comparațiune, dacã se adaogã o revãrsare de lichide sau materii fecale în cavitatea sea, cãci atunci or-ce intervenție chirurgicalã este inutilã, bolnavul fiind condamnat a muri de o peritonitã supra-acutã și septicã.

Pe lângã acêsta militarul nu prezintă în luptã de cât pãntecele și toracele ca pãrți cu o suprafață mãi întinsã din corpul sãu. Dar în torace avem numai plãmânii și cordul, organe destul de bine apãrate prin arcurile costale cari adesea reușesc a schimba direcția proiectilului. Pe lângã acêsta experiența a demonstrat că plãgile plãmânilor prin armã de foc relativ nu sunt din cele mãi grave; ast-fel că singur cordul rãmãne mãi de temut de ôre-ce leziunile sale pot fi repede mortale. Inșã dênsul, grație spațiului ce ocupã și pozițiunei sale, este mãi rar atins. Abdomenul decí trebue mãi protejat; și dacã prin alt-ceva nu putem, cel puțin sã cãutãm ca unele organe aflate în el, sã fie în condițiunile cele mãi bune pentru a scãpa de leziuni grave.

C H E S T I O N A R

Teoria idrostaticã. Istorice. Huguier, Busch, Kocher. Principiul lui Pascal. Aplicațiuni. Esperiențe diferite ale autorului. Objecțiuni. Opinia autorului. Conclusiuni. Aplicațiuni practice bazate pe esperiențe.

PLĂGI PRIN ĂRMĂ DE FOC

Lecția XXXIX.

Teoria idrostatică.

(Continuare.)

Domnilor,

Contra acestei teorii este Melsen care a arătat că efectul proiectilelor este același și când țesutul este cu totul uscat, iar nu môle și umectat precum sunt muschii și diferite alte părți moi. Cu alte cuvinte, obținem aceeași întindere de leziuni, fără să putem invoca cătuși de puțin cea mai mică intervenire de presiune idrostatică.

Și între alte experiențe, Melsen a făcut una care a rămas clasică și anume: a luat o carte grosă și după ce a fixat-o bine, a tras în ea proiectile animate de viteze de 300—400 metri și a produs în hârtie largi escavațiuni conice pline cu hârtie sfărâmată și pulverisată. Înălțimea și baza conului se mărea cu viteza. În afară de aria conului, hârtia era presată și adesea în puncte foarte depărtate presenta ruperi și crăpături. Iată, conchide dânsul, cum pe un țesut cu desăvârșire uscat, găsim reunite toate desordinele ce produc proiectilele animate de mare viteză ca și cum ar isbi țesuturi moi.

Esperiențele mele personale mi-au dat următoarele rezultate:

Am luat patru pachete formate din hârtii diferite de o formă dreptunghiulară în lungime de 36 c.m. iar în grosime de 4 c.m.

Asupra acestora am tras cu arma 1879 (H. Martini) încărcătură normală și la distanță de 20 metri, pachetele fiind foarte bine fixate. Resultatul a fost următorul:

Primul pachet format din hârtie de mătase foarte subțire; s'a obținut un orificiū de intrare foarte regulat rotund, având un diametru de 1 c.m. Orificiul de

eșire este iarăși de 1 c.m. dar însoțit de niște ruperi colosale împrejurul său, mergând chiar până la o distanță de $3\frac{1}{2}$ c.m.; foițele de hârtie parte sunt resfrânte în afară iar parte reduse în o adevărată pulbere. (Fig. 56).

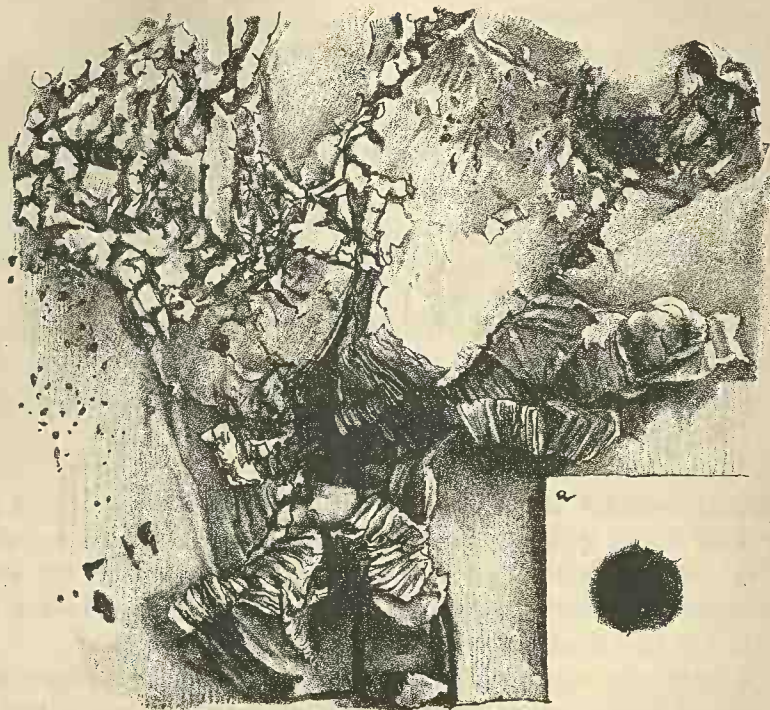


Fig. 56.—Pachet format din hârtie de mătase cu orificiū de intrare și eșire.

II) Pe al doilea pachet de aceeași grosime și lungime, format însă din hârtie ordinară de scris, s'a produs un orificiū de intrare iarăși foarte regulat rotund de un diametru de 1 c.m. pe când orificiū de eșire de și are un diametru de $1\frac{1}{2}$ c.m. ne oferă însă ruperi în jurul său formând o arie de $7\frac{1}{2}$ c.m. cu deslipiri și fisuri, unele de 4 c.m. (Fig. 57).

III) Pe un alt pachet format însă din hârtie grosă de carton (ce servă pentru desen) s'a produs un orificiū de intrare de $1\frac{1}{2}$ c.m. iar orificiū de eșire de 4 c.m. prezentând în jurul său spintecături mergând chiar până la $7\frac{1}{2}$ c.m. (Fig. 58).

IV). Un alt pachet format din combinație de hârtie din toate cele alte trei, formând o grosime de 5 c.m. și având la spatele său și o scândură de brad în grosime de 2 c.m. Orificiū de intrare perfect rotund și regulat are un diametru de 1 c.m. Glonte a rupt scândura producând un orificiū neregulat și de 2 c.m. iar în carton un orificiū longitudinal având însă împrejurul său o arie de $10\frac{1}{2}$ c.m. unde se văd spintecături și ruperi de carton formând lambouri resfrânte în afară. (Fig. 59).

Esperiențele acestea arată în adevăr că și pe corpuri anorganice și uscate proiectilele produc sfărâmarea și ruperea lor în întinderi mai mult sau mai puțin mari, întocmai ca și pe țesuturile organice impregnate de lichide, și deci s'ar putea conchide că distrugerile observate pe cadavre sau ființe vii, nu se pot atribui unei acțiuni de hidrostatică ci unui alt factor cel puțin încă necunoscut.

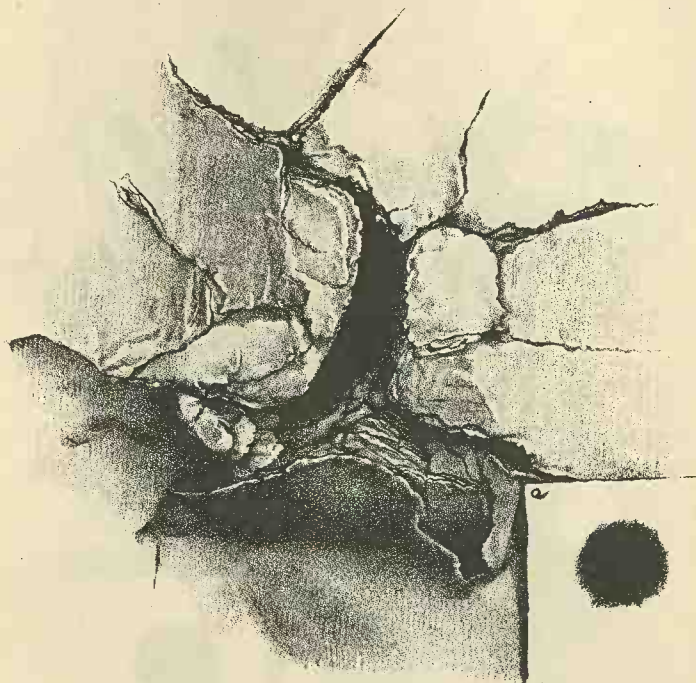


Fig. 57.—Pachet format din hârtie ordinară de scris, cu orificiul de intrare și eșire.

Noi însă credem că aceste experiențe nu contrazic întru nimic cele ce se petrec în organismul viu. Căci aci efectele ce le constatăm sunt în raport cu cele ce deja am studiat la distrugerile ce proiectilul determină în trecerea sa prin diferitele țesuturi ale corpului uman. Credem dar că aci se poate invoca acțiunea aerului care, interpus între fie-care fôe de hârtie și comprimat de proiectil, dânsul oferă acestuia în mersul său rezistențe din ce în ce mai mari, așa că proiectilul trebuind să lupte contra acestor rezistențe, efectele sale la eșire vor fi aprôpe analôge cu acelea ce produce când ar trebui să lupte contra aponevroșelor, mus-

chilor, sistemului osos sau alți factori interpuși sau aflați în aceste sisteme.

Și probă este că ruperile la orificiul de eșire merg crescând cu cât hârtia e mai grosă—după cum se vede din experiențe—și acesta din cauză că proiectilul pe lângă rezistența aerului ce trebuie să învingă mai are și pe aceea a cartonului.

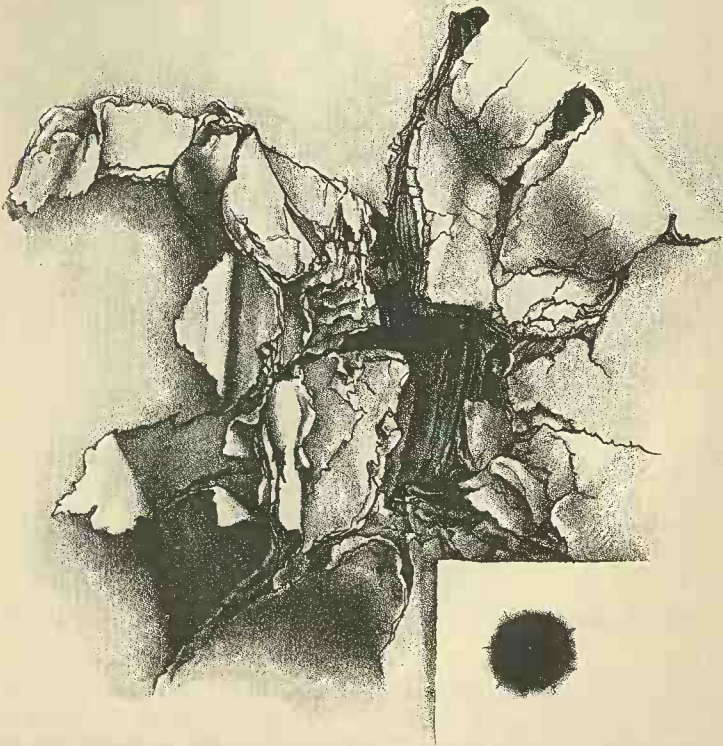


Fig. 53.—Pachet format din hârtie de desen, cu orificiu de intrare și eșire.

Concluziunea este că, oricum ar fi rezultatul experiențelor în sensul lui Melsen, acesta socotim nu poate să distrugă întru nimic intervențiunea hidrostatică în producerea leziunilor prin proiectile, de orice lucrul este dovedit în mod pozitiv și matematic și în raport cu faptele clinice.

Ar mai trebui să vorbim și despre **teoria acțiunii aerului** susținută iarăși de Melsen. După acest autor, proiectilul în cursul său împinge-

mereu înaintea sea o colónă dată de aer. Acestei cantități de aer, Melsen 'i-a dat un nume foarte ingenios de *proectil-aer*. După densus, proectilul-aer fiind cel dintâi care vine în contact cu țesuturile, el este care produce leziunile. Căci densus, fiind împins de proectilul metal în țesuturi, caută să ia o desvoltare mult mai mare în virtutea proprie-

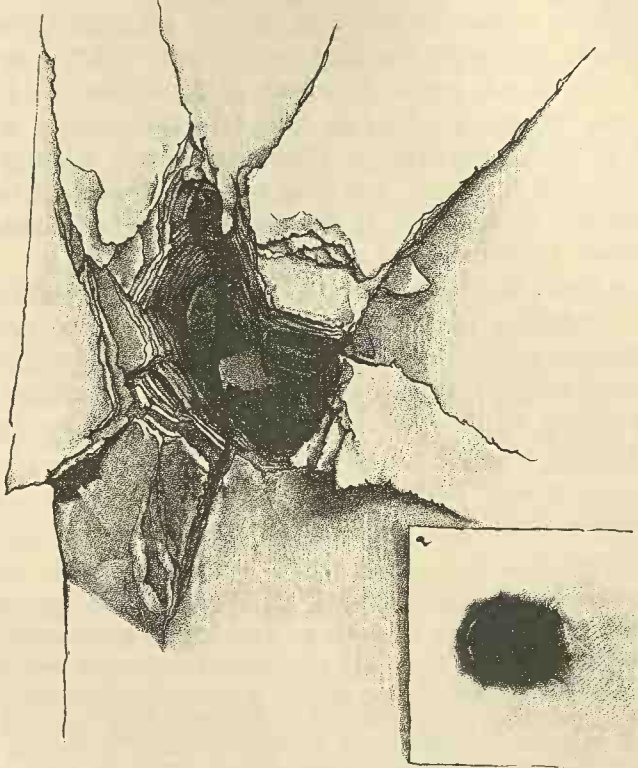


Fig. 59.— Pachet format din hârtie de mătase, hârtie ordinară și hârtie de carton, cu orificiū de intrare și eșire.

tăței de expansibilitate a gazelor; și ast-fel dilatându-se mereu, produce leziuni mai mult sau mai puțin întinse după cum rezistența țesuturilor i-a permis a se dilata într'un grad mai mult sau mai puțin mare.

Acestea sunt ideile lui Melsen cari însă nu au căpătat sancțiune științifică fiind basate mai mult pe ipoteze — ce e drept foarte ingenioase—iar nu pe fapte concrete, mai palpabile.

Concluziunea tutulor cunoștințelor și experiențelor făcute este că: mai tot-d'a-una orificiul de intrare e mai mic ca proectilul; că este de

o formă regulată și cu marginile resfrante înăuntru, fapte cari mai toate sunt inverse în orificiul de eșire—destul de bine studiat — mai cu seamă când proiectilul întâmpină planuri rezistente sau obstacole osoase în drumul său.

Există însă și pentru orificiul de intrare câte-va excepțiuni cari îl depărtază de la regula generală și anume: când proiectilul s'a deformat printr'un obstacol întâlnit în drumul său; când imediat sub piele se află un plan osos resistant ca maxilarul inferior, superior, côstele, fața internă sau crêsta tibiei, ale căror eschile ies imediat din plagă (acțiune retrogradă); în fine, când proiectilul isbește în mod oblic ridicând o parte din piele etc. în toate aceste cazuri, orificiul de intrare nu numai că va fi neregulat dar chiar și mai mare de cât cel de eșire. Din experiențele ce am făcut și din descrierea lor vă puteți convinge de veracitatea tuturilor acestor excepțiuni.

Câte o dată, în loc de două orificiuri putem găsi mai multe, după cum acelaș proiectil a perforat simultaneu unul sau mai multe organe precum: ambele gambe, ambele brațe, sau brațul și toracele etc.

Orificiuri multiple se mai observă când un corp străin este târât în acelaș timp cu un proiectil mare, sau când fragmente mari de oase ies prin orificiuri separate de proiectil.

Iată un cas de orificiuri multiple produs de acelaș proiectil luat din experiențele mele:

Arma 1879 (H. Martini) distanța 20 metri. Incărcătura 3,30 grame reprezentând o viteză de 300 metri. S'a lovit pe fața externă și posterioară a brațului stâng, producând un orificiu de intrare cu diametru vertical 1 c.m. iar cel transversal 8 m.m. Glontele e eșit pe fața internă a brațului cu un orificiu de același mărime. A intrat apoi în partea laterală a toracelui producând un orificiu de 8 m.m.; a eșit pe partea corespondentă dreptă a toracelui, producând un orificiu cu diametru vertical de $1\frac{1}{2}$ c.m. iar cel transversal de 7 m.m.; a intrat apoi în brațul drept producând un orificiu de 2 c.m. diametru și a eșit în fine pe fața externă a brațului formând un orificiu cu diametru vertical de $6\frac{1}{2}$ c.m. iar cel transversal $2\frac{1}{2}$ c.m.; toate părțile moi sunt resfrante și scose în afară. Ambele brațe sunt fracturate în mod cominutiv lucru ce vom descri la fracturi. Disecția ne arată fractura còstei a 8-a. Pulmonul stâng perforat în lobul inferior, cu un orificiu de intrare cât palma mâinei; iar orificiu de eșire diametral opus de aceeași mărime. Trece prin colóna vertebrală fracturând o vertebră cu un orificiu de intrare ca o piesă de un leu, iar cel de eșire cât doi lei și neregulat. Fragmentele se țin unite între ele prin ligamentul vertebral anterior. Pulmonul drept prezintă în substanța și pe fața posterioară a lobului inferior o distrugere cât palma mâinei. În focar se găsesc mici eschile osoase provenite probabil din colóna vertebrală; de aci proiectilul ese prin al 7-lea spațiu intercostal drept producând ruperea còstei a 7-a în jumătatea sa inferioară, iar de aci ese prin brațul corespondent.

Acésta este de sigur unul din exemplele cele mai clasice de orificiuri multiple produse de un acelaş proiectil, precum şi de disproporţiunea între orificiul de intrare şi eşire, proiectilul străbătând organe unde acţiunea idrostatică este demonstrată până la evidentă.

Deformaţiunea proiectilelor. Acésta chestiune înainte era considerată ca un simplu fenomen mecanic, astăzi însă, în urma descoperirii lui Tyndall, transformarea mişcării în căldură este bine stabilită şi demonstrată în fizică. Decî acestui fenomen fizic, un proiectil, oprit brusc în mersul său de o suprafaţă resistentă, îşi transformă mişcarea în căldură şi poate deveni destul de môle pentru a'şi schimba forma.

Şi iată experienţe lui Kocher din Berna în acésta privinţă:

S'a u umplut saci cu praf de puşcă şi s'a tras cu glónţe în ele fără ca praful să se aprindă; dacă însă la spatele acestor saci s'a lipit o placă de fer şi repetându-se experienţa, praful de puşcă imediat a luat foc.

Explicaţiunea este că, în cazul I, proiectilul a străbătut sacul fără să întémpine nici o resistenţă seriósă, sau cel mult o resistenţă gradată, şi ast-fel fiind, căldura produsă prin oprirea proiectilului a fost risipită şi nu destul de mare pentru a lua foc praful de puşcă; în cazul II însă, proiectilul fiind brusc oprit de placa de fer, de o dată totă mişcarea s'a transformat în căldură şi acum concentrată iar nu diseminată, şi decî în cantitate destul de mare pentru a produce explozia şi chiar fusiunea totală şi ruperea proiectilului (Hagenbach şi Bobinski) mai ales când acesta e voluminos şi animat de o vitesă foarte mare şi tras de la o distanţă mică (Langmore). În asemenea casuri, proiectilul e brădat de nişte striatiuni—formate din sulfură de plumb—şi se observă chiar bucăţi rupte din el, ca şi cum ar fi fost fabricat din materii explosibile de unde şi acusaţiunile reciproce în răsbóe.

Experienţele mele personale m'a u condus la acelaş rezultat. În adevăr, am tras cu arma noastră 1879, încărcare normală şi la distanţă de 20 metri, într'o cutie de conserve plină cu un kilogram de praf de puşcă. Orificiul de intrare a fost relativ mic şi foarte regulat rotund. Orificiul de eşire însă cu desăvêrşire rupt şi neregulat, cutia fiind sfărâmată şi aruncată în aer (Fig. 60). Tótă pulberea a luat foc producând o explozie şi o detunătură înspăimântătoare. Flacăra a fost aşa de puternică şi întinsă 'n cât biuta a luat foc—având tavanul şi păreţii căptuşii cu lemne—aşa că a trebuit să se cheme ajutorul de pompieri aflaţi la pirotecnie. Din contra, cu aceiaşi armă am tras iarăşi într'un kilogram de pulbere însă pusă într'un sac de pânză; proiectilul a intrat şi eşit formând orificiuri mici iar pulberea rămîind intactă.

Experienţele acestea sunt o probă evidentă de transformarea miş-

cărei în căldură dar nu suficientă pentru a putea determina fusiunea

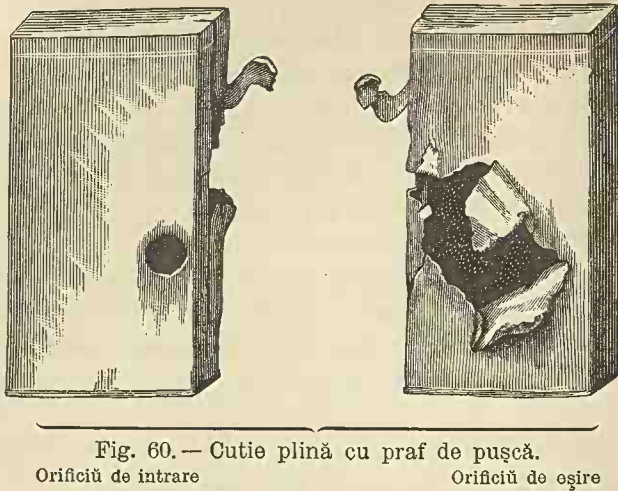


Fig. 60. — Cutie plină cu praf de pușcă.

Orificiū de intrare

Orificiū de eșire

proectilului, căci temperatura necesară aprinderii prafului se pôte obține chiar la 100° pe când fusiunea plumbului cere o temperatură dincolo de 300° .

De alt-fel, Schadel din Heidelberg nu admite că în timpul exploziunii s'ar desvolta o căldură suficientă pentru a determina fusiunea proectilului, și ca probă este că daca punem saci plini cu praf de pușcă în părțile laterale a unei plăci de fer în care tragem la țintă, bucățile rupte din proectil strebat în saci fără ca praful să se aprindă.

Dar Kocher răspunde că fusiunea n'are loc de cât la vârful proectilului și pe o suprafață foarte restrânsă; și daca plumbul ast-fel încălđit nu arde țesuturile dar aprinde numai praful, acésta ține la rapiditatea cu care se produce fenomenul, întocmai precum trecând repede mâna printr'o flacără nu ne ardem.

Noi însă, împreună cu alți autori admitem că fusiune nu există, ci ar fi vorba numai de o simplă slăbire de coeziune în moleculele proectilului, de unde o desagregațiune mai mult saū mai puțin întinsă. Și suntem cu atât mai mult autorisați a susține acest lucru cu cât experiențele altor autori ne vin în ajutor. Ast-fel: Bruns prin niște aparate speciale a reușit ca proectilele, lovind în plăci de tuciū, să cadă în mese de parafină și de sulf cari neapărat în urma căldurei ce posedau făceau ca aceste substanțe să se topescă în jurul lor. Cu acésta ocaziune dēnsul a constatat că gradul necesar pentru a topi parafina varia după mărimea fragmentelor; și că cea mai înaltă tem-

peratură a fragmentelor mari nu se ridică mai sus ca la 130—150 grade centigrade, iar aceia a micelor fragmente la 150, 180, maximum la 200 grade centigrade.

B. Beck prin ajutorul unor băi de mercur unde cădeaū proiectilele încălđite, a ajuns la rezultatul că :

Pentru un proiectil de plumb se găsește în termen mediu	69	grade
„ „ cu cămașe de oțel „ „	78	„
„ „ „ „ aramă „ „	110	„

Din toate aceste experiențe rezultă cele ce deja am susținut că nici o dată proiectilul nu poate atinge cifra de temperatură necesară pentru fuziunea sea care se ridică dincolo de 300 grade, și prin urmare nu e vorba de cât de o simplă deformațiune a proiectilului datorită gradului său de coeziune.

Traectul. Câte o dată, și mai ales când proiectilul vine de la distanțe mari de 600—1000 de metri, este foarte regulat și drept și cu totul predispus pentru o reunire per primam. Alte dată însă e cu totul neregulat și de diferite forme. Acesta provine din deviațiunea ce suferă proiectilul întimpinând un obstacol ca oșe, tendone, aponevrose etc. rezistențe ce l face să și schimbe direcția reclitină luând o alta curbă, de arc de cerc sau de o circomferință întrégă, percurgând în tréga grosime a unui membru, ceia ce s'a și numit *lovitură de contur* determinată mai ales de proiectilele rotunde.

În privința traectului trebuie să atragem atențiunea că dacă densul este câte o dată unic, îngust și de o direcție rectilină, acesta se observă când se află numai în părțile moi, constituind plăgile clasice numite în seton; cu totul alt-fel se întâmplă când proiectilul isbește și fracturază un os; căci atunci, traectul ne oferă toate neregularitățile posibile și o capacitate atât de enormă în cât, după cum am văđut, poate permite chiar introducerea unui pumn. Acesta va influența în mod simțitor pronosticul, schimbând și conduita în privința tratamentului. Vom reveni.

Acum să trecem la *studiul armelor neportative*.

Proiectilele armelor de foc neportative.

Artileria de câmp întrebuintează 3 feluri de proiectile, deosebite între ele prin felul lor de a lucra (ce se rezumă în a sparge). Acestea sunt: I) *Obuzul*, II) *Schrapnelul* și III) *Mitralia*.

Ele se mai deosebesc și prin distanțele la cari bat.

Ast-fel, cu obuzul putem trage până la 5000 metri; cu schrapnelul la 3000 metri, iar cu mitralia numai până la 500.

I) *Obuzul* e un tuciū avënd o formă cilindro-ogivală; are o greutate de 4—6 kgr. o lungime de 18—21 c.m. și un diametru de 7—12 c.m.

În interiorul lui se află un gol în care se pune încărcătura de pulbere de la 190—225 grame ce produce spargerea lui. Corpul obuzului e format dintr'o serie de stele în tuciū (fontă) d'asupra cărora se pune o cămașă tot de tuciū. Acastă combinare are de scop de a înlesni spargerea obuzului în cât se pôte mai multe bucăți începënd de la 80—140. E absolut trebuitor ca obuzul să isbescă pământul său un alt corp resistant ca să se spargă; și tocmai în acest sens densusul este construit ca eșind din tun să cadă pe pământ cu vârful său cu partea ascuțită unde se află focosul numit percutant, care servește să comunice focul încărcăturii de pulbere din interiorul obuzului.

Spargerea obuzului se face ast-fel: el isbind pământul său un corp resistant cu partea sea dinainte unde se află și focosul, acesta (focosul) printr'un mecanism special ce'l are, aprinde o capsă din interiorul lui; flacăra din acastă capsă pune foc pulberii din obus care aprindëndu-se, determină spargerea obuzului.

II) *Schrapnelul* se compune și el dintr'un corp cilindric făcut din oțel, dintr'o ogivă de tuciū, dintr'un focos numit cu timp; iar în interiorul său găsim glônțe de ținc și plumb lipite cu sacăz sau sulf



Obuz.

Fig. 61.
Schrapnel.

Mitralle.

precum și pulberea trebuincioasă pentru spargerea lui în cantitate de 50—100 grame. Acest proiectil în greutate de 4—7 kilo; de o lungime de 15—21 c.m. și un diametru de 7—12 c.m. este destinat a se sparge în aer, și acesta e datorită focosului care e organizat ast-fel în cât să se spargă pe timpul mersului la or-ce distanță voim, grație unui anumit regulator.

Spargerea schrapnelului se face ast-fel: capsă din focos luând foc la distanțe regulate de noi prin regulatorul focosului, comunică focul în-cărcăturii de pulbere care aprinndându-se, asvêrle glônțele din corpul cilindric de oțel înainte și sparge în acelaș timp și ogiva în fontă; ast-fel că schrapnelul lucrază atât prin glônțele ce are înăuntru cât și prin sfărământurile ogivei.

Numêrul glônțelor ce conține un schrapnel este de la 90—180 având fie-care o greutate de 0,16 grame.

III) *Mitralia* este o cutie de tinichia în lungime de 21—23 c.m. plină cu glônțe în număr de 60—70 și greutatea sea este de 4—6 kilo; glônțele sunt despărțite între ele prin sulf sașu sacăz. Cutia cu un diametru de 7—8 c.m. e fôrte puțin resistentă ast-fel că spargerea ei se determină chiar prin acțiunea pulberei de încărcătură.

Asvârlirea din țeva tunului a acestor trei feluri de proiectile este făcută prin ajutorul pulberei din cartușe.

Cartușul artileriei de câmp se compune: dintr'un sac de pânză și din pulbere așa ășă de artilerie, în cantitate de 1 kilo sașu 1 1/2 kilo după calibru. (Fig. 61).

Anatomia patologică. Plăgile produse prin proiectile mari ca obuse schrapnele și mitralii sunt colosale atât din cauza număróselor glônțe mai mici ce conțin, cât și din spargerea învălișului său. La acesta se mai adaogă apoi și diferite alte proiectile indirecte formate din corpi neregulați ca bucăți de lemn, de zid etc. ce contribue la mărimea leziunilor; de aceia asemenea leziuni în general mortale rămân în afară de or-ce descriere.

Este însă de observat că pielea în virtutea mării sale elasticității, adesea e prea puțin atinsă, atunci când întregul membru e cu desă-vêrșire turtit, sdrobit. Cei vechi numeauă acesta *vent du boulet* atribuind leziunile la presiunea aerului împins de ghiulea.

În Enciclopedia internațională găsim o observație raportată de un medic în rêsboiul de la Alma în care o bombă rotundă isbi pe un oficer în omoplat abia atingând în drumul său pielea capului. Mórtea a fóst instantanee. De și pielea capului nu presenta absolut nici o leziune, craniul însă era așa de sdrobit în cât fragmentele osóse jucașu sub piele întocmai ca niște nucă în sac.

Conner (loc. cit.) spune și densusul că a observat o zdrobire completă a gambei împreună cu ósele. fără ca pielea să fi fost cătuși de puțin atinsă, așa că rănitul fusese trimis la ambulanță cu diagnosa de simplă contusie a membrului.

Aceste fenomene se explică lesne în virtutea legilor ce am stabilit în contusiuni.

Dar dacă leziunile produse de obuze sau de alte proiectile mari care lovind în plin un organ îl reduce la un fel de mocirlă și mórtea e instantanee, nu este tot ast-fel cu leziunile curabile produse de proiectile mici și în condițiuni ordinare; asupra lor decî ne vom opri puțin în lecțiunea viitoare.

C H E S T I O N A R

Teoria lui Melsen. Esperiențele și opinia autorului. Teoria proiectilului-aer (Melsen).

Casurile ce produc neregularități în orificiul de intrare. Orificiuri multiple. Deformațiunea proiectilelor. Transformarea mișcării în căldură. Esperiențe. Objecțiunile diferiților autori. Esperiențele lui Bruns și Beck.

Traectul cu diferite forme.

Armele neportative și descrierea lor.

Anatomia patologică prin proiectile mari. Fenomenul numit *vent du boulet*; exemple.

PLAGI PRIN ARMA DE FOC

(CONTINUARE)

Lecția XL.

Domnilor,

Din experiențele ce am făcut ați vădut că descărcătura viind de la o distanță mai mare ca un metru, ori ce impregnațiune în piele nu se mai constată așa că, dacă une-ori fenomenul se produce și dincolo de aceste distanțe, atunci se consideră ca o infiltrațiune de sânge în trama dermului determinată prin contuziunea proiectilului.

Pielea pôte să fie foarte ușor atinsă de proiectil, și atunci avem o simplă *sgârietură*, un mic *șențuleț* sau un *sghiab* dupe întinderea leziunii. Iar când pielea e perforată dintr'un loc înaltul, avem *setonul complet sau incomplet or orb*, în care cas perforațiunea nu are două orificiuri.

Am arătat cum pielea se bucură de o elasticitate foarte mare și deci cum 'dênsa resistă în cel mai înalt grad posibil, ast-fel că adesea putem constata ruperea și sfâșierea celor-alte părți însoțite de extravasate enorme de sânge și chiar fracturi conuinutive, fără cu toate acestea tegumentul să fie atins.

Țesutul celular cedeză ușor și constituie fundul setonului,

Aponevrosele sunt destul de rezistente mai ales în fața proiectilelor rotunde cărora le pôte chiar devia traectul. Dar și când cedeză, ruperea nu se mărginește numai în locul atins ci presintă une ori mai multe crăpături sau plesnituri în diferite direcțiuni întocmai ca o stea.

Fiindu-ne dat că aponevrosele sunt formate din țesut fibros și deci fără aptitudine de a se reuni, orificiul nu se va astupa, și atunci putem observa o ernie musculară ce iese prin această gaură.

Tendónele iarăși sunt foarte rezistente și alunecă în fața proiectilului. Ast-fel Gillette într'o sdrobire complectă a tuturilor părților moi și osóse a gambei, a găsit tendónele extensorilor, tibialului anterior și flexorilor cu desăvârșire intacti.

Vasele și în special arterele, în virtutea elasticității și țesutului celulo conjunctif ce le înconjóră, scapă de acțiunea proiectilului prin deplasare. Totuși ele pot fi *complect divisate*, să li se ridice o *parte din părete*, sau numai să fie *simplu contuzionate* de unde și origina anevrismelor traumatice și a emoragiilor secundare.

Aceiași rezistență o oferă și nervii, dar o dată atinși prin *divisiune*, *compresiune* sau *contusie*, dau naștere la diferite turburări trofice

Mușchii în general sunt grav interesați, căci tot-d'auna îi găsim sfâșiati, contusionați, zdrobiți și infiltrați de o mare cantitate de sânge. Și distrugerile sunt cu atât de mari cu cât mușchiul e surprins într-o stare de contracție, căci atunci grație principiului de idrostatică pe pe care îl am văzut, proiectilul lucră cu mai multă energie; ba încă dupe Conner, chiar bucățile rupte din mușchi lucră și ele însăși la rândul lor întocmai ca niște adevărate proiectile.

Orificiul produs în mușchi se mărește colosal, grație contractilității fibrelor sale, și acesta se observă mai cu seamă când mușchiul e secționat în totă grosimea sa. Contractilitatea dispare când în urma unei lovituri mari, membrul e coprins de șoc.

Oasele pot suferi câte o dată numai o simplă contusie ușoară limitată și acesta la periost. Alte dați violența fiind mai mare, osul poate fi compromis în vitalitatea sa în punctul lovit, când periostul se va deslipi, iar sub densul se va produce un extravasat sanguin. De aci va rezulta o necroză a osului caracterizându-se printr'un mers repede.

Când însă proiectilul sparge osul și străbate grosimea sa, atunci neapărat că și măduva va fi atinsă; și în aceste cazuri mai tot-d'auna vom avea o inflamație intensă însoțită de supurație.

În resumat dar, proiectilele pot determina asupra oșelor: o *periostită*, o *osteită*, sau o *osteo mielită* supurată și cu un caracter difuz.

De sigur, dintre toate aceste leziuni, cea mai periculoasă este osteo mielita supurată, care dezvoltându-se în condițiuni igienice rele sau pe indiviți diatesici, totă măduva cade în putrigai, și împreună cu puroiul și sângele alterat umple întregul canal osos.

Acastă formă de osteo mielită putridă se observă mai ales în oșele cu țesut spongios, producând ceea ce Lidell numește *gangrenă mefitică*. Aci, osul devine moale, de o culoare cenușie murdară, verde palidă sau neagră verde, exalând o odore infectă și insuportabilă caracteristică osului putrefiat.

Terminațiunea acestor osteo mielite este mai tot-d'auna fatală căci se complică de resorpție purulentă.

Proiectilul se poate opri une-orî în grosimea osului și mai cu seamă în cele spongioase și epifise. Atunci dacă nu se extrage, cu timpul se inchistază; iar alte dați dupe ce provacă o inflamație și supurație, se găsește dupe luni și chiar ani întregi perdat în cavitatea abcesului într-o stare cu totul mobilă întocmai ca un clopoțel.

Inchistarea proiectilului în canalul medular poate provoca dupe

englezul Murray aparițiune de osteo mielită cu mers sub acut sau cronic, ce vine și dispare la intervale foarte lungi.

Dar în afară de aceste leziuni, atențiunea chirurgilor a fost fixată mai ales asupra fracturilor ce provocă proiectilele.

Aceste fracturi prin armă de foc pot fi *simple* ca în trecerea unui obuz unde pielea rămâne intactă; dar mai tot-d'auna ele sunt *complicate de plăgi*.

Cele mai benigne dintre fracturi sunt cele *fisurare*, căci dênsele în același timp sunt și sub periostice. Acest fel de fracturi se observă mai ales când proiectilul isbește epifisele; atunci fisura sau spintecătura ce rezultă se întinde perpendicular în sus și în jos oprindu-se în general la cartilagiul articular, pe care nu'l perforază și respectă astfel articulația ce rămâne nedeschisă (?).

Daca însă proiectilul isbește diafiza osului, și mai ales în mijloc, atunci fractura poate să fie *incomplete* când numai unul din pereți este atins; iar dacă proiectilul trece prin ambii pereți, atunci fractura este *perforată sau penetrantă*; în fine se întâmplă ca proiectilul se smulgă cu dênsul o porțiune de os din partea sa laterală producând *fractura rezecantă* (Conner).

Fracturile *transversale* se observă foarte rar, și numai atunci când proiectilul isbește de din năuntru în afară și este la sfârșitul vitesei sale (proectil mort).

Mai toate aceste genuri de fracturi sunt însoțite de fisuri sau crăpături superficiale, profunde or complete cari plăcă de ordinar în sus și în jos pe fața anterioară a osului de la marginele orificiului de intrare și limitază fie-care tot atâtea eschile. Când aceste fisuri trec și pe partea posterioară a osului, atunci se produce fractura numită *longitudinală spiroidală*.

Trebue să știm că în imensa majoritate a casurilor atât clinica cât și experiența, au arătat că fracturile prin arme de foc sunt *cominutive*. Și eschilele vor fi cu atât mai numeroase cu cât lovitura e mai directă, cu cât țesutul osului va fi mai compact și proezut de un canal, și cu cât proiectilul animat de o vitesă inițială și mișcare de rotație mai mare va fi împedat în mersul său de un os tare și voluminos ca femurul de exemplu. Aci, pe lângă legile deja stabilite, se mai adaogă și acțiunea idrostatică determinată prin măduva conținută în canalul osos.

Din toate experiențele autorilor precum și din cele făcute de noi rezultă că distrugerile provocate de proiectilele actuale sunt mult mai mari de cât cele rezultate din proiectilele vechi cu formă rotundă.

Din experiențele mele personale am constatat că sunt foarte rar casurile unde glonțele conice determină simple orificiuri regulate, rotunde și fără eschile; așa că acest caracter ce făcuse pe unii să le dea numele de *proectile umanitare* este departe de a-și merita numele.

D. prof. Dr. Bruns dă în cartea sea relativ la leziunile ouselor niște modele cari—ce este drept—aū aerul de a fi foarte benigne, mai ales că în multe casuri vād niște simple orificiuri perfect rotunde și fără nici o eschilă.

Din nenorocire niște asemenea idealuri de fracturi n'am constatat în esperiențele mele pe cadavru. Causa o cred că a provenit din aceea că atât Bruns cât și Hobart din Pesta aū experimentat cu încărcări reduse, pe când eu cu încărcări normale și la distanțe juste de 200, 300, 400 și 600 metri. E posibil că încărcătura redusă să nu producă aceleași efecte ca cea normală. Ei bine, încă o dată repet, leziunile ce am obținut cu arma H. Martini, dar mai ales cu Mannlicher aū fost însoțite de niște distrucțiuni înspăimântătoare atât în părțile moi cât mai ales în ose, asupra cărora determină fracturi tot-d'auna cominutive, cu eschile foarte numeroase și de lungimi colosale mergând chiar până la 16 c. m. De aci a rezultat că în prepararea ouselor, multe din aceste eschile aū fost mai presus de or-ce aranjare și coaptare. In or ce cas desemnurile ce voiū da, vor reprezenta apópe în mod fidel realitatea lucrurilor ce numai încuragietóre nu póte fi. Afară de acesta, focarul fracturei este însoțit de niște sdrobiri foarte întinse a părților moi și cu o cavitate enormă putând permite chiar introducerea unui pumn.

Mă întreb dar, cum am putea tenta conservarea membrelor în niște asemenea condițiuni? In plus, bolnavii vor fi coprinși de un șoc traumatic enorm, de óre-ce sguiduiturile produse în cadavre prin această armă (Mannlicher) mi-aū dat la dinamometru cifre de 30—40 kilograme. Și una din cauzele șocului fiind și acesta, lesne ne putem închipui starea în care ni se va presenta bolnavul.

Putem dar conchide, că dacă prin armele moderne se ajunge scopul de a învinge rezistența aerului; de a fi provădute de o putere perforantă mare; de a străbate or ce obstacol la or ce distanțe dincolo chiar de 1000 metri, acesta va avea de rezultat nu punerea individului în stare de inferioritate de a lupta, ci mai mult nimicirea lui; așa căarmele acestea, departe de a fi *umanitare*, din contră le consider mai mult ca *omorătóre*. Și sunt sigur, că cei cari vor avea trista ocașiune de a face chirurgia într'un răsboi apropiat, se vor convinge de acest adevăr.

Singurile calități ce le-ar da puțin drept la numirea de umanitare

ar fi 1) că dênsele fiind însoțite de o temperatură fôrte ridicată, sunt aprópe cu totul aseptice, 2) că fiind îmbrăcate într'o cămașe de oțel nu se deforméză de cât fôrte rar, 3) că grație vitesei și mișcării de rotație trecerea lor prin țesuturi e fôrte repede, ast-fel că traectul e aprópe rectilin și unic, adică fără alte traecte secundare, ceia ce ne ar face a încerca o reunire imediată, cu condițiune ca traectul să fie în părțile moi. 4) Că fracturele óselor de și cominutive, eschilele însă câte o dată rămân îmbrăcate de periostul lor, și în general nu sunt mult depărtate unele de altele sau vărâte în țesuturile moi ce le înconjóră, așa că printr'o bună coaptație și extensie rațională a membrului putem spera la readucerea fragmentelor în poziția lor normală și să obținem astfel consolidarea osului fără aparițiunea nici unui proces de supurație, lucru care mai tot-d'auna însoția leziunile produse de glónțele vechi.

Nu este însă mai puțin adevărat că azi dispunem și de alte mijlóce antiseptice necomparate cu cele vechi și cari de sigur contribuiesc mult la atenuarea efectelor proectilelor moderne, și în ele trebuie să ne punem tótă speranța iar nici de cum în calitatea umanitară a proectilului, căci încă o dată repet, iluziuni prea mari nu trebuie să ne facem în această privință.

Daú aci mai multe modele de fracturí, produse prin arma Mannlicher model 1892 cu încărcătură normală și la distanțe reale; iar unele cu arma nóstră model 1879 sistem H. Martini făcute la institutul de chirurgie.

Arma Mannlicher, încărcare normală, distanța 200 metri. Fractură cominutivă a capului femoral drept și extremităței sale superióre.

I) Fața anterioră cu orificiú de intrare de 1 c.m. diametru și cu o mulțime de eschile în jurul său în număr de 6. Unele în lungime de 8½ c.m. până la 9 c.m., în jos se vede o fisură în jurul osului.

II) Fața posterióră cu orificiú de eșire, având o deschidere de 3½ c.m. Eschile numeroșe dintre cari una de 11 c.m. O fisură plécă de la colul femoral. având o lungime de 3½ c.m. și se întinde și pe capul femurului. (Fig. 62).

Arma Mannlicher. încărcătură normală, distanța 200 metri. Osul femoral stâng. Fractură cominutivă.

I) Fața anterioră. Orificiú de intrare a produs enormă distrugere însoțită de fisură și eschile dintre cari una de 13½ c.m. Pe fragmentul inferior se vede o fisură de 2 c.m. iar pe cel superior o crepătură adâncă de 5½ c.m. oprindu-se înapoi la linia aspră.

II) Fața postero-internă a aceuiași os represintă orificiú de ieșire cu distrugerí și mai mari, cu perderi de substanță, dar fără alte fisuri nici în fragmentul superior nici în cel inferior. (Fig. 63).

Arma Mannlicher, distanța 300 metri, încărcătură normală. Osul femoral drept.

I) Fața anterioră cu marginea internă având un orificiú rupt cu perdere de

substanță. Fisuri și crăpături întinse limitând o mare eschilă de 10 c.m. pe fața anterioară.

II) Fața posterioară cu fragmente și eschile foarte numeroase, toate separate de os dar menținute încă de periostul lor. (Fig. 64).

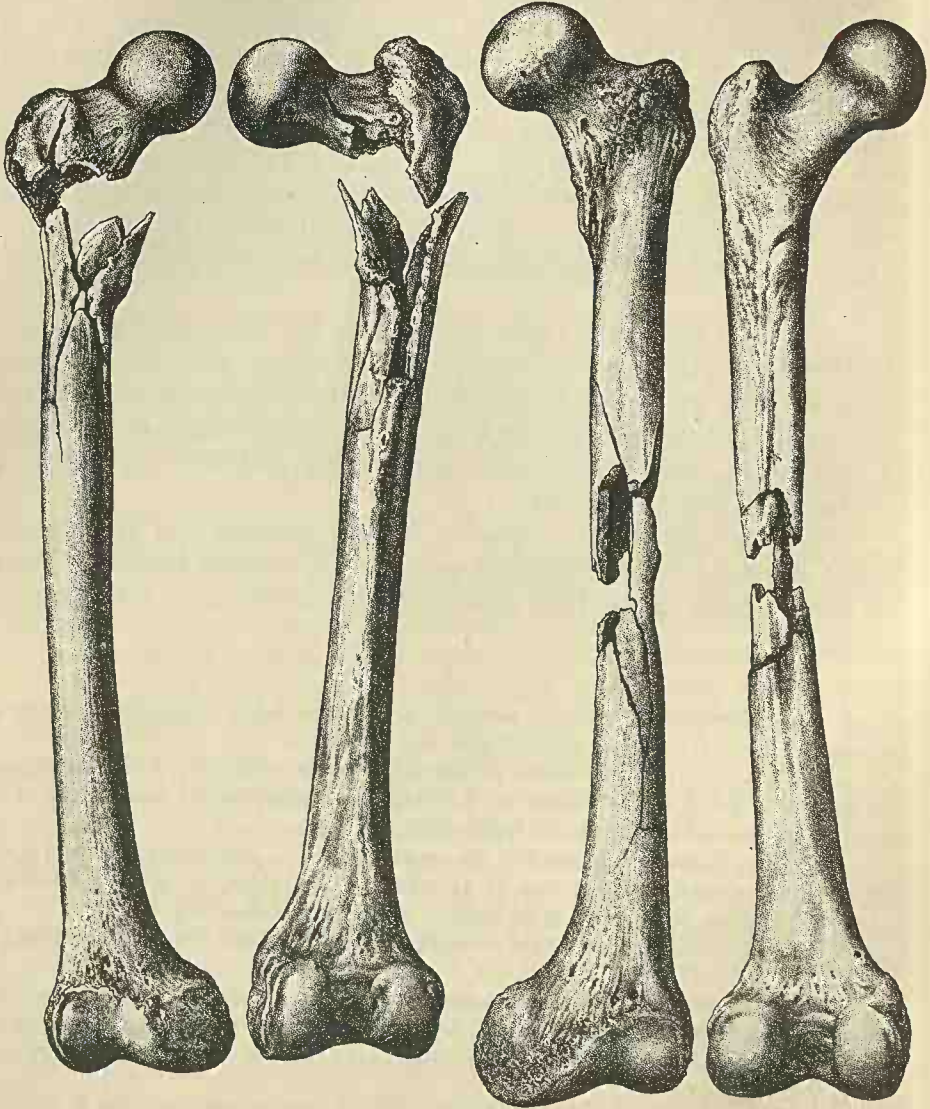


Fig. 62.

Fractura osului femoral drept prin arma
Mannlicher la 200 metri.

Fața anterioară.

Fața posterioară.

Fig. 63.

Fractura osului femoral stâng prin arma
Mannlicher la 200 metre.

Fața anterioară.

Fața posterioară.

Arma Mannlicher, distanța 300 metri încărcătură normală. Osul umeral drept.

II) Fața și marginea internă a osului cu o largă perdere de substanță și cu o mulțime de eschile și fisuri atât pe fragmentul superior cât și pe cel inferior.

II) Fața posterioară iarăși cu un mare număr de eschile și fragmente mergând în sus și în jos până la o distanță mai mare ca 6 c.m. (Fig. 65).

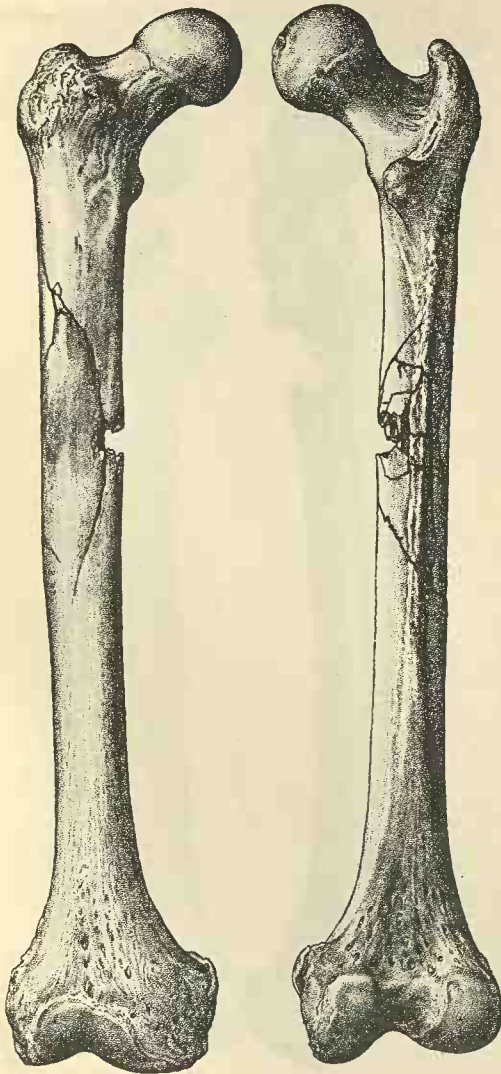


Fig. 64.

Fractura osului femoral drept prin arma Mannlicher la 300 metri.

Fața anterioară.

Fața posterioară.

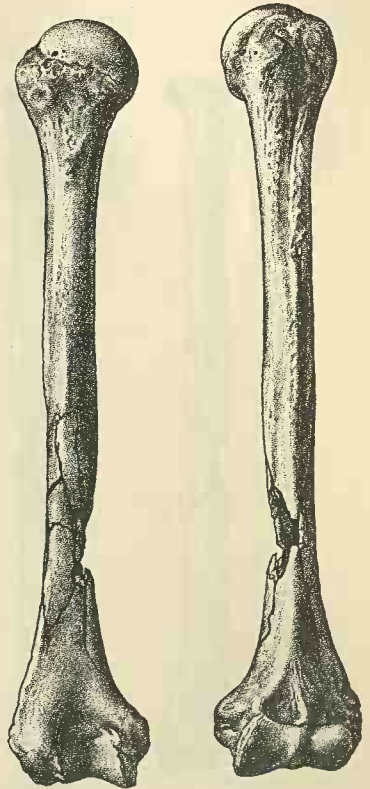


Fig. 65.

Fractura osului umeral drept prin arma Mannlicher la 300 metri.

Fața și marginea internă. Fața posterioară.

Arma Mannlicher, distanță de 600 metri, lovitură trasă la ochi de d-nu Colonel Paladi. S'a lovit în antebrațul stâng formând un orificiu de intrare mic rotund de 4 m.m. pe fața posterioară și mijlocie. Orificiu de eșire pe fața anterioară și către marginea internă. Diametru 5 m.m.

La disecție s'a găsit fractura radiului; glonțele trecând prin spațiul interosos fără să rupă cubitul ci numai radiul producând o fractură aprăpe în V, însoțită de eschile de 4 $\frac{1}{2}$ c.m. menținute de periost. Nu se constată absolut nici o fisură atât pe fragmentul superior cât și pe cel inferior. (Fig. 66).

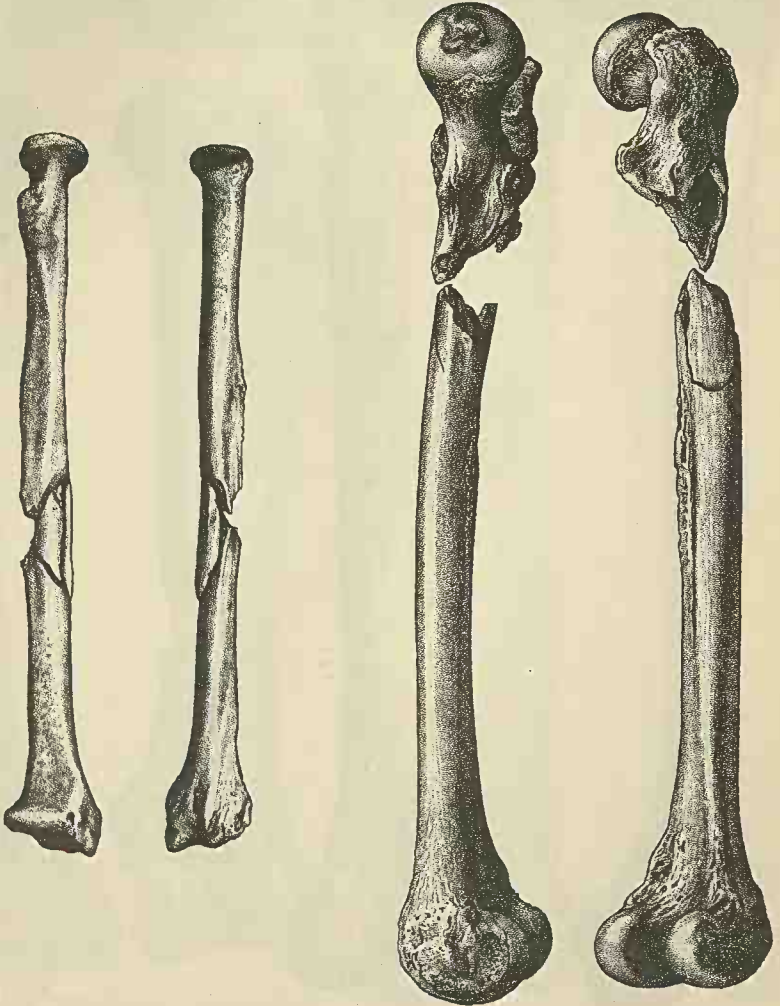


Fig. 66.

Fractura radiului stâng. Arma Mannlicher
la 600 metri.
Fața anterioară și mar-
ginea internă. Fața posterioară.

Fig. 67.

Fractura osului femoral stâng. Arma noastră
de război H. Martini distanță 300 metri.
Fața anterioară. Fața posterioară.

Arma H. Martini, încărcătură redusă 3,30 grame reprezentând o viteză la distanță de 300 metri. Fractura osului femoral stâng, extremitatea superioară.

I) Fața anterioară cu punctul de penetrație al proiectilului însoțit de pierdere de substanță și cu o fisură în jos de 3 c.m.

II) Fața posterioară și internă, largi ruperi cu perderi mari. O eschilă bine limitată în jos dar absolut fără nici o altă fisură sau crăpătură. Pe marele trochanter (fața externă) se vede o fisură ca de 3 c.m. dar nu profundă; de asemenea pe fața sea internă există fisură iarăși superficială. (Fig. 67).

Arma (1879) Henry Martini, încărcătură redusă de 3,30 grame, reprezentând o viteză de 300 metri. S'a tras la distanță de 30 metri. S'a lovit în brațul stâng, glontele a străbătut peretele toracic și umărul drept.

I) Fața posterioară a umărului stâng. Orificiul de intrare de 1 c.m.; în lături se vede o crăpătură completă. Pe cea altă margine a orificiului există o fisură adâncă ce merge în jos spre fața externă în lungime de 3 c.m. iar în sus o altă fisură de $2\frac{1}{2}$ c.m. ambele aceste fisuri limitează pe fața externă o eschilă de 6 c.m.

II) Fața internă și externă a umărului prezintă mai multe eschile dintre cari una de 7 c.m. pe fața internă. Pe fragmentul superior se vede o fisură de 4 c.m. (Fig. 68).

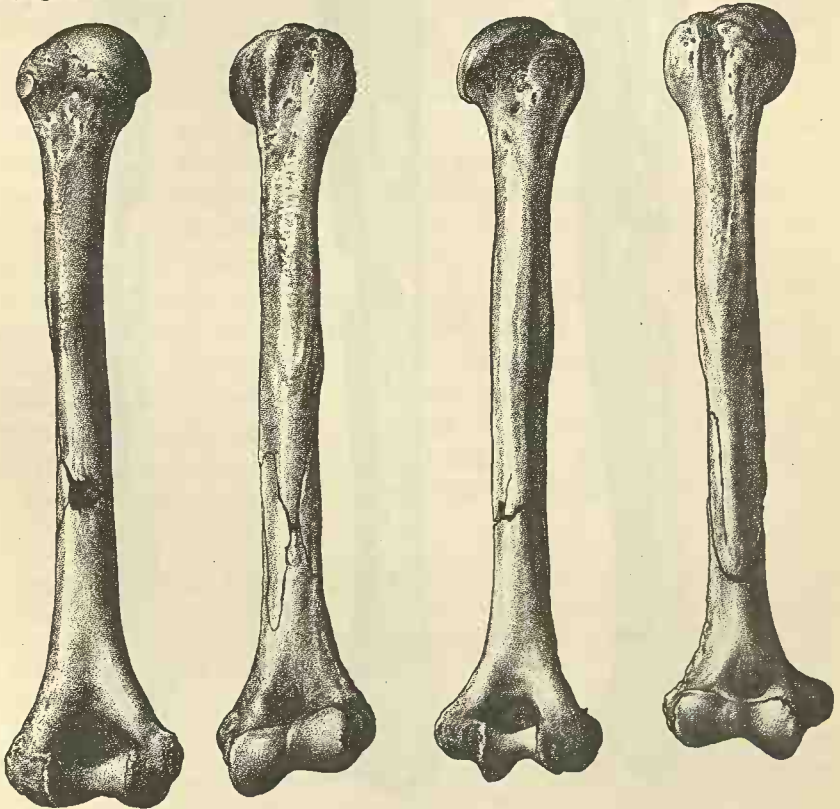


Fig. 68.

Fractura osului umeral stâng. Arma noastră
1879 H Martini, distanța 300 metri.
Fața posterioară. Fața internă și externă

Fig. 69.

Fractura osului umeral drept de același proiectil
ce a trecut prin brațul stâng și torace.
Marginea internă și Marginea anterioară și
fața posterioară. fața externă.

Umărul drept. I) Marginea internă și fața posterioară cu ultimul orificiū de eșire al proiectilului. Fractură complicată cu mici eschile dar fără fisuri.

II) Marginea anterioară și fața externă eschile de 6 c.m. dar fără nici o fisură atât în fragmentul superior cât și cel inferior. (Fig. 69).

Arma 1879 (H. Martini), încărcătură redusă de 3,30 grame reprezentând o vitesă de 300 metri. S'a tras la 12 metri.

I) Fața internă a tibiei stângi. Orificiū de intrare rupt. Diametru 1½ c.m.

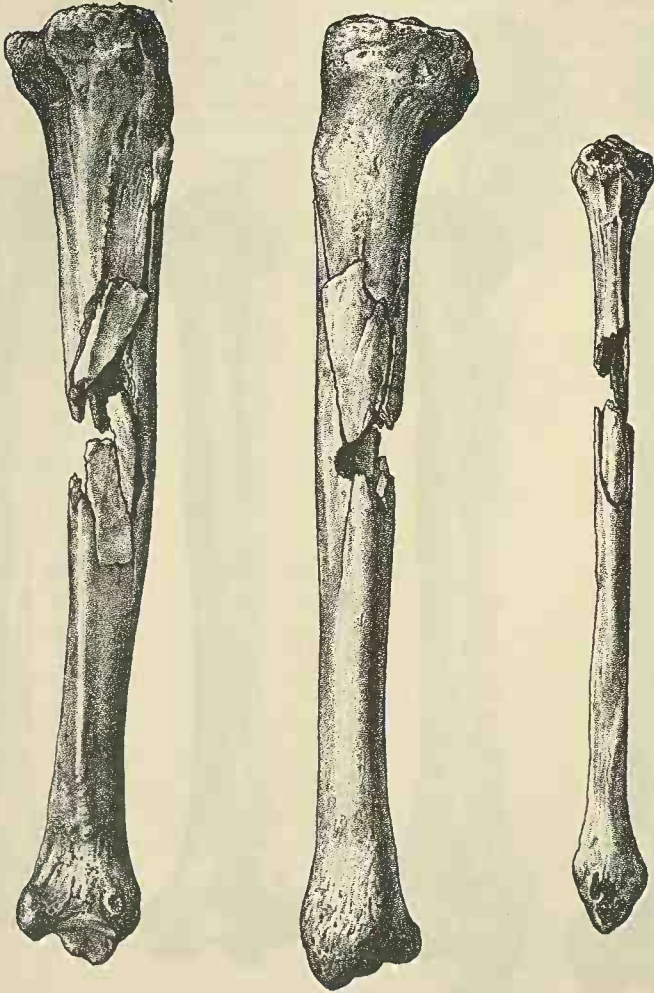


Fig. 70.

Fractura osului tibia și al peroneului cu arma H. Martini, distanța evaluată la 300 metri.

Fața internă a tibiei.

Fața externă a tibiei.

Peroneul.

Pe fragmentul inferior există o crăpătură adâncă în lungime de 11 c.m. terminându-se cu fisură. Pe fragmentul superior o eschilă mare de 6 c.m. și o altă crăpătură adâncă lungă de $10\frac{1}{2}$ c.m. oprindu-se la tuberositatea tibiei.

II) Fața externă a tibiei cu un orificiū de eșire enorm cu mai multe eschile și fisuri atât pe fragmentul superior cât și inferior. Aceleași ruperi și eschile se ved și pe peroneū însă fără mari fisuri. (Fig. 70).

Fracturile craniului sunt cele mai periculoase de ôre-ce în virtutea principiului idrostatic mărimea orificiilor e colosală, iar sfărâmarea ôselor foarte întinsă. Adesea se întâmplă că întregul craniū e transformat în țândări așa de mici și numeroase în cât orî-ce aranjare și descriere e imposibilă.

Intr'una din experiențele mele am tras un glonte cu arma Mannlicher încărcătură normală de la o distanță de 30 metri producând o plagă în regiunea frontală și eșind prin occipital. La autopsie am constatat o fractură așa de cominutivă a bazei craniului, în cât sfenoidul și stîncă erau numai țândări, iar lobul occipital și sfenoidal al creierului transformat într'un adevărat terciū său mocirlă.

Ôsele boltei craniene mai tot-d'auua ne oferă fracturi complete adică atât a tablei externe cât și interne. Se observă câte o dată numai fractura tablei interne când lovitura e puțin considerabilă provocând o simplă întindere sau extensie a acestei table; dar fractura izolată a tablei externe cu integritatea celei interne este escisiv de rară, afară numai când isbește un fragmennt de obus cu margini tăioase în sens oblic și fără o putere de percusiune mare.

Daū aci o figură care ne represintă un model de fractură a craniului produsă de arma Mannlicher la distanță de 400 metri. Lovitura a fost trasă la ochi de D-nul Colonel Paladi la prima descărcare.

Orificiū de intrare 5 m.m. așezat aprôpe de vertex; orificiū de eșire mult mai mare având un diametru $3\frac{1}{2}$ c.m. vertical, iar cel transversal 2 c.m. așezat în partea posterioară și laterală stângă a capului în dreptul occipitalului la o distanță de $4\frac{1}{2}$ c.m. înapoi de pavilionul urechei; prin acest orificiū se scurge substanță cerebrală.

Leziunile ôselor. Tôtă bolta cranienă este transformată în eschile mari Dênsa are un orificiū de intrare de 1 c.m. iar orificiū de eșire 2 c.m. longitudinal și 1 c.m. transversal, se află pe una pin marginile inferioare ale parietalului, la unirea sa cu occipitalul. La partea anterioară a craniului se găsesc vre-o 8 eschile mari, dintre cari una de $4\frac{1}{2}$ c.m. lățime și 10 c.m. lungime; pe lângă acestea există o mulțime de fisuri și crăpături așezate în diferite sensuri pe frontal și mergând pênă la apofisa orbitară din drépta. De la orificiū de eșire asemenea plécă mai multe fisuri, unele adânci iar altele superficiale așezate pe frontal, occipital și apofisa mastoidă. (Fig. 71).

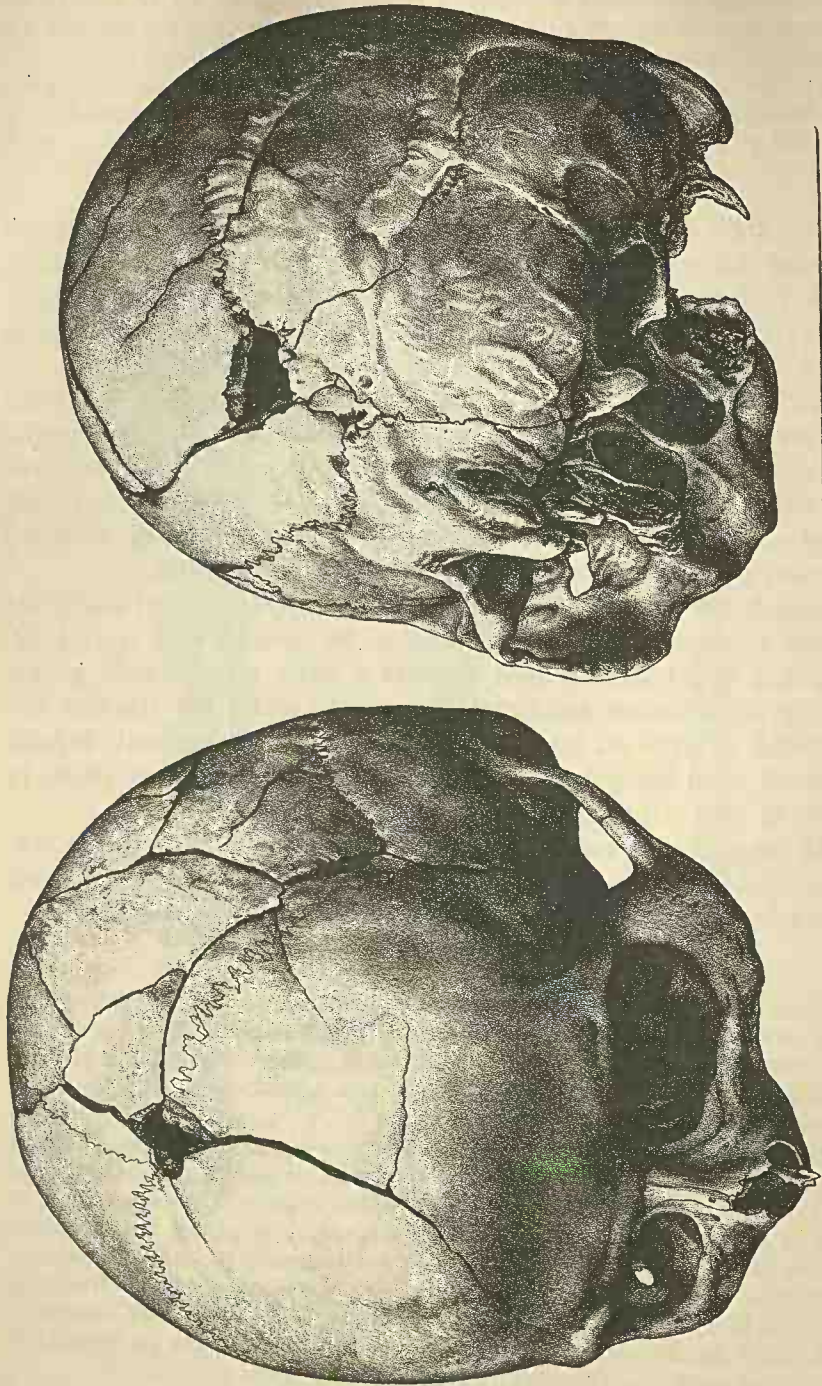


Fig. 71.

Fractura craniului prin arma Mannlicher, distanța 400 metri. Lovitura data de d. Colonel Palladi.
Fața anterioară a craniului cu orificiile de intrare.
Fața posterioară a craniului cu orificiile de ieșire.

Plăgile priu armă de foc ale articulațiilor sunt penetrante sau nepetrante, simple sau complicate de fractura oșelor ce le constituie.

Nu trebuie să ne conducem dupe sediul orificiilor și al traectului pentru a conchide că o articulație este deschisă; căci adesea ligamentele și cele-lalte țesuturi periarticulare deviază proectilul și ast-fel articulația rămâne neatinsă. Semnul cel mai sigur este eșirea prin orificiuri a sinoviei; dar și aci trebuie să știm că din cauza unei lungimi prea mare a traectului și a formei sale neregulate, sinovia nu poate să iasă, și ast-fel am putea fi înșelați a crede că avem a face cu o plagă nepenetrantă pe când în realitate lucrul e cu totul din contra. In casuri de îndoială, putem recurge la o explorație—manopera fiind însă înconjurată de cele mai mari precauțiuni antiseptice—și să preferăm dacă e posibil degetul iar nu stiletul cu care am putea provoca ruperea membranei sinoviale și să determinăm ast-fel noi înșine o plagă penetrantă.

De și în unele casuri proectilul poate să perforoze o articulație fără să atace oșele, mai tot-d'a-una însă aceste plăgi se însoțesc de fracturi ale scheletului și încă de fracturi cu spărsături, fisuri și sdrobiri chiar foarte întinse. Dar și aci ca și la cele alte oșe, aceste fragmente sunt adesea menținute de periost și capsula articulară, așa că une-ori consolidarea s'a putut obține cu atata succes în cât or-ce crepitație a fost imposibil a se constata (Conner). De aceia suntem în drept a nu ne grăbi la o intervențiune imediată, ci armați cu termometru în mână și îngrijiri antiseptice, să stăm în expectație până ce fenomenele generale sau locale ne vor provoca.

Dați aci o leziune produsă de arma Mannlicher în articulația genuchiului stâng. (Fig. 72).

Arma Mannlicher, distanța 600 metri. Lovitură trasă de d-nu Colonel Paladi. S'a lovit în genunchiul stâng în partea externă. Orificiū de intrare 7 m.m. vertical 4 m.m. transversal. Orificiū de eșire foarte mare de 3 c.m. vertical și 2 c.m. transversal. Densul se află pe fața postero-internă a gâmbel la unirea terțului superior cu cel mijlociū. Buzele plăgei sunt resfrante în afară mai cu deosebire cea inferiōră, unde se vede grăsime și parte din mușchi rupți. Injectându-se prin orificiū de intrare apă cu pompa ce servă pentru injectia cadavrelor, s'a constatat că lichidul nu ese prin orificiul de eșire.

Disecție. Se găsește la orificiū de eșire un focar emoragic cu mușchii gemenul intern și solearul rupți. Acest focar în fundul căruia se simte cu degetul eschile osose este capabil de a primi un ou de găină. Rotula ruptă pe marginea sa externă având o fisură snerficială transversală. Condilul extern al femurului este rupt în totalitatea și grosimea sea prezentând o pierdere de substanță de 4 c.m. de diametru formând punctul pe unde glonte a străbătut. De aci proectilul a intrat drept în mijlocul platoului tibial formând un orificiū de 4 c.m. vertical și 2½ c.m. transversal și rupând suprafața articulară a osului în 5 părți,

iar de acolo a eşit în grosimea osului la extremitatea superioară a feței posterioare a tibiei producând o deschidere și rupere de 5 c.m. vertical și 2¹/₂ c.m. transversal. În afară de aceste fracturi nu există nici o fisură în restul óselor.

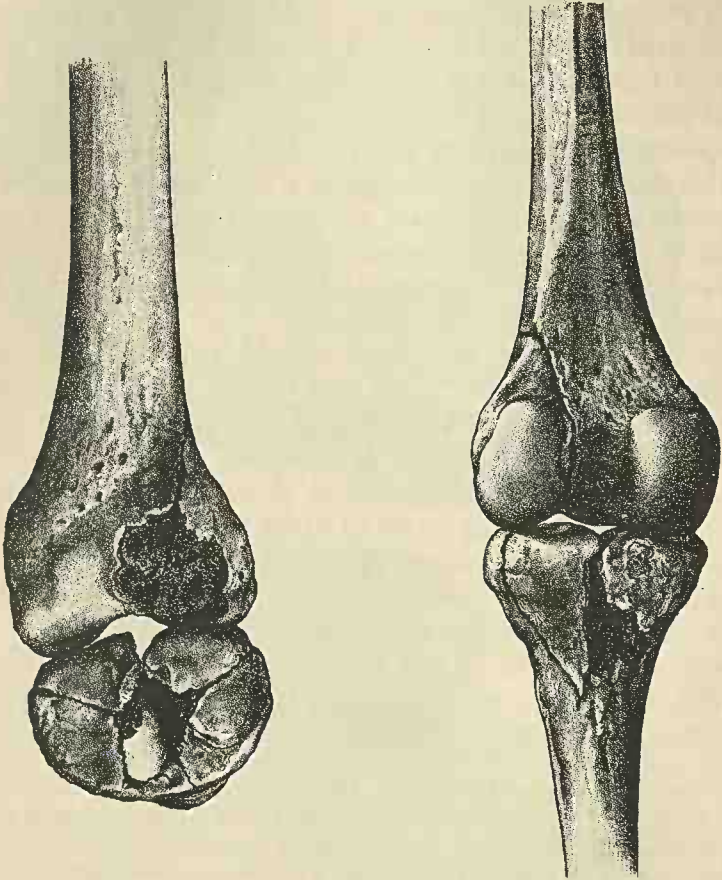


Fig. 72.

Fractura óselor articulației genuchiului stâng prin arma Mannlicher la distanța de 600 metri. Lovitura trasă de d. Colonel Palladi.

Fața anterioară a articulației.

Fața posterioară.

Plăgile plămânului, dacă nu sunt complicate de fracturi óse sau ruperi mari de vase, nu prezintă o gravitate mare căci în general traectul proiectilului e regulat. Dacă însă în momentul accidentului individul face un efort întrerupându'și respirația și deci cu acesta ține glota

închisă, atunci densitatea plămânului mărindu-se, proiectilul întempinând rezistență va provoca o plagă mare și cu crăpături, ceia-ce de sigur agravează lucrul putând determina mórtea imediat.

Plăgile penetrante ale abdomenului nu sunt foarte frecvente ceia ce ține póte la aceia că în momentul luptei soldatul are corpul plecat înainte așa că toracele este pe un plan mult mai anterior ca abdomenul; să mai adăogăm încă luptele din șanturi și parapete cari iarăși pun la adăpost până la un punct óre-care pantecele. Când însă accidentul survine se întemplă adesea că intestinele fiind góle, dênsele, grație mobilităței lor alunecă și ast-fel pot scăpa de a fi perforate.

Am constatat în adevăr din esperiențele mele făcute cu arma Mannlicher la o distanță de 300 metri că din 6 focuri trase în abdomen glónțele au trecut prin partea posterióră a abdomenului, trecând în trei rânduri prin ficat dar fără cu tóte acestea să fi constatat perforațiunea vre-unei anse intestinale, lucru ce deja am arătat.

Alte dăți, proiectilul nu ese ci rămâne în cavitatea peritoneală închistându-se, sau cu timpul—după ce a determinat aderențe—să străbată în intestine sau în colon, și apoi să fie dat afară cu materiile fecale prin anus. Alte dăți în fine, imediat după perforație, aderențe se provócă și rezultatul este un anus contra naturei, complicație de alt-fel destul de favorabilă în raport cu altele mult mai grave.

Simptomatologia. Local putem avea contusiuni de diferite grade după volumul și vitesa proiectilului. Dar în general aceste plăgi ne oferă un aspect murdar, urât și triturat pentru care cei vechi le consideraū ca otrăvite. Câte o dată simțim un miros de sulf, probabil din combustiunea incompletă a prafului. Caracterul plăgilor de intrare și eșire le-am văđut.

Durerea e variabilă: ca o întepătură, o linie de foc, o lovitură de pumn, de baston sau de biciu. Unii susțin că durerea e mai mare la orificiul de intrare; mai probabil însă credem la cel de eșire, mai nici o dată însă în traectul intermediar (?).

Adesea bolnavul nu simte durerea în locul rănit, din cauza stupórei locale, și acésta e un beneficiu daca dênsa (stupórea) nu e prea întinsă căci în cazul contrariu bolnavul e coprins de *șoc traumatic*.

Se întemplă iarăși ca un trunchiū mare nervos fiind lezat, durerea să nu se simtă în locul atins ci într'un punct opus al membrului (Causalgie, Wier Mitchell).

Emoragia în general e mică sau chiar lipsește, afară de deschiderea vaselor mari când e abondentă, imediată și mortală.

De cele alte complicații vom vorbi în capitolul următor.

Ca simptome generale primitive vom menționa numai o excita-

țiune în care cad răniții: densesi sunt vorbitori, țipă, strigă, blestemă, descriu lupta, plâng, răd fără motiv etc. dar de ordinar sunt foarte ascultători, mai ales la ordinele chirurgului (sigur de frica morții! simț de conservare). Se crede că această stare e efectul emoțiunii luptei; e probabil însă să fie în legătură cu delirul alcoolic.

Langmore a observat încă o sete foarte vie, fie din cauza unei pierderi de sânge, a emoțiunii, etc. sau a unei *semi-pirexie* de cari sunt coprinși soldații în ajunul unei mari lupte.

Plăgile prin armă de foc mai tot-d'a-una sunt complicate de prezența proiectilului sau diferiți alți corpi streini.

Larrey spune că generalul Auger, în bătălia de la Solferino, a primit o bombă în greutate de 3 kilograme care nu a fost descoperită de cât a doua zi când i s'a făcut desarticulația umărului (!).

Pe lângă acesta mai avem diferite eschile osoase primitive ale lui Dupuytren, cari jocă rolul iarăși de corpi străini.

S'a atribuit multă importanță orificiilor plăgei susținându-se că având numai orificiul de intrare, proiectilul este în țesuturi; pe când existând și cel de eșire, proiectilul ar fi eșit și densul.

Dar acesta nu are nimic de precis, știut fiind că glonte pot fi scos de o dată cu hainele, sau să rămăe în țesuturi cu tot orificiul de eșire determinat de alte corpuri străine.

Alte dați proiectilul îl găsim în regiuni cu totul depărtate sau diametral opuse precum: într'o plagă a regiunii frontale—pe cefă; într'o plagă a sternului—pe colóna vertebrală etc. lucrul se explică grație mișcării de rotațiune de care e animat proiectilul pentru care scop și sunt făcute acele dungă sau ghinturi din interiorul țevii de pușcă.

Tóte aceste corpuri streine pot fi punctul de plecare al fenomenelor inflamatorii și diferite complicații secundare.

Diagnosticul. În general nu e greu; trei chestiuni însă trebuiesc stabilite:

I) Dacă există unul sau două orificiuri; și în cazul acesta dacă proiectilul sau or-ce alt corp strein se află în plagă.

II) Ce fel este traectul parcurs de proiectil și care este direcțiunea, ceia-ce ne conduce la descoperirea organelor atinse.

III) Dacă rănile multiple sunt datorite la un singur sau mai multe proiectile.

Pentru acesta trebuiesc luate o mulțime de precauțiuni: examinarea vestmintelor, a pozițiunii bolnavului în momentul accidentului (A. Paré) explorațiunea directă a plăgei când e posibil cu degetul, sau cu stiletul

lui Nelaton or aparatul lui Trouvé etc. dar în general trebuie să ne abținem de la asemenea explorațiuni ce pot deveni periculoase.

Pronosticul stă în legătură cu organele lezate, cu întinderea plăgei și cu starea generală a individului.

Tratamentul constă în combaterea simptomelor, în îngrijirea antiseptică a plăgei și în intervențiunea în casuri numai forțate. Proectilul nu se va extrage de cât fiind cu totul superficial sau când viața e amenințată, fără ca prin extragerea glontelui să aducem noi complicații, știut fiindu-ne că organismul se acomodează foarte ușor cu prezența proiectilelor fie chiar în crebru, necum în alte organe mai puțin importante. Proectilul fiind un corp aseptice, foarte adesea se inchisteză și rămâne inofensiv în plămâni și chiar în cavitatea peritoneală. Și câți omeni nu sunt cari păstrează de ani întregi niște asemenea corpi streini în organismul lor.

Credința și conduita mea practică relativ la modul cum trebuie să ne comportăm în tratamentul plăgilor prin armă de foc, sunt expuse pe scurt într'o mică lucrare a internului meu d. Al. Popescu, publicată în jurnalul studenților în medicină și pe care o reproduc împreună cu observațiile ce conține putându-vă servi în practica ulterioară a d-vóstră¹⁾. Iat'o:

Neintervenția sau intervenția—*imediată sau tardivă*—în plăgile prin armă de foc, sunt chestiuni, cari de multe ori au fost aduse înaintea congreselor de chirurgie. Aprópe mai toți chirurșii vechi susțineau intervenția imediată și extracția corpiilor streini, căci credeaú că organismul luptă pentru a elimina din interiorul său or-ce corp privit ca strein; și inflamația cu toate fenomenele ei succesive, nu era de cât rezultatul acestei lupte. Dar dintre toți corpiii streini, proiectilele de multe ori ne dând naștere la nici un fenomen inflamator, uniú diceau că acestea sunt primite de organism, că *plumbul este amicul omului*. Astăzi însă, grație cercetărilor bacteriologice, s'a dovedit că inflamația este rezultatul unor germenii infecțioși, aduși de corpul strein, cari au străbătut în organism; pe când din contră, or-ce alt corp strein aseptice, se inchisteză în organism fără să dea loc la inflamație.

Ast-fel fiind, proectilul este el aseptice sau nu? Temperatura ridicată, flacăra care 'l inconjóră etc. 'l steriliséză și 'l fac aseptice. In cas când o plagă prin armă de foc se complică de inflamație, acesta provine din pricina strebaterii în interiorul organismului a unei bucăți din haină, sau alt corp, care a fost împins de proectil în cursul său, iar nici de cum din cauza prezenței proectilului.

¹⁾ „Revista de Medicină și chirurgie practică“, publicațiune lunară sub direcțiunea unui comitet de studenți. Anul I, No. 1. Septembre 1892.

Convinși de acest adevăr, cea mai mare parte din chirurgii moderni și d. dr. Kiriac, au căutat să se țină tot-d'a-una în rezervă, față cu o plagă prin armă de foc, mulțumindu-se numai cu asepsia sa, fără a avea în vedere intervenția imediată pentru estragerea proiectilului. Stromeyer și Beck în Germania, Legouest în Franța, Otis și Gross în America, susțin intervenția imediată pentru jenă și durerile cauzate de proiectil și cari fac insuportabilă viața individului ¹⁾.

Hutin pe 400 casuri de plăgi prin armă de foc la cari n'a intervenit, 200 casuri au trebuit supuse unei intervenții tardive, de ôre-ce vindecarea era numai aparentă la acestea. Dacă Hutin intervenia imediat, atunci trebuia s'o fi făcut la toți cei 400 de răniți, ast-fel că 200 erau supuși la o operație de care n'aveau trebuința și care putea să le periclitizeze viața.

Plăgile superficiale, plăgile în seton cari interesază numai părțile moi și produse de proiectile de reșbel sau revolver, sunt lipsite de or ce intervenție; ele au fost chiar cusute și reunite prin prima intenție fără supurație, mai ales cele produse de revolvere, la cari buzele erau puțin mortificate.

În plăgile cu un singur orificiu (*orificiul de intrare*), proiectilul găsindu-se în interiorul țesuturilor, intervenția asemenea e proscrisă. Sondagiul, diferitele manopere ce trebuiesc a se face pentru a se estrage proiectilul, infectează plaga și lezază pe o mai mare întindere țesuturile.

Intervenția imediată este recomandată, pôte, în casul când proiectilul a produs o perforație complectă a vre-unei artere voluminoase sau a unei vene, pentru a opri emoragia; asemenea în cazul când proiectilul se află sub tegumente, intervenția imediată nu pôte da loc la nici o complicație.

Intervenția imediată a fost recomandată de cei mai mulți chirurgi și în plăgile cavității abdominale. Perforația vre-unei anse intestinale de către proiectil și peritonita consecutivă ce s'ar putea ivi au îndemnat pe chirurgi să intervie. Dar d-nu doctor Kiriac crede că în plăgile prin armă de foc, peritonita este mai rară ca în celelalte plăgi făcute asupra cavității abdominale, și acesta pe motivul că, proiectilul intrând în cavitatea peritoneală, pôte să rămăe în interiorul său, orî să iasă prin peretele posterior fără ca intestinele să fie perforate, fiind-că ele, grație marelor lor mobilități, pot să fugă dinaintea sea. D-sa a obținut în experiențele făcute pe cadavru cu arma Mannlicher, două plăgi ale abdomenului: una d'asupra ombilicului și alta de

¹⁾ *Traité de thérapeutique chirurgicale* (Forgue și Réclus), Paris, 1892.

desubtul s eu; la autopsie s'a constatat că proiectilele au traversat cavitatea abdominală eșind prin peretele posterior fără ca intestinele să fie atinse. S'a u v eșut cazur i unde intestinele deși perforate, totuș i bolnavii s'a u vindecat, fără a presenta cea mai mică urmă de peritonit a, dup e cum a fost și la bolnavul nostru Nadler (observația V).

Ac est a vindecare se p ote explica prin aceia că orificiul produs de proiectil asupra intestinelor fiind mic, ser osa peritoneală viscerală se p ote uni cu aceia a altei anse intestinale, sau cu cea parietală, mai înainte ca materiile fecale să trecă în abdomen.

 n plăgile toracelui, cu perforația pulmonului, iar aș i cele mai multe cazur i a u fost vindecate fără intervenție; aici nu p ote avea loc de cât o intervenție tardivă: când s'a  ivit o pleurit a sau un ematorax, unde cantitatea lichidului fiind prea mare nu se p ote resorbi, atunci intervenim pentru a estrage lichidul.

Noi avem dou e cazur i la car i n'am observat nici una din complicațiile pulmonare (observația II și IV). La unul proiectilul a perforat pulmonul și cavitatea toracică, apărând pe partea dorsală sub tegumente. D. dr. Kiriac face o incizie și 'l estrage, de óre-ce ac est a intervenție nu putea avea nici un rezultat grav. La cel-alt, proiectilul lez end de asemenea pulmonul, proiectilul r em ane în cavitatea toracică și bolnavul se vindecă fără cea mai mică intervenție.

 n resumat, intervențiunea imediată, n'are de cât f orțe rar ocaziunea de a se aplica.  n adev er, în majoritatea casurilor simpla expectație este mult mai folositoare pentru bolnav de cât or-ce explorație, și cu atât mai mult tentativele de extracție. C ac i proiectilele cum sunt aș i fabricate, nu numai că r em an intacte și nu se fragment eș a, dar grație desvolt arei de căldură, r em an cu totul aseptice, aș a că f orțe ușor se pot  nchista, r em an end tolerate în mijlocul țesuturilor.

Este bine înțeleș că proiectilul fiind cu totul superficial, nu e nici un pericol de a se sc ote fie imediat sau ceva mai târziu—când fenomenele inflamatorii a u dispărut sau a u atins gradul de supurațiune. Aceste diferite indicații se găsesc în observațiunile urm ătoare:

Obs. I. Elena Dumitrescu, de 18 ani, măritată, cus ator es a, intră în spital la 6 Octombree 1891, suferind de *plagă prin armă de foc la partea de mijloc a feței dorsale a piciorului stâng.*

Bolnava ne spune că bărbatul s eu  ntorc endu-se de la un chef a vrut să șĭ descarce revolverul care era încărcat de mult timp. El ese afară, trage 4 focur i și la al cincilea lovește în picior pe amanta sa care se afla al atur i de d ensul.

Bolnava de constituție bună, nu constatăm nimic din partea organelor intra-toracice sau abdominale. Pe fața dorsală și mediană a piciorului stâng se află o plagă mai mică ca o piesă de 50 ban i cu m arginele arse și așezată în direcția

celui de al doilea spațiu inter-digital, și la o depărtare de 5 c.m. de el. Imprejurul plăgei găsim o tumefacție durerosă și roșie, care pare a fi datorită unui epanșament sanguin. Prin presiune se simte împrejurul plăgei o crepitație, care nu pare a fi datorită unei fracturi a oșelor meta-tarsiene, ci unui mic emfism său unor cuaguli sanpuiți. Pe fața plantară a piciorului, aprópe de mijlocul său și către jumătatea sa internă, se află o pată inflamatorie mai mare ca o piesă de 2 lei, fórte durerosă la presiune. Aceste dureri se simt și pe fața externă a piciorului și nici de cum pe fața internă, lucru care ne face să credem că glonte-tele a înconjurat piciorul, trecând de la fața dorsală în cea externă apoi în cea plantară. Restul membrului e fórte sănătos, fără să existe vre-o urmă de limfangită.

Plaga orificiului de intrare este fórte frumósă; nu se observă nici cea mai mică supurație; în regiunea plantară pelea este puțin roșie și în interior se simte prin presiune un corp dur care pare a fi glonte; restul piciorului este complet normal nefiind nici o urmă de tumefacție, nici durere.

23 *Octombrie*. Plaga orificiului de intrare complet vindecată, roșiata din regiunea plantară dispărută, cu tóte acestea în interior tot se simte un corp dur pe care apăsând dá naștere la durere.

2 *Noembrie*. În urma anesteziei făcută prin pulverisații cu eter, d. dr. Kiriace face o incizie de 2 c.m. cu bisturiul pe partea de mijloc a feței plantare în dreptul proiectilului. Se descopere proiectilul care se extrage cu ajutorul pensei făcând mișcări de lateralitate. El era așezat cu baza înainte și vârful înapoi, ceea ce a arătat că acest proiectil a suferit o mișcare de torsiune.

7 *Noembrie*. Se desface pansamentul care se găsește curat, prin presiune apare puțin puroi între buzele plăgei; în tot acest interval de timp bolnava a acuzat durere în tot piciorul, de și nu s'a observat nici o urmă de inflamație. Se fac spălături largi cu sublimat, apoi pansamentul obicinuit.

25 *Noembrie*. Bolnava se liberéză din serviciu complet vindecată, prezentând 2 cicatrice: una în regiunea plantară și alta în cea dorsală, cicatrice neaderente și nedureróse.

Obs. II. Tudorache Dumitru, de 65 ani, văduv, plugar, intră în spital la 15 Maiu 1892, suferind de: *plagă prin armă de foc în regiunea subclaviculară stângă în apropiere de stern cu leziuni din partea pulmonului.*

În ziua de 12 Maiu ducându-se la curtea arendașului ca să reclame pentru un băiat al său care a fost bătut acolo de un epistat, în urma unei discuții, un alt epistat trage cu revolverul într'ânsul; el cade jos fără cunoștință, în care stare a fost transportat acasă. Pe la mezul nopței se deșteaptă într'o slăbiciune mare, cu amețelă și dureri de cap. La 15 Maiu este transportat la spitalul Filantropia.

Bolnavul presintă în regiunea sub-claviculară stângă, aprópe de stern, o plagă prin armă de foc de mărimea unei piese de 50 bani. Suprafața plăgei este arsă până la carbonizare, marginile resfrânte înăuntru, către partea superióră și internă epidermul lipsește pe o întindere de 1 c.m. lucru care nu se observă în restul plăgei. Acest orificiu în totalitatea sa este înconjurat de un cerc roșiu violaceu în întindere de 1 c.m. de unde pelea și reia culórea sa normală. Nu se constată nici o fractură a claviculei sau a sternului. Cu trei laturi de deget în jos de plagă se simte o ușóră crepitație gazósă fórte mică. Orificiu de eșire nu există, dar glonte se simte sub pelea la partea posterióră a toracelui imediat în josul unghiului inferior al omoplatului stâng.

16 Maii. D. dr. Kiriac face o incisie a tegumentelor în dreptul proectilului și'l estrage, după aceea aplică 4 puncte de sutură. De la plagă în sus apröpe totă regiunea fosei subspinöse este cuprinsă de un emfitem sub-cutanat. Vêrful glontelui nu este turtit, dar presintă o mulțime de crestături și inegalități pe suprafața lui. Bolnavul în séra intrărei a avut emoptisiî; cu tôte acestea nu se constată nici un fenomen din partea pulmonului. El se află în o stare de ebeditudine.

17 Maii. Se prescrie infusie de poligală cu chinină.

20 Maii. Se desface pansamentul. Plaga reunită prin prima intenție, emfitemul subcutanat dispărut.

29 Maii. Bolnavul ese din spital complet vindecat, nepresentând nimic anormal din partea pulmonului.

Obs. III. Iancu Popescu, 31 ani, însurat, plugar, intră în spital la 20 Maii 1892 suferind de: *plagă prin armă de foc în regiunea bărbiei complicată de fractura maxilarului inferior.*

În nôptea de 16 Maiu, fiind culcat în grădina sa, aude că niște ómenî vin către dënsul; el se scólă atunci în sus, și la detunătura unei arme se simte plin de sânge pe bărbie. Distanța de la care a fost lovit, era cam de vr'o 10 metri. În urma acestui accident el intră în spitalul Filantropia.

Bolnavul de bună constituție; din partea organelor intratoracice și abdominale nu găsim nimic de remarcat. În regiunea bărbiei găsim o plagă de o formă fôrte neregulată, cu marginile rupte în formă de lambouri și întinđându-se de la comisura gurei până la osul hioid. Acéstă plagă este complicată de fractura cominutivă a maxilarului inferior, fragmentele sunt încălecate, ast-fel că ramura stângă este așezată înapoi, cea din drépta înainte. Maxilarul este fracturat chiar în dreptul simfisei; corpul său de o parte și alta are o mulțime de eschile și fragmente. Către partea inferiöra a plăgei se află o eschilă fôrte mare formată din mentonul maxilarului. Planșeul gurei este perforat, ast-fel că lichidul introdus în plagă ese prin gură.

Fără a se încerca vre-o intervenție se spală bine plaga, se atinge cu acid-fenic 10 % apoi se face pansamentul. Bolnavul a fost liniștit și temperatura normală. Din cauză că pansamentul se presintă îmbibat de saliva care ese prin plagă, se schimbă de 2 ori pe zi.

6 Iunie. D. dr. Kiriac a scos un sequestru de os și a deschis o pungă cu retenție de puroiî situată la partea inferiöra a plăgei și în comunicație cu fractura.

5 Iulie. Plaga perfect reunită presentând o cicatrice neregulată, înfundată și aderentă de os. La jumătatea maxilarului se află linia de fractură, unde cele două ramuri ale maxilarului, nu sunt încă bine consolidate; cu tôte acestea bolnavul mănâncă bine. Se concediază din spital.

Obs. IV. Mihalache Ion Bologna, de 34 ani, grădinar, intră în spital la 29 Iunie 1892, suferind de: *plagă prin armă de foc, pe partea laterală dréptă a toracelui, în al șaselea spațiu intercostal cu leziunea pulmonului.*

În nôptea de 29 Iunie fiind culcat afară, un gardian, care era la distanță de vre-o 10 metri de dënsul, voind a încerca un revolver al său pentru a vedea dacă ia foc, 'l lovește pe dânsul. El se scólă atunci în sus, strigënd ajutor și vine imediat la spital pe picioare, aflându-se ast-fel în tôte cunoștințele sale.

Starea bolnavului este bună, constituția forte. Din partea organelor intra-abdominale nu găsim nimic anormal. Cordul de asemenea e normal. Pe linia axilară, în al șaselea spațiu intercostal din drépta, se găsește o plagă puțin mai

mică ca o piesă de 50 bani, de formă rotundă cu marginile contusionate și răsfrânte înăuntru; suprafața sa este acoperită de o crustă formată de sânge coagulat. Imprejurul său se observă o zonă inflamatorie, pe întindere de 1 c.m. Plaga este puțin dureroasă și prin presiune se constată împrejurul său un mic emfism sub-cutanat, asemenea găsim o submatitate, care se întinde de la plagă până la baza pulmonului și există numai în partea laterală a toracelui, pe când către partea anterioară și posterioară dispare complet. În dreptul acestei sub-matități constatăm murmurul vesicular puțin diminuat; frecări pleurale nu există. După ce se spală ușor plaga cu sublimat, căutând a nu rupe crusta sanguină, se atinge cu acid fenic 10% și se face pansamentul.

1 Iulie. A avut în mai multe rânduri emoptisii. Temp. D. 38.². S. 39.².

2 Iulie. Temp. D. 38. S. 38.⁶.

3 Iulie. Temp. D. 38.². S. 39.³. În tot acest timp se prescrie chinină.

4 Iulie. Temperatura normală, bolnavul liniștit, asudăză însă în timpul nopții; zona de submatitate pare mai diminuată.

8 Iulie. Plaga complet vindecată, bolnavul respiră liniștit, neacuzând nici o durere. Tóte fenomenele din partea pulmonului complet dispărute. Este congediat din spital.

Obs. V. Rubin Nadler, de 22 ani, însurat, croitor, intră în spital la 5 Iulie 1892, suferind de: *plagă prin armă de foc în regiunea epigastrică cu leziuni din partea intestinelor.*

Fiind dus cu un prieten al său la o cârciumă și după ce a băut mai mult timp, venind acasă, trage cu revolverul în nevasta sa, pe care o bănuia de o conduită rea și apoi trage și într'ânsul. El cade jos fără cunoștință și în această stare este adus la spitalul Filantropia.

Bolnavul se află încă în stare de ebetudine, constituția sa însă e bună. Din partea organelor intra-toracice nu găsim nimic anormal. În regiunea epigastrică la stânga de linia mediană, în apropiere de marginea falșelor cóste și la vreo 8 c.m. de apendicele xifoid se găsește o plagă de mărimea unei piese de 50 bani de formă rotundă, cu mărghinele contusionate și răsfrânte înăuntru; suprafața sa este acoperită cu o crustă formată din cuagul sanguin. Prin ușură palpație împrejurul plăgei n'am putut da peste proectil.

Orificiul de eșire al proectilului nu există. Bolnavul a avut în două rânduri melenă, având scaunele de culórea cafelei, nu presintă cu tóte acestea emoptisii, nici vėrsături, apetitul este conservat și nu acuză de loc durere nici înainte nici după mănecare.

Se spală bine plaga fără a se încerca sondagiul; apoi se panséază.

7 Iulie. Are iarăși melenă, nu se observă nici cea mai mică urmă de peritonism. Plaga cu totul curată.

12 Iulie. Bolnavul fiind complet vindecat, se liberéază din spital.

CHESTIONAR

Pielea, țesutul celular, aponevrosele, tendónele, vasele, nervii și muschii în fața proiectilelor. Leziunile óselor: periostite, osteite, osteomielite. Gangrena mefitică a lui Lidell. Modul cum se compórtă proectilul în canalul osos. Fracturile óselor: simple, complicate, fisurare, perforante, rezecante și longitudinale spiroidale. Esperiențele autorului și conclusiuni. Fracturile craniului. Leziunile articulațiilor. Plăgile plămânilor. Simptome. Durerea. Caractere. Causalgie. Emoragie Delir, semi-pirexie. Diagnosticul. Chestiuni. Pronostic. Tratament, opinia autorului.

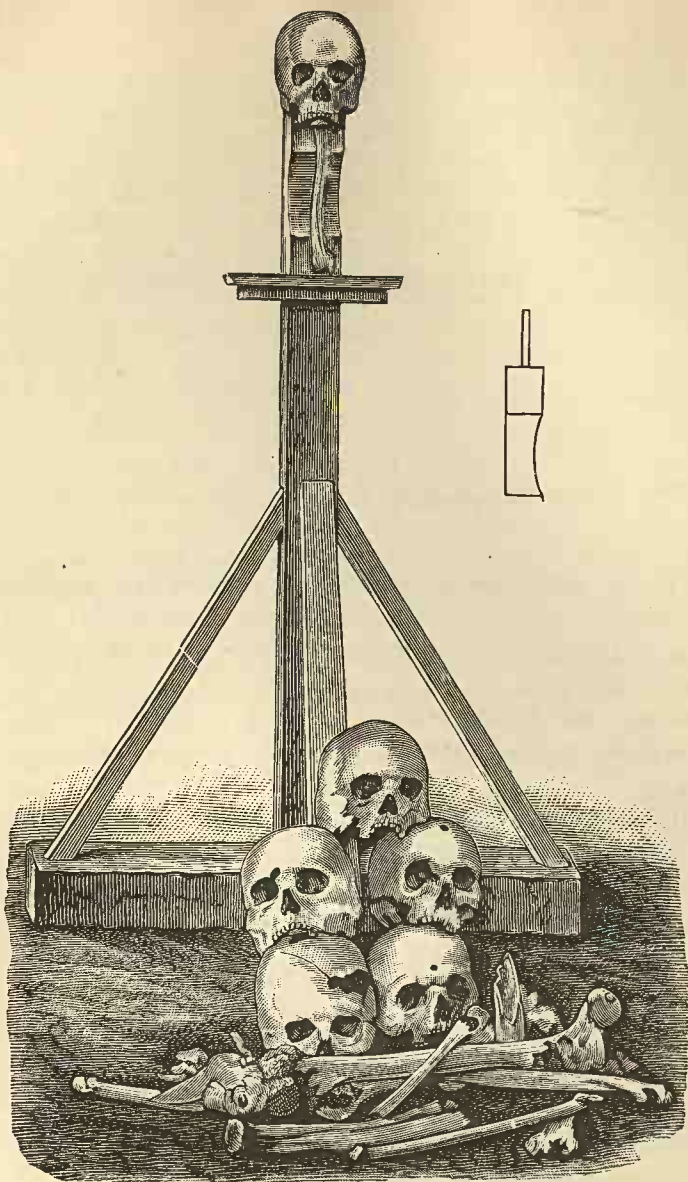


Fig. 73.

Acastă figură represintă aparatul improvisat pentru facerea experiențelor cu craniuri și oșe uscate.

Dênsul e foarte simplu, fiind format dintr'o bară lungă de lemn fixată pe o scândură grósă cu trei stâlpi. La partea superiôră se termină printr'o tije unde se așeză craniul, intrând prin gaura occipitală; fața anterioară a scândurei presintă o escavațiune pentru a lăsa un spațiu liber între os și dênsa, așa că proiectilul isbind în os, acesta să nu fie comprimat de un plan resistant. Dispoziția e arătată în profil prin figura anexată.

DESPRE ARSURÎ

Lecția XLI.

Domnilor,

Autorii compendiului consideraă arsurile ca provenite numai din acțiunea directă a coloricului asupra țesuturilor. Nelaton însă, Velpeau și Devergie aū dat o altă definiție ce se păstrează și ađi ca fiind mai completă.

Arsuri sunt leziuni produse asupra țesuturilor noastre prin acțiunea căldurei concentrate precum și prin aceia a substanțelor numite caustice.

Etiologia. În general arsurile studiate în chirurgie sunt cele provenite din aplicațiunea directă a corpului arzător cu țesuturile; totuși căldura prin *radiare* încă poate da arsuri mortale, precum ar fi cazul fixărei corpului în fața unui foc mare; dar acest lucru barbar și criminal din norocire nu s'a observat; accidental însă s'a văzut în epilepsie.

Expunerea la razele soarelui nu determină arsuri, — afară dacă am concentra căldura cu o lentilie, — ci numai simple eriteme fără mare importanță. Acțiunea sea prelungită produce *insolațiunea* ce nu intră în domeniul chirurgiei.

Corpi arzători pot fi *solizi*, *lichizi* și *gazoși* sau în stare de vapori.

Fie-care dă leziuni deosebite; dar în teză generală ultimele două feluri de arsuri sunt cele mai periculoase din cauza enormei suprafețe de întindere ce ocupă. Decī vom arăta pe rând:

1) *Arsuri prin gaze*, sunt determinate prin flacăra ce se produce în momentul esplosiunei. Accidentele acestea se observă la droghisți, în laboratōrele de chimie, în prepararea gazului de luminat, a prafului de pușcă, etc. etc. Aceste arsuri produse în mod instantaneu din

causa exploziunii și a forței de expansiune care e enormă—de și în general forțe superficiale sunt însă cele mai mortale prin colosala lor întindere. Aci, leziunile nu sunt efectul numai al flacărei gazelor ci și al aprinderii vestmintelor, cari după expresiunea lui Dupuytren se asociază, devin complice, luând parte la prima mișcare de combustie. Aceste haine neputându-se repede separa de corp, pielea se arde, devenind neagră și tare ca o scórță. Sub dinsa, grăsimea intră într'un fel de ferbere și se consumă producând o nouă flacără ce se adaugă la cele dintâi. Dar în acest timp toate cele alte țesuturi se aprind și ele, și ast-fel fie-care element în parte devenit corp ars și arzător, contribuie prin propria lor combustie la activitatea caloricului exterior, al cărui efect devine mai energic asupra părților vecine. De aci rezultă că întregul corp arde în tocmai ca o masala; este o adevărată cremațiune în urma căria totul se reduce în cenușe.

Combustiunea spontanată a celor vechi nu e de cât tot o arsură ordinară generală dar produsă prin acest mecanism al aprinderii grăsimii.

II) *Arsuri prin vapori de apă.* Acestea au aceeași acțiune ca și gazele, sunt însă mult mai periculoase din cauza moleculelor de apă la o temperatură escesivă ce conțin.

Această apă ferbinte nu numai că se condensază pe piele și o desorganizează, dar imbibă hainele, se scurge în locuri mai depărtate și produce combustiei la distanță. Ceia ce însă e mai grav este că acești vapori ferbinți strebat în adâncimea țesuturilor și ard mucósele gurei, a tubului digestiv și mai ales a căilor respiratorii, provocând o mórte forțe repede în mijlocul celor mai sfâșietóre dureri.

III) *Arsuri prin lichide* stau în raport cu cantitatea de caloric cerută pentru ebulițiune. Ast-fel flacăra fugitivă a etherului și alcoolului dă o arsură cu totul superficială; apa la 100° nu determină de cât un eritem fără nici o gravitate; pe câtă vreme apa sărată, unt de lemnul, grăsimile, seul, etc. ce ferb la temperaturi mult mai ridicate, produc leziuni destul de profunde și întinse prin împregnarea hainelor și lățirea lor pe tegumente.

Trebuie să știm că mucósele se ard mult mai ușor ca tegumentele, căci o temperatură de 40—50° produc arsuri serioase în vagin, rect, faringe etc.

Un fapt demn de notat este că apa ferbinte, chiar dacă produce o arsură gravă respectă periile dupe piele, afară de lichide cu totul dense ce pot distruge foliculii piloși; dar în or-ce cas acesta servă pentru a deosebi o arsură prin flacără de aceia prin lichide.

IV) *Arsuri prin solide.* Acestea se caracterisă că în general sunt

puțin întinse însă profunde, mai ales când aderă de corp precum metalele în fusiune. Nu toate solidele produc acelaș fel de arsuri. Ast-fel lemnul de stejar arde mai profund ca lemnul de brad; apoi fie-care metal în parte va lucra dupe gradul de căldură la care se topește. Și nimic nu se poate compara cu puterea desorganizatrice a metalelor în fusiune, al căror efect este așa de energic și repede.

Regin a publicat un cas în care un om din nebăgare de sémă puind piciorul într'un sghiab, fu coprins de un val de tuciù topit; și când scóse membrul din acest rîu aprins, piciorul și partea inferióră a gambei lipseaù cu totul (compendiul).

Fosforul, sulful și reșinele sunt și mai periculoșe căci când se topesc și ard în acelaș timp; pe lângă acesta ele se lipesc de țesuturi și se infiltréză prin haine, așa că distrugerile sunt colosale.

Relativ de fosfor s'a constatat că arsurile sunt foarte grave producând în țesuturi o inflamație repede și profundă mergênd chiar până a determina mórtea cu o repeđiciune extraordinară, chiar în casuri cu aparență ușóră. În Enciclopedie găsim următórea observație a lui George Morton. Un tînăr aprinse în vagon un chibrit frecându'l cu unghia polixelui. Un fragment de fosfor incandescent strebate sub unghie și'i produse o ușóră arsură, căria pentru moment nu i se dete nici o atențiune. După o oră, durerea deveni foarte intensă. Indată policele, mâna, antebrațul presentară într'o repede succesiune o inflamație și o umflătură considerabilă. Câte-va ore mai târđiù se constată simptomele unei gangrene și în 27 de ore de la accident individul móre.

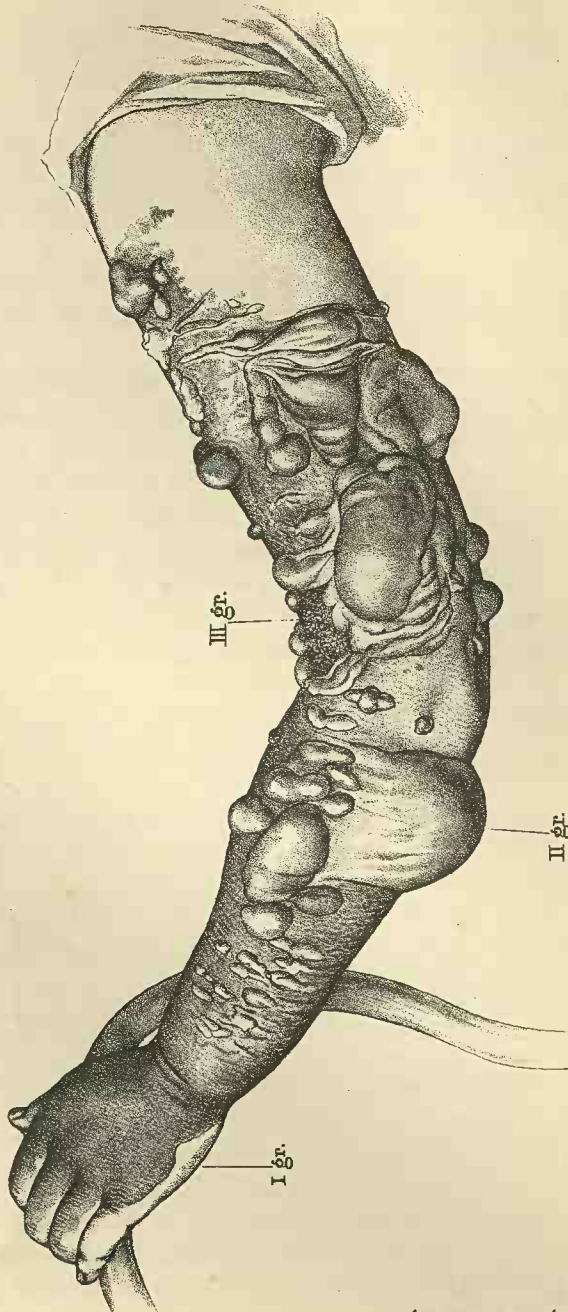
V) *Arsuri prin substanțe caustice lichide* se produc prin nebăgare de sémă saù cu scop de sinucidere or criminal. De ordinar lucrul se întâmplă cu sublimat corosiv, acid fenic concentrat, acid sulfuric etc. etc.

Arsurile cu substanțele caustice solide în general se fac cu scop terapeutic și se iaù toate precauțiunile ca leziunea să fie limitată și de dimensiunea dorită. Arsurile sunt profunde și nu presintă nimic de speriat.

Divisiune și simptome.—Primul autor a fost Fabricice de Hilden în 1605 care a împărțit arsurile în 3 grade. Heister și Callisen (1771) admiteaù 4 grade; alții și în fine Boyer revine iar la 3 grade, divisiune adoptată și de Billroth precum și de autorii din America anume: rubefacție, vesicație și escarificație. Ultimul grad a fost sub divizat de Dupuytren care stabili divisiunea remasă clasică și adoptată mai de toți, de șase grade de arsuri.

I) *Eritem* (rubefacție—Billroth—inflamație erisipelatósă a lui Boyer)

Cele 3 grade de arsuri rubefacție, vesicafie și demndarea corpului papilar



însoțită de o flogosă superficială a peleii dar fără formațiune de flictene.

II) *Vesicule pline cu serositate.* (Inflamație flictenoidă—Boyer—arsură cu vezicule—Billroth—) inflamație cutanată cu deslipirea epidermului.

III) *Distrugerea unei părți din grosimea corpului papilar.* (Inflamație cu escarificare—Boyer—sau arsură cu escarificare Billroth).

IV) *Desorganizarea totală* a dermului până la țesutul celular sub cutanat.

V) *Reducerea în escare* a tuturilor părților superficiale și a muschilor până la o distanță mai mult sau mai puțin considerabilă de ose.

VI) *Carbonizarea totalității* grosimei membrului. În figura 74 (planșă) am reprodus dupe natură primele trei grade de arsură provocate pe o spălătorésă în urma unei opăreii cu apă fiartă.

Simptomele. — se împart în 3 periode.

I) *Periôda de congestiune și durere.* Durerea este inerentă la orice grad de arsură; dinsa este cu atât mai vie cu cât pielea este arsă la suprafață de cât când e distrusă în totă profunzimea.

Și acesta lesne se înțelege, căci e vorba de denudarea papilelor nervose în cazul I și de distrugerea lor în cazul al II când și durerea poate să dispară.

De aci rezultă că combustiunile de gr. I sunt însoțite de niște dureri vii, intolerabile, așa că excesul chiar al acestor dureri stinge orice suferință!

Bolnavul e coprins de comă, are aerul de a fi liniștit, numai vorbește, nu se mai mișcă și móre fără să se deștepte din somnolența în care a căzut.

Dupuytren atribuia acesta la o intoxicație generală prin suprimarea funcțiunilor cutanate; iar alții la o sdruncinare profundă a sistemului nervos; ađi se pune pe socoteala șocului traumatic.

Alte dăți în loc de comă avem o supra excitațiune nervosă, un delir furios și convulsii.

În timpul internatului meu, am văzut un om (servitor de spital) cu o combustie de gradul I generalisată în urma spargerei mașinei de vapor; dînsul umbla țipând și alergând prin salóne, scoțând niște strigăte înfiorătoare până în momentul morței care a urmat dupe 4 ore.

Acum de curând (Noembre 1891) am avut în serviciul meu o tinăra fată arsă cu petrol (spargerea unei lămpi) care, cu fața terosă, abătută, cu fenomene de peritonită, vărsături poracee etc. a murit dupe

6 ore în momentul când părea foarte liniștită și cu totă integritatea facultăților intelectuale. (Coma).

II) *Periôda de reacțiune inflamatorie*. Este caracterisată printr'o febră intensă datorită inflamației arsurei, congestiunelor viscerale și flegmasiilor profunde.

III) *Periôda de supurație*. Incepe cu căderea escarelor și este câte o dată abondentă și prelungită, ast-fel că bolnavul slăbește, viscerele degenerază și mórtea vine în urma unei cachexii sau diferite complicațiuni, ca piemie, septicemie etc.

Anatomia patologică. În afară de leziunile proprii focarului traumatic, găsim alterațiuni mai mult sau mai puțin profunde în viscere.

Dupuytren e cel dintâi care a arătat congestiunile interne a căilor respiratorii, digestive și a centrilor nervoși putând să degenereze în inflamațiuni cele mai grave.

Pe lângă cele-alte degenerescențe ale viscerelor ca ficatul etc. D. Mortan și Henry Wetherill din America în 1880 a atras atențiunea mai ales asupra nefritelor și albuminei în urină ajungând la conclusia :

I) că *albuminuria există în toate gradele de arsură* afară bine înțeles de leziuni cu totul neînsemnate.

II) că albumina stă în strînsă legătură cu ridicarea de temperatură. Ast-fel: orî de câte orî temperatura nu trecea peste normală, albumina nu apărea; și din contra, prezența sea tot-d'a-una a fost constantă când temperatura se ridica la 38 sau 39°. Și în casuri grave sau mortale, albumina crește în proporție cu ridicarea temperaturii: când acesta atinge cifra de 40 sau 40°,5, albumina ocupă trei părți din volumul urinei examinate, iar densitatea urinei scade în mod considerabil.

III) Albumina pôte să apară chiar de la început fără ca temperatura să fie ridicată, ba încă sub-normală; acesta anunță o mórte repede și se observă de ordinar în combustioni intense fie și de gr. I, când individul e sub șoc.

Prezența recentă a albuminei în urină arată o iperemie renală, o congestiune forte determinată fie prin micșorarea circulațiunei pielii seă a tubului intestinal, fie printr'o creștere generală în tensiunea arterială. Mai târziu avem degenerescență amiloidă a rinichilor și nefrite parenchimatose și intersticiale.

În ceia ce mă privește, cu tot examenul foarte minuțios și zilnic al urinei la doi bolnavi cu arsuri foarte întinse de gradul III și cari presentaū ascensiuni mari de temperatură, n'am putut constata prezența albuminei ci numai o mic-

șorare în densitatea urinei. Ambii bolnavi însă aveau fenomene de congestie pulmonară.

Dupe Falk, un alt autor American, atât nefrita cât și cele alte inflamațiuni viscerale consecutive arsurilor intense ale tegumentelor, sunt cu totul identice cu cele produse *a frigore*, de ôre-ce în urma distrucțiunei pielei prin arsură, se sustrage organismului o cantitate enormă de caloric și deci se produce o scădere generală a temperaturii corpului.

Ponfick atât pe animale cât și pe ômenii arși a constatat o alterațiune profundă și o distrucțiune totală a globulelor roșii ale sângelui. De aci o stasă sanguină și producțiunea embolilor capilare formate de aceste mese de emoglobină alterată, care stabilindu-se în plămâni, cerebru sau rinichi produce infarcte și môrte repede ce în adevăr nu se pôte explica de cât prin această ipoglobulie împinsă la extrem.

Edemul glotei în momentul unei aspirațiuni de vapori calzi este dupe Philip Bevan o caasă de môrte subită, mai ales la copii, când putem constata și semnele unei pneumonii acute.

Cu tôte că Dupuytren a arătat cel dintâi că în combustiuini, cerebrul, pulmonii și intestinele sunt iperemiate și chiar inflamate; că ganglionii mesenterici precum și mucôsa intestinală sunt ulcerate și provôcă môrtea în perioada de supurație, totuși Curling din Londra atribue cauza morței unui ulcer al duodenului.

Acest ulcer de mărimea unei piese de 50 bani saă un leă, se găsește în porțiunea duodenului situată în fața capului pancreasului. Și dupe Curling artera pancreatico-duodenală aflându-se între aceste două organe și fôrte aprôpe de intestin, când ulcerul se perforéză se deschide și vasul, care produce o emoragie mortală.

Patogenia acestui ulcer a fost fôrte mult discutată. Curling crede că în urma supresiunei funcțiunelor pielei, glandele intestinale capătă o activitate mare, în urma căria se produce o iritație consecutivă locală degenerând într'o inflamație ulcerativă.

Falk susține că ulcerul provine din oprirea circulațiunei gastrice saă intestinale, ce resultă din slăbiciunea acțiunei cordului ce tot-d'a-una se observă în combustiuinile întinse; deci e efectul unei trombose saă embolii arteriale, cu atât mai mult cu cât și Virchow a găsit la autopsie o embolie într'o arteră aflată la fundul unui ulcer al duodemului.

Ziemssen atribue ulcerul duodenului care e identic cu al stomacului acțiunei acide a sucului gastric. Pentru acésta însă se cere suprimarea circulației în acel teritoriū. În starea normală țice dănsul,

sângele trecând prin țesuturi, menține starea alcalină a sucului gastric; deci din momentul când sângele numai circulă, aciditatea crește și determină ast-fel iritația și ulcerația stomacului sau duodenului

Rindfleisch 1887 admite genesa sanguină a ulcerului, declarând că infarctul este cauza principală, *caput mortuum*.

Dinsul mai adaogă că de o-dată cu infarctul se produce și o emoragie; suncul gastric însă disolvă cu forțe mare ușurință acești coaguli ca și părțile lipsite de viață, de unde rezultă că imediat dupe emoragie găsim în locul infarctului o pierdere de substanță cu marginile tăiate neted, un ulcer pe care deja Cruveilhier îl numia *erosiune emoragică*. Dar cu tótă disparițiunea repede a infarctului, totuși forma rotundă a ulcerului și dispoziția sa în formă de con cu baza către mucosă iar vârful către stratele mai externe îi trădeză origina infarctică.

Pronosticul mai tot-d'a-una este grav, mai ales în combustionile generalisate; este iarăși grav din cauza cicatricelor diforme ce se produc, dupe Dupuytren, din aceia că nicăeri ca în combustioni nu există aceste tendințe iresistibile de tracțiune a cicatricei către centrul plăgei, de unde compromitere de membre. În plus, din leziunile anatomice gravitatea pronosticului reese în mod evident.

Tratamentul e complex și variabil.

În prima linie vom căuta să sustragem partea arsă de contactul aerului spre a evita durerea; deci nu vom ridica flictenele ci vom face un pansament cu vasilină boricată și antipirină prin oclosure Guerin. În perióda de supurație antisepsia va fi de rigóre.

Plăgile fiind întinse, dacă e posibil vom face balneatiune prelungită de Hebra și Billroth. Ne vom opune cicatritelor vițioase; vom supune pe bolnav la regim în special lactat; ne vom gândi a preveni și combate albuminuria și ulcerul duodemului; în fine în casuri de asfixie iminentă vom face tracheotomia, când vom constata edemul glotei mai ales la copii. Ponfick propune și transfusiune de sânge în locul celui distrus.

O indicațiune specială este tratamentul arsurilor prin diferiți acizi sau baze alcaline.

În arsurile prin acid sulfuric, azotic și cloridric sau sărurile lor ca clorur de zinc, cositor etc. nu vom întrebuința spălături cu apă, căci acidele cu apa produc o ridicare de temperatură considerabilă și subită ceia ce ar agrava răul. Vom pune deci imediat cretă pisată sau apă de var dacă e vorba de ochi, care va neutralisa acidu la moment producând o vie efervescentă, dupe care putem spăla puțin.

Dacă intervenim repede împedicăm orî-ce arsură înlocuindu-se prin o ușoară roșiata, o înțepătură sau furnicătură.

Tot cam în modul acesta vom lucra când aceste acide corosive sau sărurile lor sunt introduse în gură și înghițite; antidotele cele mai apropiate vor fi carbonatul de sodă, potasă, calce, magnesie etc. avînd însă grija să nu introducem cantități prea mari, ca nu cum-va distensiunea stomacului în urma efervescentei să rupă țesuturile arse.

Contra causticelor alcaline ca soda, potasa, amoniacul, calcea vie (var nestins) cari au proprietatea de a sustrage repede apa din țesuturi, vom întrebuița în mare cantitate ulei, grăsime, oțetul său orî-ce alt acid slab ce neutralizează alcalul și formeză o sare inofensivă (săpunul). Pentru ochi soluția va fi cât se poate de slabă; iar când arsura e prin var nestins să preferim oțetul căci apa împreună cu varul produce căldură. Pentru nitrat de argint se dă sare comună; iar pentru acid fenic, sublimat etc. se dă apă albuminată sau albuș de ou pentru a se opune la coagularea albuminei din țesuturi.

Contra fosforului când se inghite se dă sulfatul de cupru care formeză un fosfur insolubil.

Despre congelațiuni sau degerături

Acestea sunt leziuni produse prin acțiunea prelungită a frigului asupra țesuturilor.

Acțiunea frigului poate fi generală și locală. Resistența organismului contra frigului este variabilă. Ast-fel s'au vădut ómenii în Siberia resistînd la o temperatură de -50° , pe când în Rusia au perit 400000 de ómenii din armatele aliate la o temperatură de -39° .

Vîntul, umiditatea și aerul senin sustrag o mare cantitate de caloric și fac ca frigul să fie mult mai puternic, așa că o temperatură de -29° și chiar 10° devine cu totul intolerabilă de cât cel de -50° , fapt demonstrat de Larrey.

Mișcarea, desvoltând căldură după experiențele lui Becquerel și Rodier, luptă contra frigului așa că în răsboiul din Crimeea, Dr. Solander speria pe soldații obosiți prin cuvintele: *cine se culcă adorme, și cine adorme nu se mai scóltă*. Dar el însuși cădu victima acestei maximii, rugînd pe camaradii săi să'l lase să dórma!

Iarăși alimentarea grasă și suficientă, etatea adultă, bărbații, resistă mai mult de cât cei în privațiuni, de cât copiii și bătrânii și de cât femeile.

Tremmeret din St. Petersburg a publicat în enciclopedie unele indicațiuni statistice interesante asupra degerăturilor: din 494 casuri, extremitățile inferioare singure au fost atinse de 333 ori; extremitățile superioare de 105 ori iar de 38 ori ambele extremități de o dată. Degetul cel mare și cel mic degeră mai des ca cele alte organe. De asemenea partea dreaptă a corpului e mai expusă ca cea stângă. Bărbații sunt de 12 ori mai expuși ca femeile. Etatea cea mai favorabilă pentru aceste accidente este între 30—35 ani!

Acastă ultimă afirmare ni se pare curioasă și în contradicere cu norma lucrului. Noi credem din contra că etatea înaintată e mai rațională și dispune, cu atât mai mult că nici o dată n'am văzut degerături de cât pe indiviți cu totul bătrâni iar nu pe ómeni în flórea etății. Mai credem iarăși că starea ateromatósă și de arterio sclerosă a individului jócă un rol fórte important în chestiunea degerăturilor și numai astfel ne putem esplica opinia lui Tremmert, de óre-ce lucrul este știut că Rușii sunt dádați la tabagism și băuturi alcoolice—de alt-fel ca toți ómenii din nord—și prin urmare nu e de mirat că la etatea chiar de 30 ani dênșii să fie deja arterio-scleroși și deci favorabili pentru degerături.

Mai adăogăm iarăși că organele proeminente și ascuțite ca nas, urechi, penis și vérful degetelor sunt mai predispușe, de óre-ce în aceste organe nu se află artere de calibru mare ci mai mult o răția capilară unde sângele lesne se póte coagula.

Când puterea de rezistență contra frigului general se sleește, individul móre în următoarele 3 condițiuni.

I) *Mórte lentă.* Éta cum o descrie Larrey: mórtea se anunță prin palórea feței, un fel de idiotism, dificultatea de a vorbi, slábirea vederei și chiar pierderea totală a simțurilor. Unii indiviți ast-fel stinși continuau să mérgă conduși de camaradii lor, dar acțiunea musculară slábindu-se, dînșii se clătinau pe picioare întocmai ca niște ómeni beți și cădeaú pentru a nu se mai scula. Noi mergeam — adăogă dênșul— într'o stare de emoțiune și confusie în cât abia ne mai recunoșteam unii pe alții. Organul vederei și forța musculară erau așa de mult slábite că ne era greu să urmăm o direcție determinată și să ne păstrăm echilibrul. Adesea se observa incontinențe de urină și epistaxe.

Dar lucru curios, s'au văzut casuri de ómeni ast-fel morți în aparență și readuși la viață chiar după 6 zile, ceia ce arată că dênșii nu sunt înghețați ci asfixiați.

II) *Mórtea în urma fenomenelor de reacțiune.* Survine când individul înghețat e repede pus într'o cameră prea caldă. Tot Larrey de-

scrie casuri de soldați înghețați de frig, cari apropiindu-se de foc au căzut morți ca și cum ar fi fost trăsniți.

Un chirurg șef după ce suportase totă ziua un frig riguros, i se oferi să se odihnescă séra într'o cameră caldă. Imediat după câteva momente, membrele înghețate se tumefiară, figura se congestionează și móre în brațele fiului său fără a putea scóte un cuvint.

Larey mai spune că în expediția din Rusia, soldații în urma unei lupte, tocmai după două zile [simțiră primele simptome ale frigului începând a se plânge de dureri vii în picioare însoțite de amorțială, greutate și furnicături în extremități. În acea zi însă termometrul se ridicase de la -20° la $+6^{\circ}$.

Nenorocire omului înghețat — dice Larrey — care ar intra într'o cameră prea caldă sau s'ar apropia de focul unei sobe ori de bivuac.

III) *Mórte repede*. Am văzut dice Larrey ómeni mergând cu totă aparența energiei musculare, dar de o dată se plângeau că un vâl le acoperea ochii ce și deveniau imobilii. Mușchii gâtului dar mai ales sterno mastoidienii se contractau în mod energic; trunchiul era apucat de o înțepenélă, și acești ómeni cădeau la pământ în crise de catalepsie sau epilepsie.

IV) *Mórte prin ataxie catarală* descrisă de Larrey este analogă cu simptomele tifosului sau febrei tifoide și care póte să presinte două forme: *cefalică* cu fenomene de compresie cerebrală, anxietate excesivă și slăbiciune considerabilă a facultăților intelectuale; și *formă toracică* de care a fost atins și însuși Larrey oferă: tuse, expectorație abondentă și diaree; în casuri fatale apar pe corp pete echimotice cu aspect gangrenos, urina négră și evacuațiunile de o fetiditate excesivă.

Causele acestor diferite forme de mórte sunt următoarele dupe Lacassagne și alți autori

Mórtea lentă și progresivă începe prin o slăbire a respirației în urma căria oxigenul e în minus în circulație, iar acidul carbonic în plus. De aci stase sanguine și congestiuni cerebrale; suspensiunea mișcării, pornirea iresistibilă a individului către somn, stare letargică, mórte.

În mórtea repede avem anemie cerebrală resultând din micșorarea activității cordului. Aci jócă rol alterațiunile globulelor sanguine cari plecând încărcate de acid carbonic din capilare, intră în torentul circulator și produc embolii cu fenomene cataleptice și de epilepsie. Mórtea în momentul reacțiunei provine că acidul carbonic aflat în soluțiune în sange devine liber sub influența căldurei și determină

coagulațiunii sanguine spontanate cari oprite în capilarele pulmonului împiedică circulația, oprește mișcările cordului și determină o asfixie-pulmonară.

Mórtea prin ataxie catarală este efectul unor congestiuni encefalice ori pulmonare rezultate din alterațiunea globulelor sanguine sau a emboliilor.

Tot prin mecanismul tromboselor și emboliilor se explică și mórtea venită în urma congealațiilor limitate ale unui organ precum și emplegiile și paralișile diverse.

Congelațiile proprii ăse au fost împărțite încă de Calisen în 3 grade:

I) *Eritemul său rubefacția* de o culóre vinosă, violacee, dispărând sub presiunea degetelor, este efectul stagnăreii sângelui în vasele capilare periferice. Fenomenul e trecător; persistent însă și rebel la unele persoane, în special la cele limfatice al căror dermn se îngroșe iar țesutul celular se infiltrăză și constituie degerăturile cronice ale lui Legouest.

II) *Vesicația* este analogă cu arsura; după căderea epidermului rămân spintecături puțin profunde dar secretând un lichid galben sau brun, producând usturimi și transformându-se une-ori în ulcere foarte rebele.

III) *Sfacel* nu numai al dermului dar și al țesuturilor sub jacente. Aci leziunile sunt foarte grave căci țesuturile o dată coprinse de gangrenă sunt incapabile de a mai reveni la viață.

Anatomia patologică pe lângă cele-l-alte leziuni notate vom mai adăoga.

În mușchi: plăci, focare emoragice, miosită intersticială putând degenera în sclerosă, atrofie, supurație și gangrenă.

În nervi Tilaux și Grancher au arătat coagularea mielinei; téca lui Schwann devine moniliformă iar cilinder axis deformat. Vasa nervorum fiind astupate, nervii degenerăză, se inflamăză, țesutul conjunctiv proliferăză, trunchiul nervos se îngroșe, se comprimă și se distruge; de aci nevrite une-ori ascendente.

Oasele sunt ramolite, cavitățile areolare pline cu un lichid galben murdar și chiar purulent. Tillaux a găsit puroiu și în articulații, ceea ce probăză infecția purulentă care aduce mórtea. Pe lângă cele-l-alte leziuni, Vallette și Legouest au arătat enterite și ulceratii rectale.

Pronosticul e foarte serios și în strânsă legătură cu starea diatesică a individului. În adevăr, scrofuloși, diabeticii și albuminuricii nu numai că sunt foarte predispuși dar oferă o tenacitate desesperată la vindecare.

Mortalitatea, după Tremmeret, este de 85, la 100.

Piemia și septicemia sunt cauzele principale a morții.

Diagnosticul în general facil se poate însă confunda cu asfixia locală și gangrena simetrică a extremităților când e vorba de degete, precum și cu lupus când congelăția e la față. Degerăturile de gradul II se apropie de arsură. Cele de gr. III de celelalte gangrene de care însă se deosebesc prin comemorative.

Tratamentul va fi local și general. Vom evita tranzițiunile bruște de temperatură, vom combate șocul, și vom interveni la momentul oportun.

Vom căuta ca în mod gradat și cu forțe mari precauțiuni să readucem în părțile înghețate circulația, sensibilitatea și căldura.

Practica populară care constă în a freca pe omul înghețat cu zăpadă sau a-i pune un membru degerat în apă rece este tot ce poate fi mai rațional și științific, de ore-ce individul expus la căldură, părțile vaselor rigizi se rup și de aci suspensiunea circulației și prin urmare gangrenă fulgerătoare.

Reproduc din Enciclopedie o observație foarte instructivă dată de dr. Hayes unde se vede frumoasele rezultate ce putem obține prin stăruință și îngrijiri apropiate chiar în casuri unde or-ce speranță ar părea stinsă.

Un Esquimol avea totă gamba până d'asupra genuchiului înghețată; densa era tare, albă și fără viață. S'a transportat acest bolnav într'o cameră foarte rece, înghețată având temperatura de -29° . Gamba fu băgată în apă înghețată în timp de 2 ore. În acest moment s'a început fricțiunile făcute mai întâiu cu fulgii unei piele de pasăre, după aceea cu zăpadă și s'a alternat fricțiunile și învâlișele în blană timp de 24 ore. În fine s'a lăsat gamba învelită cu îngrijire iar temperatura camerei s'a ridicat gradat prin ajutorul unor lampe aprinse. A treia zi bolnavul a fost transportat în casa sea având o temperatură de 27° . După 70 de ore a putut să meargă nerămându-i de cât o ușură congelățiune a unui deget de la picior.

Pe lângă acesta avem și alte lucruri de îndeplinit: Putem recurge chiar la respirațiunii artificiale până când individul începând a reveni câte puțin, vom pune în joc băuturile stimulante (alcool cât se poate de puțin) precum și o bună alimentație apropiată (în special grasă) prin mijlocul cărora forțele se vor ridica din ce în ce mai mult iar cu dânsese asigurarea vieții.

Despre Fulgurațiune sau accidente prin trăsnet.

Mai frecvente în Iulie și August și în timpul zilei, isbește mai mult pe bărbați, probabil din cauza profesiunilor.

Humbolt susține că o stare catarală febrilă face pe individ să reziste; din contra, transpirațiunea prin formarea unei colone umede în jurul corpului înlesnește accidentul.

Sestier susține că fulgurația nu omorâ pe om de cât atunci când este atins direct sau cel puțin la o distanță de 30 c. m.

Trăsnetul pe lângă contuziuni, plăgi, arsuri, împregnări de materii fuliginose, mai produce nisce figuri particulare:

I) Arborisațiunii vasculare datorite injecțiunei vaselor de diferite calibruri, probabil în urma paralisiiei vasomotorie.

II) Figurele sau florile lui Lichtemberg formate din linii sinuoase, ușor recurbate la extremitatea lor, din a căror reunire ese un buchet, o stea sau o pensulă de păr.

III) Imagini electro-fotografice cari reproduc desemnurile obiectelor de prin prejur.

Alte dați observăm alterațiunii profunde în sistemul pilos. Părul poate deveni roșu, să fie ars, smuls sau ca tăiat cu fórfecele.

Sestier citéză casul unui om trăsnet al căruî păr era ras ca cu briciul.

Une orî părul și barba sau înalbit instantaneu. Aceste leziuni se observă mai ales în regiunile umede prin transpirație ca axila, regiunea inguino scrotală etc. Câte o dată se observă smulgerea țesuturilor, gangrene întinse, fracturi, resecții ca cu armele de foc. S'a vădut casuri de smulgerea totală a limbei care fu ridicată împreună cu maxilarul inferior.

Ca leziuni interne avem: epanșamente sângerose în diferite organe și parenchimele splacnice. Vasele nutritive ale cristalinului se pot astupa și produce cataracta prin fulgurațiune descrisă de Sestier.

Simptome. Durere sub diferite forme până la delir furios; convulsii tonice, individul putând să rămăe ca petrificat în starea în care se găsia; ast-fel Boudin spune că un om fiind călare a fost trăsnet și adus acasă mort dar tot călare pe șea (?).

Mórtea subită resultă după unii din rarefacțiunea aerului ambient ce produce trăsnetul, așa ca individul s'ar găsi ca într'o mașină pneumatică. Alții din contra susțin o condensare a aerului care ar executa o presiune violentă asupra colonei gazose aflate în căile respiratorii, de unde întinderea și ruperea celulelor pulmonare.

S'a susținut iarăși descompunerea instantanată a sângelui prin disparițiunea subită a oxigenului din aer de unde o asfixie mortală.

Mai probabil este după unii paralisia cordului și a muschilor respiratorii, fulgerul având proprietatea de a distruge iritabilitatea musculară.

Pronosticul e grav, mai ales la copii și când descărcarea electrică s'a făcut pe cap. Experiențele au probat pe epuri ca descărcările pe față și abdomen nu omorâ.

S'a vădut casurî curioase de vindecarea unor paralizii forte vechi datand de la etatea de 6 ani până la 44, și vindecate spontanat în urma unui trăsnet.

Și iarăși Sestier spune: O femeie trebuia să fie operată de o tumoră a sânnului, când cu câte-va zile înainte operației femeie e atinsă de o lovitură de trăsnet în partea laterală stângă a toracelui însoțindu-se de accidente grave: drept recompensă însă, tumora începu să se micșoreze până a dispărut cu totul. În resumat pronosticul variază așa că Boudin dice: Trăsnetul omoră, rănește sau vindecă.

Tratamentul propriu asfixiilor, sincopelor și paraliziiilor.

Leziuni prin agenții chimici

Le-am studiat deja în arsuri. Caracteristica lor este ca să fac în mod limitat și cu scop terapeutic însă produc eschare de diferite culori și analoge cu arsurile de gr. III. Studiul lor ține mai mult de mica chirurgie.

C H E S T I O N A R

Arsuri. Definiție. Arsuri prin corpî solidi, lichidi și gazoși. Caractere. Arsurile prin fosfor. Divisiunea arsurilor după diferiți autori și după Dupuytren în VI grade. Simptomele fie-cărui grad. Anatomia patologică. Nefritele și raportul albumei cu temperatura. Observațiile autorului. Alterațiunile sângelui. Ulcerul duodenului. Teorii. Indicațiuni speciale în tratament.

Congelații. Definiție. Acțiunea frigului în raport cu diferitele condițiuni atmosferice și individuale. Opinia autorului în fața aserțiunilor lui Tremmeret din St. Petersburg. Mórtea lentă, mórtea în urma fenomenelor de reacție și mórtea repede. Simptome și mecanism. Mórte prin ataxie catarală cu forma cefalică și toracică. Diviziunea congealațiilor în trei grade. Anatomia patologică a muschilor, nervilor și oșelor. Precauțiunile cerute în privința tratamentului.

Leziunile prin fulgurație sau trăsnet. Diferite opinii. Arborisațiuni, figurile lui Lichtenberg și imagini electro-fotografice. Alterațiunile sistemului pilos. Modul în care pot muri răniții.

CAP. IV

COMPLICAȚIUNELE LEZIUNELOR TRAUMATICE

și în special ale plăgilor

Lecția XLII.

Domnilor,

Dacă ați urmărit bine scopul acestor lecțiuni făcute până acum, ați dedus că după ce am studiat unele bóle generale ca abcese, ulcere, fistule și gangrene, am trecut la leziunile traumatice. Aci am insistat în a vă arăta că aflându-ne în fața unei plăgi fie ea accidentală sau provocată de noi înșine în scop terapeutic, trebuie întâi să știm cum să o îngrijim ca să asigurăm vindecarea. După aceea am aratat diferite aspecte și evoluțiuni a acestor plăgi rezultate din influența diateselor individului.

Din acest studiu lung v'ați convins că dacă plaga este una și aceeași, bolnavii însă sunt foarte diferiți; ați văzut că tratamentul plăgilor nu este numai chirurgical dar și medical, și de aci necesitatea ce ni se impune ca pe lângă îngrijirile pur chirurgicale să asociem și pe acelea ale întregii medicini. Sarcina chirurgului decî s'a îngreunat în mod colosal.

Ați văzut domnilor că toate aceste cunoscințe de cari trebuie să ne armăm, au un singur și unic scop: ca plaga ce ni se încredințează a o îngriji, să o conducem ast-fel în cât să se vindece fără să trecă prin nici o complicație. Singurul nostru rol de chirurg este să ajutăm natura care prin pornirile ei are tendințe de a repara ori ce stricăciune. Acesta e totă filosofia, și acesta formeză superioritatea și aureola unui chirurg, când toate plăgele ce i se încredințează se vindecă fără nici o complicație.

Și în adevăr, astăzi cu cunoscințele ce avem și mijlocele antiseptice ce formeză arma noastră cea mai puternică, scopul este aproape cu totul obținut.

Din nenorocire însă, fie din cauza noastră — dacă nu avem destulă credință în antisepsie — fie dintr' o cauză necunoscută, plăgile și astăzi încă se pot complica în mersul lor, împedându-se ast-fel de a merge spre vindecare.

Ne rămâne dar un ultim studiu și anume: în ce constă aceste complicațiuni, cum să le cunoștem și cum să luptăm contra lor spre a readuce plăgile pe calea lor cea bună.

Complicațiunile acestea însă fiind din ce în ce mai rari și cu tendințe de a dispărea — grație mijloacelor moderne — vă previu că le vom studia în mod cât se poate de scurt dându-ve numai elementele strict necesare pentru a le cunoște.

Afecțiunile ce se studiază în acest capitol sunt de altfel grupate în mod destul de artificial și arbitrar. În adevăr, pe de o parte se pune pe aceeași linie sincopa, șocul traumatic și septicemia ce n'au nici o afinitate între ele, iar pe de alta se scote din clasa bolilor parazitare erisipelul, tetanosul etc. pentru a se pune în capitolul complicațiilor traumatice unde nu e locul lor etiologic.

Afară de acésta, grație antisepsiei, o mulțime de complicațiuni putem dice că au dispărut cu totul, căci abia dacă ici coalea se mai vede câte un erisipel, o febră traumatică sau un cas de septicemie; iar cât pentru gangrena gazoasă, emoragiile secundare, gangrena nosocomială etc. acestea sunt ani de când nu s'au mai vădit așa că generația actuală nu le cunoște de cât din descrierile aflate în cărțile clasice.

De aceia, nunumai că ar trebui o reformă — după cum dice Reclus — dar suntem siguri că în curând acest capitol va fi chiar șters cu desăvârșire din chirurgie, rămând ca o simplă curiositate istorică precum a rămas supurația amputațiilor, conicitatea bonturilor și retractia lambourilor cu eșirea oșelor în lungime de 5—6 c. m.

Dar până atunci noi ne vom conforma uzului. Și lăsând la o parte complicațiile pur locale ce suferă plăgile în urma diateselor deja studiate, ne vom opri asupra complicațiilor generale ce se impart în *primitive* și *consecutive*.

În cele primitive vom studia: I) Sincopa, II) Șocul și stuporea III) delirul nervos, IV) nevralgiile traumatice.

În cele secundare: I) emoragiile secundare, II) anemia traumatică, III) trombosele și emboliile, VI) febra traumatică, V) septicemia acută și cronică, VI) piemia, VII) erisipelul. VIII) tetanosul și XI) gangrena de spital.

§ I. Complicații primitive

D) *Sincopa traumatică*. Este unul din cele mai înspăimântătoare accidente. Causa sea intimă este *oprirea bruscă a mișcărilor cordului*. Dar în urma acestui fenomen, sângele nemaî sosind la crebru, acest organ găsindu-se lipsit de excitantul său natural se slăbește, se stinge, și atunci simțirea, mișcarea și respirația cari au legături strânse cu dînsul vor fi și ele întrerupte. De aceea sincopa traumatică este caracterisată prin următoarele trei simptome: *încetarea bătăilor cordului, oprirea respirației și pierderea absolută a cunoștinței, sensibilității și motilității*, ceea ce face că individul coprins de sincopă, este palid ca cêra, fără resuflare și inert ca un cadavru.

Știut este că mórtea nu vine de cât prin suspendarea acestor trei organe ce se influențază reciproc și cari sunt numite trepiedul vieții: *cord, plămâni și crebru* dënd mórtea prin *sincopă, asfixie și apoplexie*.

Sinopa traumatică a fost de mult timp observată de chirurghi, fie în urma unor operațiuni grave, sau diferite accidente ca în sdrobiri întinse de membre etc.

Etiologia. Afară de o stare nervosă particulară a indivișilor, de etatea înaintată, de o anemie traumatică și de o excitațiune aplicată pe țesuturi inflamate și iperestesiaste, sincopa pôte fi provocată printr'o emoragie abondentă, sau prin turburări profunde ale sistemului nervos, De aci:

Sincopa prin emoragie numită încă sincopă circulatorie ori mecanică, și sincopă nervosă sau reflexă.

I) *Sincopa mecanică* depinde de cantitatea, rapiditatea și sediul emoragiei. Este evident că deschiderea complectă a unei artere de calibru mare ca femorală, carotidă și aorta va produce o sincopă fulgerătoare; pe când într'o emoragie venosă sau capilară, sincopa vine după un timp mai îndelungat urmând scurgerea de sânge care va fi și densă lentă și treptată.

Iarăși se susține că deschiderea unui vas aprópe de crebru produce o sincopă repede, ca și cum ar fi vorba de o venesecție directă a bulbului.

În tóte aceste casuri sincopa recunoște o anemie cerebrală: encefalul lipsit cu desăvêrșire de elementul său nutritif și excitant, încetază de a mai funcționa, iar cordul care e direct sub dependența sea încetază și el în mod forțat.

Dar în alte circumstanțe, sincopa încă se pôte produce fără

nici o emoragie, precum de exemplu în momentul unei paracentese, toracentese, puncția unui kist ovaric etc., când voind a scóte tot lichidul, individul e coprins de sincopă. Mecanismul e același dar pe o cale diferită, căci aci anemia cerebrală e produsă prin afluxul repede de sânge în venele rămase dilatate prin scóterea lichidului ce le comprima, de unde rezultă o emoragie fără rupere de vase, o *emoragie în năuntru* după cum o numește Terrier.

Un exemplu de o asemenea sincopă pot relata următorul cas: În 1887 luna Septembre, am operat o femeie destul de robustă — de și avea 62 ani — de un kist ovaric multilocular, de o dimensiune enormă și anume: măsurătorea luată pe sub lombe și d'asupra ombilicului era de 1 m. 45 c.m. iar de la apendicele xifoid până la simfisa pubienă de 73 c. m. Acéstă femeie am operat'o la 6 Septembre făcându'i ovariatomia, când am scos 20 kilograme de lichid afară de cel peritoneal evaluat la 4 kilograme, iar greutatea netă a kistului gol a fost de 2400 grame. Și cu tóte acestea reușita a fost perfectă, căci a VIII zi desfăcând pansamentul totul era reunit prin prima intenție. Dar la 20 Septembrie, adică 14 zile de la operație când numai era nimic de temut, bolnava a avut nenorocita idee ca la orele 7 diminéța să se scóle pe șeđut în pat, rugând servitórele să o peptene, dar fu apucată de o sincopă bruscă și a murit imediat ca și cum ar fi fost trăsniță. De sigur că și aci mórtea a fost produsă prin sincopa emoragică în năuntru. Autopsia n'a descoperit nimic de apreciable afară de leziuni de alt-fel ușóre și proprii bătrâneței cu cari însă de sigur ar mai fi putut încă trăi.

Tot prin mecanismul de emoragie innăuntru ne putem explica sincopa mortală de care sunt coprinse unele femei imediat dupe facere, căci și aci abdomenul mult timp întins, permite prin eșirea fetului și reducerea uterului, o dilatare mare a venelor până acum compresate unde sângele precipitându-se, mórtea póte fi instantanee în urma unei sincope bruște.

Dar în alte casuri, pe lângă acéstă cauză se mai adaogă și deplasările cordului și diafragmului mai ales în epanșamentele pleurale și pericardice.

Tot în cauzele mecanice ale sincopei intră plăgile și traumatismele directe ale cordului precum și epanșamentele sanguine pericardice cari opresc cu totul acest organ de a mai bate, și prin urmare étă sincopa. Modul de acțiune al emboliilor îl vom vedea mai târziu.

II) *Sincopa reflexă*. Se produc în condițiuni particulare și în afară de cea mai mică emoragie. Dupuytren o atribuia unui exces de

durere în urma căria tot fluxul nervos s'ar scurge întocmai ca și sângele, de unde și numirea acestei sincope de *emoragie nervoasă*.

Dar în afară de traumatisme mari și arsuri întinse, sincopa reflexă poate să survie în urma celor mai neînsemnate plăgi sau înțepături. Ast-fel este cazul extraordinar al lui Verneuil în care făcând numai planul unei incisiuni operatorie pentru tracheotomie cu dosul bisturiului, bolnavul fu coprins de o sincopă mortală.

În enciclopedia internațională Mansell Maulin relatează un cas de morțe subită în urma unei simple puncțiuni a unui kist hidatic al ficatului. Este vorba de un om de 40 ani foarte sănătos în aparență dar având un kist destul de mare al ficatului. După câte-va zile de la intrarea în spital i se face puncție exploratrice fără anestezie, scoțându-se câte-va picături de un lichid clar; și de orice nu se produce nici un efect supărător, dupe ce se scose micul trocar capilar, se întroduse o canulă de grosimea unei pene de găscă. Dar abia se scose câte-va grame de un lichid sanguinolent, când de o dată fața bolnavului devine palidă și lividă, brațele cădură inerte, și după câte-va bătăi slabe și neregulate ale cordului pulsul încetă, iar bolnavul rămase mort.

Rănirea și contuziunea altor organe încă ne oferă casuri de sincopă mortală. Ast-fel lovitura pe testicul, abdomen și regiunea epigastrică sau laringienă poate fi urmată de un collaps intens, de o prostrație absolută și morțe repede. Fischer dă observațiunea unui cas de morțe repede prin sincopă, câte-va ore după sdrobirea unui testicul.

Erichsen atrage atenția asupra sincopei cu dispariția bruscă a pulsului în momentul legărei cordonului spermatic în castrație chiar și dacă individul este anesteziat.

Astley-Cooper a descris un cas remas clasic de un țăran care conducând un porc într'o róbă, primi o lovitură pe epigastru și rămase pe loc mort înțepenit.

În casuri de strangulațiunii a unei porțiuni de intestin subțire, fie într'un sac erniar sau de o bridă fibrasă, precum și în momentul taxisului, mai ales fără cloroform, iarăși putem observa sincopa cu o prostrație extremă și urmată de morțe fără să existe cea mai mică urmă de peritonită.

Lăsăm la o parte sincopa venită în urma otrăvurilor corosive și a perforațiilor stomacului și intestinelor, pentru a ne opri puțin asupra sincopei cauzată de o emoțiune vie sau durere mare.

În adevăr, o bucurie sau frică neașteptată precum și or-ce emoțiune morală puternică poate aduce o sincopă mortală fără să existe nici o leziune fizică apreciabilă a organelor.

Iată o observație demnă de citat, luată din enciclopedia internațională :

Un pedagog devenise așa de urât studenților, în cât acestia se hotărâră să'i dea o bună lecție! Pentru acesta densesi preparară o buturugă și un topor bine ascuțit. Apoi câți-va din ei, îmbrăcându-se în haine negre de judecător, aduseră pe culpabil cu forța înaintea lor ca în fața unui tribunal și începură să'l judece! Acesta luă lucrul mai întâiu în glumă, dar judecătorii fură foarte serioși, și în mod sever îl condamnară la mörte. Nenorocitul începu să tremure și în zadar își arunca privirea în jurul lui spre a căpăta ajutor; i se puse o legătură négră peste ochi, îl ingenuchiară, îi făcu toaleta cuvenită și îl așeză cu gâtul pe lemn, Atunci se comandă ridicarea toporului și sentința morței; dar în loc de instrumentul tăios se aplică pe céfa culpabilului un șervet ud. În acesta a constat tötă gluma studenților, și când se așteptaü să facă haz, constatară în marea lor înspăimântare că individul era mort!

De sigur că aci va fi fost vorba de vre-o leziune cardiacă și în special de degenerescență gresösă a cordului.

Durerea póte și densa provoca o sincopă mortală mai ales când operăm pe membre și în special pe óse.

Pirogoff spune că doui indivizi aü murit în mâinele sale, făcându-le amputația cöpsei, și acesta tocmai în momentul când li se secționa ósele. O contracțiune spasmodică, zice densusul, trecu în muschii întregului corp; fața deveni palidă, ochii își perdură luciul, pupilele remase dilatate, iar mörtea fu instantanee; este de notat că operațiile aü fost făcute fără anesthetic.

Furneaux Gordau, puind termometru în axila bolnavilor, în timpul amputației, mai tot-deauna, a constatat o scădere de temperatură de $\frac{1}{2}$ grad în momentul secțiunei osului.

Din parte'mi am urmărit acéstă chestiune și am constatat următoarele :

I) Amputația gambei în locul de elecție, luna Aprilie 1892, pe individul Ion Năstase. Temperatura în timpul anesteziei 38° ; în momentul secțiunei óseler temperatura a scăđut la 36° decî cu trei diviziuni.

II) Osteotomie a femurului drept pentru un genuchî valg la 15 Oct. 1892 pe individul Nicolae Ion. Temperatura de la 36° a scăđut în momentul secțiunei osului la 36° .

III) La individul Nae Antonescu însă, afectat de gangrenă senilă a gambei drepte și căruia am făcut amputația cöpsei la 30 Martie 1892,

temperatura n'a scăzut cu nici o diviziune menținându-se la 38³ după cum era și înainte.

IV) Din contra, pe individul Mahomet Ali, operat pentru o deformitate prin cicatriță (vedi la cicatriță) în momentul când am secționat nervul sciatic am obținut o scădere a temperaturii de 4 diviziuni de ôre-ce de la 37⁶ termometru a arătat 37².

Tôte aceste fapte probéză o perturbațiune produsă în organism prin mijlocul nervilor fie în mod direct saũ prin măduva conținută în ôse; și scăderea de temperatură nu pôte fi streină sincopii.

Astăzi sincopa reflexă se explică ast-fel: că dênsa resultă din escitațiunea nervilor perifericii sensitivi saũ viscerali, adică a nervilor sistemului cerebro-spinal saũ a sistemului marelui simpatic; că această excitațiune e condusă prin măduvă până la bulb unde excită pneumogastricul și produce ast-fel precum se știe din fisiologie oprirea bruscă a mișcărilor cordului, dând cunoscutul fenomen numit inhibițiune.

Experiențele lui Goltz și repetate de Vulpian, sunt fôrte demonstrative, căci descoperind cordul unei brôște și determinând o percusiune forte pe pãretele abdominal al animalului, obține oprirea cordului; încetând percusiunea, bătăile cordului revin dar cu o intensitate mult mai mică ca înainte.

Brown-Sequard, smulgând ganglionii semi-lunari ai marelui simpatic, a obținut acelaș efect iarășî prin transmisiunea escitațiunii la măduvă, de aci la bulb și de acolo la cord prin pneumogastric.

Și pentru a se arăta acțiunea preponderentă a pneumogastricului, de Bernstein și François Frank în 1876, au secționat acest nerv saũ l'a paralisat prin curară și atropină și au demonstrat că percusiunea abdomenului și chiar escitațiunea electrică directă a marelui simpatic nu produc sincopă, din pricină că arcul reflex este întrerupt: escitațiunea vine până la bulb dar se oprește aci din causă că conductorul—pneumogastricul—lipsind, nu are cum să o conducă la cord și ast-fel accidenteale sincopale sunt înlăturate.

Sincopa reflexă este deci cauza morței în multe operațiuni pe intestine, în isterectomia abdominală, în desarticulația cõpsei etc. Tot prin sincopă reflexă ne explicăm mórtea la începutul cloroformisării prin iritația mucõsei bronchelor și laringelui lipsite de anestezie, lucru ce nu se întâmplă când rezoluția e complectă, căci atunci pneumogastricul fiind quasi paralisat, nu aduce escitația la cord.

Simptomele sunt acelea ale unei morți iminente: anxietate până la oprirea respirației, ameteală, oripilațiuni, grêță, vërsături, sudorî reci, o paliditate extremă a feței, dificultate în a sta în poziția verticală saũ șezândă, privirea fixă a ochilor cu pupilele dilatate și o scădere

sensibilă a temperaturii. Dacă există o plagă sângerândă, or-ce scurgere sanguină încetază, și această emostază pasivă este chiar un beneficiu pentru bolnav, dacă sosește la timp, căci poate preveni sincopa mortală.

Dară unul din caracterele cele mai importante ale sincopii traumatice este pierderea absolută a cunoștinței și o rezoluție complectă musculară, așa că, chiar după revenirea la viață, bolnavul n'are cea mai mică conștiință de cele petrecute.

Diagnosticul este ușor prin faptul că fenomenele apar brusc, și prin acesta se deosebește de șocul traumatic care vine mai încet, persistă un timp mai îndelungat și nu este însoțit de acea pierdere absolută a cunoștinței; afară de acesta bolnavul poate răspunde la chestiuni când este excitat, având pulsul și respirația încă perceptibile. Același lucru putem zice și despre comotațiunea cerebrală, la cari se mai adaugă și comemorativele.

Pronosticul e foarte serios, sincopa putându-se adesea termina prin morțe.

Tratamentul constă ca profilaxie a înlătura toate cauzele cunoscute; iar când accidentul apare, să dăm o poziție declivă bolnavului, să uzăm de toate excitantele periferice spre a provoca prin calea reflexă reîntorcerea mișcărilor cardiace. Vom utiliza deci flagelațiile, cautererele, injecțiile cu eter, electricitatea, acupunctura, electro-punctura, dar mai ales aplicațiunii de apă fiartă în clocote în dreptul diafragmului, care este singurul mijloc de a scăpa viața individului, anunțându-se printr'o inspirațiune foarte profundă. Adesea am văzut în serv. d-lui dr. Assaky, care a introdus acest sistem, succese sigure de readucere la viață numai prin acest mijloc însoțit une-orî cu injecții de eter.

Schock (șoc) traumatic.

Șocul numit încă *letargia răniților*, *stupore traumatică* (Pirogoff) *sleirea* sau *însălmântarea răniților* (Bardeleben) a fost bine studiat în Anglia de Travers în 1827.

Forțe adesea s'a confundat cu sincopa traumatică și autorii Americani chiar ađi reunesc ambele aceste accidente într'unul singur—șoc.

Prin șoc traumatic înțelegem o stare de prostrație generală în care cad indiviđii în urma unor traumatisme mari. Această stare se însoțește de o slăbiciune în bătăile cordului, scădere de temperatură, paliditatea țesuturilor și de o rezoluție musculară însoțită de anestezie; inteligența însă de și slăbită, totuși se conservă.

După cum vedem, șocul se asemănă foarte mult cu sincopa, pentru care s'a și confundat una cu alta; cu toate acestea există deosebire. Ast-fel:

I) Sincopa apare sau dispare repede aducând la dincoara morțea bruscă a bolnavului; șocul apare mai încet, putând dura mai mult timp, ba chiar câte-va zile.

II) În sincopă avem disparițiunea pulsului și a bătăilor cordului precum și o lipsă totală a cunoștinței. În șok, pulsul și bătăile cordului deși foarte slabe, pot însă fi simțite, iar conștiința nu e pierdută ast-fel că bolnavii excitați pot răspunde la întrebările adresate.

III) Sincopa începe d'a dreptul prin suspensiunea bătăilor cordului, pe când șocul, după cum vom vedea, începe întâi printr'o stupefiare generală a sistemului nervos și numai în urmă cordul încetează mișcările sale.

Cât pentru etiologie este aproape aceiași în ambele afecțiuni: ast-fel traumatismele mari, căderi din locuri înalte, contuziunea și zdrobirea unor anumite organe ca: abdomenul, testiculul, intestinele, operațiile intra-peritoneale, arsurile întinse și fulgurațiile produc de o potrivă atât sincopa cât și șocul. Afară de acesta mai avem stările constituționale și diatesice ca slăbirea indivișilor prin bôle anterioare, afecțiunile cronice, alcoolismul, anemiile profunde precum și stările nervoșe cari nu puțin contribuesc la izbucnirea șocului traumatic.

Dar care e patogenia acestei teribile complicațiuni? Nu se știe încă nimic de pozitiv. Se admite însă că opiniunea lui Travers în mare parte ar fi cea mai adevărată. După acest autor, șocul ar proveni din suspensiunea totală a influenței nervoșe, lucrând mai ales asupra sistemului circulator din cavitatea abdominală pe care îl dilată în mod demăsurat.

Acastă teorie pare a fi confirmată prin autopsii în cari Von Bezold și Bewer au găsit o dilatație considerabilă a vaselor abdominale, transformându-se ast-fel în niște canale enorm de largi unde sângele cu înlesnire se poate ascunde.

Cu toate acestea, diferitele experiențe au arătat că numai simpla paralizie sau dilatație a vaselor abdominale nu e suficientă pentru scăderea tensiunii sanguine în așa grad, în cât să producă șocul prin oprirea reflexă a mișcărilor cardiace.

Ast-fel un autor german Tappeiner, din Leipzig 1870, legând vena pörtă la epur și măsurând sau mai bine șis calculând cantitatea sângelui conținut în ramurile sale, a ajuns la conclusia că toate vasele abdomenului, adică venele, arterele și capilarele, nu pot să conție de cât cel mult 16% din cantitatea totală a sângelui animalului; așa că

daca restul vaselor sanguine își conservă integritatea inervațiunii lor, această cantitate (de 16%) este insuficientă pentru a produce o scădere în presiunea sanguină capabilă de a provoca șocul.

Maî mult: Müller, 1874, a făcut secțiunea bilaterală a nervilor splanhnicî prin care toate vasele abdominale fiind complect separate de nervii vaso-motorî, se găsiu înținse la maximum prin stagnațiunea sângelui în cavitatea lor; și cu toate acestea măsurându-se tensiunea cu ajutorul unui manometru s'a găsit că dēnsa nu era micșorată nici pe jumătate în raport cu tensiunea generală. De unde s'a conchis că daca nervii vaso-motorî ai restului sistemului circulator își conservă puterea lor, cantitatea totală a sângelui din abdomen pōte să fie micșorată pe jumătate sau chiar indoită fără să se producă vre-o diferență apreciabilă, fără să cadă dedesubtul gradului indispensabil la menținerea vieței. Și acesta e așa de adevērat în cât animalele, la cari s'a practicat această secțiune bilaterală, au putut reveni în mod complect la viață, vasele reluându'si gradat calibrul și tonicitatea normală.

Din aceste esperiențe și fără a căuta să mergem maî departe cu studiul acestei chestiunî, încă neresolvată, vom conchide cu ultima teorie a lui Fischer că: șocul traumatic este rezultatul unei paralesii a întregului sistem vaso-motor, în urma căria tot sistemul vascular fiind coprins de o dilatație generală, tensiunea sanguină se slăbește cu totul, aducēnd paralisia reflexă a cordului, ce se contractă în gol, ne maî avēnd nici o picătură de sânge în el.

Dupē Duret, șocul rezultă din trecerea lichidului cefalo-rachidian din ventriculii laterali în cel mediū iar de aci în al IV-lea ventricul prin acheductul lui Silvius; și că ajuns aci isbește nucleii bulbari sau sensitivi ai pneumogastricului care grație unei supra excitațiunii și a proprietăței sale de nerv opritor, inhibitor, suspendă or-ce mișcare cardiacă. Această teorie ingenioasă basată pe o mulțime de experimentațiunii, credem că s'ar raporta maî mult la sincopă; în or-ce cas însă nu se pōte aplica de cât în casurile exclusive de traumatisme mari ale craniului.

Delorme susține că în traumatismele mari însoțite de sdrobiri ale óselor, comōțiunea ce acestea determină sunt suficiente pentru producerea șocului. Faptele clinice par a fi în favōrea acestei teorii de ore-ce șocul maî tot-d'a-una se constată în ruperile și sdrobirile óselor.

Cu ocazia experiențelor ce am făcut pentru plāgile prin armă de foc, am constatat în adevēr prin dinamometru că proiectilele lovind în óse produc o creștere în greutatea cadavrului mergēnd chiar până la 40—50 kilograme. Acesta probēză că traumatismele aplicate pe óse

sunt capabile a sgudui saũ mai bine ðis a camoþiona în mod puternic întregul organism, în urma cãruï lucru șocul pôte sã aparã. Iatã observaþiile :

I) Distanþa 300 metri. Arma Mannlicher. Cadavrul suspendat de un dinamometru cântãrește 40 kilograme. S'a lovit în mijlocul cõpsei drepte producând o fracturã cominutivã a femurului. Dinamometru aratã 50 kilograme.

II) Aceiași distanþã, aceiași armã și același cadavru, dinamometru fiind pus din nou la 40 kilo greutate normalã. S'a lovit în braþul stâng producându-se fractura osului umeral. Dinamometrul s'a urcat la 45 kilograme.

III) Dupã ce s'a pus dinamometrul iarãși la 40 kilograme s'a tras 6 focuri succesive: în unghiul intern al ochiului, în regiunea anterioarã și mijlocie a gãtului, în regiunea subclavicularã, în regiunea epigastricã, în a ipochondrului drept și în fine în regiunea ombilicalã. Examinarea dinamometrului dupã aceste lovituri a arãtat 90 kilograme, adecã o creștere de 50 kilograme.

În fine, ultima ipotesã și pôte cea mai probabilã este urmãtoarea: prin traumatism se produce pe cale reflexã o modificare a sistemului vaso-motor, prin care nutriþiunea intersticialã a celulelor se deviazã. Atunci se nasc produse toxice, și acestea pãtrundând în torentul circulator determinã o adevãratã auto-intoxicaþiune având acþiunea stupefiantã asupra centrilor nervoși și asupra cordului, care terminã prin paralizie și mörte.

Simptome. Existã în șoc trei forme:

I) *Forma insidiõsã.* E cea mai rarã și mai puþin cunoscutã; se observã în accidente de drum de fer. La prima vedere bolnavul pare cã nu suferã absolut de nimic conservându-și tôte funcþiunile indispensabile vieþei în mod complet, așã cã nu se constată nimic nici din partea respiraþiei nici a circulaþiei. Dar îndatã pielea capãtã o culóre subictericã, își perde elasticitatea, devine terõsã, cadavericã; extremitãþile se rãcesc, urina devine rarã, pulsul slab, bãtãile cordului neregulate și încet saũ chiar repede bolnavul se stinge prin una din ultimele forme adicã:

II) *Forma torpidã.* Acãsta e cea mai comunã și mai clasicã din formele șocului.

Caracterile sale sunt: I) O rezoluþie muscularã completã, așã cã ridicând membrele, ele cad prin propria lor greutate fãrã a opune nici o rezistenþã. II) Respiraþia e rarã, slabã, neregulatã și rece, ceia ce se constată puind faþa dorsalã a mâineï în dreptul gureï bolnavului. Alte dãþi pare a fi normalã dar fõrte des constatãm opresiune, suspinuri scurte și frecvente, vocea e întreruptã și câte o datã stinsã. III) Bãtãile cordului abia sunt apreciable iar pulsul môle, mic și câte

o dată dicrot. Temperatura merge scădând chiar până la 35°. IV) Sensibilitatea fără să fie stinsă e însă micșorată sau pervertită. Ast-fel bolnavul nu suferă de nimic, nu manifestă nici o durere, cu toate că e coprins de un traumatism foarte mare. Câte o dată are senzațiunea de frig și caută să se acopere, iar alte dăți se plânge de o căldură mare și caută să arunce obiectele ce l' acoperă, spunând că se înneacă de căldură. V) Inteligența e mai mult ca adormită, totuși bolnavul de și coprins de apatie, întreat însă brusc și imperativ răspunde corect la întrebări, putând chiar să dea deslușiri suficiente asupra accidentului.

Imediat ce se lasă, are tendența la somnolență, devine indiferent de ce l' înconjură, nu mai știe unde se găsește iar memoria începe a l' părăsi.

Nu face nici o mișcare spontanată; nu există însă paralizie, căci întrebându-l excitațiunii dureroase, bolnavul scote gemete și exercită chiar mișcări.

Relaxarea sfincterelor s'a observat și anunță sfârșitul vieții.

Dacă la acestea mai adăogăm: paliditatea feței cu trăsăturile sale caracteristice, buzele albastre, nasul subțiat, ochii înfundați în orbite, strălucitori și cu pupilele dilatate și leneșe, răceala membrilor superioare și inferioare, acoperirea întregului corp dar mai ales a frunții de o sudore rece și viscoasă; fuliginositățile ce apar pe nările nasului și buzele ce încep a se retracta lăsând dinții și gingiile în evidență, avem în fața noastră tabloul aproape complet al șocului cu forma torpidă și cu care bolnavul se stinge în 2, 4, 8, 24 cel mult 48 de ore.

III) *Forma eretică* nu e admisă de cât de Travers. Dînsa are fenomene inverse ca cea torpidă: căci în loc de o prostrație, indiferență, calm și apatie, bolnavul e coprins de vii suferințe, se agită, strigă, sbiară, aruncă, face mișcări desordonate etc., ochii schintecători și pupilele contractate, puls mic, repede, fără a putea fi numerat. În fine simptomele se apropie de acelea ale unui delir furios. Socotesc că acesta nu aparține propriu șocului ci e vorba de o stare diatesică specială a rănitului; probabil pôte fi vorba de un delir alcoolic provocat de traumatism.

Acestea sunt simptomele generale ale șocului; iar cât privește pe cele locale dînsese formeză o stare particulară a [plăgei numită *stupore locală traumatică*, sau dupe Pirogoff *comoștiune locală, asfixie locală*.

Unii autori fac din stupore locală o afecțiune cu totul izolată și independentă de șoc; alții o consecință a șocului, iar alții în

fine un fenomen precursor. Noi suntem pentru ultimele două opiniuni. Dar ori cum ar fi, stupórea locală este caracterisată prin aceea că plaga e coprinsă de o *anestezie foarte mare, de o răceala totală și de absența oricărei emoragii*. De aci rezultă că plaga fiind cu totul insensibilă, putem face orî-ce explorațiuni fără ca bolnavul să manifesteze cea mai mică durere, cu atât mai mult cu cât anestezia se póte prelungi chiar foarte departe de focarul traumatic. Fiind vorba de o plagă prin armă de foc, anestezia e mai pronunțată la orificiul de intrare (Fischer). Prin lipsa orî-cărei scurgeri de sange, muschii devin palizi, inerti, flasci și decolorați ca și tegumentele, însoțite de o răceală glacială, cadaverică, fiind câte o dată colorate în brun de sângele epanșat.

Diagnosticul se face: cu sincopa despre care am vorbit. Cu comóțiunea cerebrală unde pe lângă comemorative avem o pierdere absolută a cunoștinței, dar respirația și circulația de și lente sunt însă regulate, ceia ce nu avem în șoc. In comóțiunea medulară avem paralisia completă a mișcărilor și sensibilităței precum și relaxarea sfîcterelor ceia ce nu există în șoc. Cu septicemia acută diagnosticul e mai dificil, totuși aci în general nu avem o scădere de temperatură de 35^5 ca în șoc. Cât privește epilepsia, emoragiile cerebrale și beția, acestea 'și au caracterele proprii prin cari se deosebesc de șoc și asupra cărora e de prisos se insistăm.

Pronosticul cu totul grav mai ales când la cele descrise, se mai adaogă dificultatea in deglutiție și insensibilitatea carnei, căci acestea ne arată leziuni grave în bulb. Ori-ce emoragie cât de mică mărește gravitatea pronosticului. Etatea înaintată și starea morală a individului de desperare sau convingere că se face bine iarăși jócă un rol important. In fine cu cât simptomele durează mai mult, cu atât terminațiunea fatală e mai de temut.

Tratamentul. E aprópe nul căci din o mulțime de casuri ce am observat n'am vėđut nici unul fără terminațiune fatală.

Totuși putem recurge la pozițiunea declivă a corpului, la fricțiuni, masagiū, injecții cu ether, încălzirea corpului cu ploști calde și chiar cu băi generale, diferite stimulante sau narcotice dupe formele șocului. S'a propus injecții intravenóse de amoniac de Pinfold și Tibbits cu scop de a se menține fluiditatea sangelui. De asemenea s'a propus ergotina, stricnina, eserina, belladona in doze slabe și repetate, cu scop de a se contracta vasele și a mări tensiunea sanguină. Singură digitala ca tinctură, dupe Wicks, in dosă de 2 grame la fiecare oră, ar fi dat un rezultat sigur in timp de 4 ore, scăpând viața unei parturiente.

Cu t tă aserţiunea lui Fischer, Hutchinson şi Vidal că in plin şok a  facut cu succes amputaţi  de c psă, majoritatea autorilor este pentru abstenţiune mai ales c nd temperatura e sc du  la 35^o sau individul nu revine in timp de 4 sau 8 ore. Totuşi,  ce Pirogoff, când e vorba de o deschidere a unui vas important sau sdrobire de membre, prin forţa lucrului am putea interveni dar fără să avem o speran  de reuşit.

III) Delirul nervos traumatic cu t tă silinţa lui Dupuytren de a'l distinge de delirum tremens al alcoolicilor nu a reuşit, căci azi este bine stabilit că delirul ce se dezvoltă in urma unui traumatism tot-d'a-una este de natură alcoholic , delir pe care 'l-am studiat deja.

IV) Nevralgiile traumatice.

Se numesc când durerea obicinuită ce insoţeşte o plagă trece peste limitele ordinare atât in intensitate, durată, c t şi intindere.

Nevralgia traumatică se numeşte *primitivă* când apare o dată cu rănirea, iar *secundară* când se manifestă câte-va ore sau  ile de la traumatism. Nevralgia secundară este la r ndul său *precoce* când durerea vine in timpul reparaţiunii plăgei, iar *tardivă* dacă vine după completa cicatrizare. Pe lângă ac sta nevralgia traumatică este locală, circumvecin  sau la distanţă după raportul ce'l are cu plaga.

In afară de cause mecanice ca legătura, secţiune necompletă sau stricţiunea unui firişor nervos, prezenţa unui corp strein etc. aceste nevralgii mai tot-d'a-una sunt sub dependenţa unei stări constituţionale a individului, ca artritism, paludism, nervosism etc. lucru ce deja am studiat. Iar când diatesele nu se pot invoca, atunci nevralgiile traumatice—mai ales cele tardive—sunt rezultatul unui nevrisim sau mai sigur a unei nevrite cu mers ascendent, opiniune susţinută de Charcot in 1885 şi care va fi studiată a parte.

Simptomele. Nevralgiile primitive sunt mai rar , căci in general nu persistă ci fac loc unei algostase. Dar c nd nu dispare, atunci bolnavul simte un fel de arsură, apăsare, inţep turi, iradiaţiunii dureroase in plagă sau dincolo de limitele ordinare, form nd zone iperestесice şi urm nd traectul cunoscut al unui nerv. Cea mai mică atingere, mişcare sau contactul pieselor de pansament, provoc  adevărate crise nervoase or pot lua tipul intermitent ar t ndu-se la ore fixe.

Nevralgiile secundare precoce pot exista I) in focarul traumatic care e singurul dureros, amortit sau iperestесiat fără să se observe vre-o turburare in mersul natural al plăgei, II) in plagă, in jurul

focarului și chiar în locuri unde lipsește or-ce urmă de nerv ca de exemplu în aputații de cósă, antebraț etc. și unde bolnavii se plâng de dureri în degete. Reclus citéză casul unui ataxic al cărui braț de și tăiat din cauza unei artrite supurate a cotului, totuși densus de semna pe pânțele seú, unde mai 'nainte sta aplicată mâna extirpată, locul ce ocupa fie-care deget și care acum îi provoca niște dureri insuportabile, dureri cari au persistat chiar după 6 luni. III-lea tip este când plaga singură nu e durerósă și n'are zonă iperestesiată împrejur, dar la distanțe mai mari găsim dureri fără nici o legătură cu plaga. Ast-fel sunt casurile de nevralgii în lungul brațului, axilei sau în articulație în urma unei extirpări de mamele, fenomen ce se explică sau prin anastomosele nervóse sau prin contuziuni în casuri de căderi. IV-lea tip este când nevralgiile sunt generale ocupând indiferent or-ce membru, or-ce țesut sau regiune. În acest cas se crede că e vorba de un șoc central, de o iritație generală a sistemului cerebrospinal, iritație ce se transmite în tóte direcțiile. În fine al V-lea tip este când durerea există într'un punct depărtat fără ca plaga sau părțile din jurul seú să fie atinse; așa, Verneuil citéză faptul unei nevralgii dentare în urma exterpării unui cancer al buzei.

Nevralgiile traumatice se pot însoți de diferite contracturi musculare conice, de convulsii sau invers, de inerție musculară; plaga ia un aspect urât iar bolnavul e cuprins de accidente generale ca insomnie, gréță, vărsături, retenție de urină, sudori, căldură intensă, etc. etc. Tot în cursul nevralgiilor Verneuil a descris erpesul traumatic desvoltat în jurul plăgei sau la distanță, atribuindu-se după unii la o nevrită, la o acțiune reflexă or la o alterație a sângelui.

Tratamentul se va adresa la diatesele ce se presupun a fi în joc; la narcotice, fer roșu și chiar operațiunii sângeróse pentru a descoperi un nevrom, a deslipi un filet nervos coprins în cicatrice, a face elongațiunea sau névrotripsia etc. iar când e vorba de leziuni centrale or-ce tratament curativ e aprópe imposibil rămăind numai cel paliativ.

CHESTIONAR

Considerații generale asupra complicațiilor plăgilor. Complicații primitive și secundare. *Sincopa*. Definiție. Caractere clinice. Sincopa mecanică și reflexă. Sincopa prin emoragie înăuntru. Mecanism, exemple. Patogenia sincopel reflexe. Diferite opinii. Oprirea cordului prin escitațiunea pneumogastricului. Esperiențele lui Goltz, Vulpian, Brown-Sequard, François Franck.—*Șocul*: Definiție. Deosebirea între șoc și sincopă. Patogenia. Opinia lui Travers cu paralisia vaso-motorie a vaselor intra-abdominale. Esperiențele lui Tappeiner și Muller. Teoria lui Fischer. Teoria lui Duret. Opinia lui Delorme. Observațiile autorului. Opinia modernă. Simptome. Forma insidiósă, torpidă și eretică.—Nevralgiile traumatice, primitive și secundare, precoce și tardive. Diferite tipuri și forme.

§ II. COMPLICAȚII SECUNDARE

Lecția XLIII.

Emoragiile traumatice.

Domnilor,

Or-ce plagă este însoțită de o scurgere de sânge; când însă această scurgere întrece limitele ordinare atât prin cantitate cât și prin durată, ea, atunci poartă numele de *emoragie*. Fărte frecuentă în vechime, emoragia devenise o adevărată panică, unul din accidente cele mai înspăimântătoare pentru chirurșii cari nici nu mai cutezau a face o amputație de frica aparițiunei sale; astăzi însă, grație mijlocelor perfecționate de emostasă precum și a întinderei antisepsiei, emoragia traumatică este pe punctul de a dispăre.

În general se ȃice că emoragia este *primitivă* când apare imediat în urma unei plăgi, iar *secundară* când vine mai târziu.

Mac Lead numește *emoragii primitive* acelea cari apar în primele 24 ore; *intermediare* acelea ce vin înainte de a ȃceea ȃi, iar *secundare* acelea ce vin după ȃce ȃile. Astăzi lucrurile se explică pe niște baze mult mai științifice datorite cercetărilor prof. Verneuil.

Să ne închipuim un vas arterial deschis. Aci scurgerea de sânge e imediată iar *emoragia primitivă*, ce nu se va opri de cât saū prin intervențiunea noastră directă—aplicând o pensă or un fir delegătură—saū într'un mod spontanat, natural. Să presupunem că emoragia primitivă s'a oprit prin unul din aceste mijloce. În cazul acesta, a intervenit formațiunea unui coagul sanguin de forma unui con în interiorul luminei vasului, coagul a căruī bază e îndreptată către periferie iar vârful înainteză spre centru până la o înălțime variabilă putend atinge chiar origina unei colaterale importante. Acest coagul care umple complet cavitatea vasului, se opune la or-ce scurgere sanguină; densusul însă fiind la început môle și friabil, *emostasa* nu e de cât *provisorie* iar nu definitivă.

Daca dar în această perioadă intervine o cauză ôre-care precum de exemplu o explorare a plăgei, deranjarea unui pansament, o mișcare bruscă din partea bolnavului, un acces de tuse, un strănut sau o emoțiune morală vie capabilă de a provoca o impulsivitate mai puternică undeî sanguine, acesta va distruge sau va deslipi acel coagul môle și friabil, vasul va rămâne deschis iar sângele va începe să curgă, ceia-ce va forma o *emoragie secundară precoce*.

Să presupunem însă că coagulul din môle și friabil a devenit mai tare, mai fribrinos, cu alte cuvinte s'a organizat, și cu densusul buzele vasului secționat s'a apropiat și s'a reunit în mod perfect, atunci obliterationea vasului e bine asigurată iar *emostasa este definitivă*. Dar daca în această perioadă dintr'o cauză ôre-care se produce o ulceratiune a pârștilor vasului sau a coagulului obliterator, atunci iarășî vom avea o scurgere sanguină, purtând însă numele de *emoragie secundară tardivă*.

Deci vom ðice că *emoragia primitivă* este când scurgerea sanguină urméză imediat o plagă; *secundară precoce* când vine dupě ce emostasa provisorie fusese asigurată; iar *secundară tardivă* când vine în urma emostasei definitive, și acesta fără să fi intervenit o nouă secțiune sau diereză a vasului.

Etiologia. I) *Emoragiile primitive* provin din cauze multiple. Cu cât instrumentul va fi mai tăios iar secțiunea vasului mai transversală și complectă, cu atât emoragia va fi mai mare. Iarășî regiunea anatomică și raporturile vaselor cu aponevrozele jôcă un rol fôrte important, căci dupě secțiune vasul rămând deschis sângele va curge în tótă libertatea: ast-fel avem în operațiunile pe gât, regiunea claviculară, gambă etc. Dar în special operațiunile pe scrot predisun în mod singular la emorogii, prin intervențiunea muschiului dartos care retracându-se ascunde momentan or-ce scurgere sanguină. Imediat însă fibrele musculare lise ale acestui muschiu relaxându-se, scurgerea reappare putându-se termina printr'o emoragie primitivă, chiar mortală, fapt asupra căruia atențiunea a fost atrasă de Tillaux.

Unele anumite organe și țesuturi ca limba, colul uterului, regiunea anală, corpiî cavernoși, bulbul uretrei, extremitățile spongiöse ale ôselor, țesuturile congestionate și cronic inflamate etc. predisun la emoragii primitive.

Starea ateromatôsă a arterelor ca și inflamația și dilatația vari-côsă a venelor, dau loc la emoragii din cauză că fibrele musculare fiind degenerare și atrofiare vasele nu se mai pot nici retracta nici contracta, ci rămân deschise, de unde scurgere de sânge.

Nu mai puțin rol jôcă diferitele alterațiunii ale lichidului sanguin cari fac ca emostasa să devie imposibilă cu tôte mijlôcele cunoscute;

acésta constitue ceia ce vechii autori numiaŭ predispoziție emoragică sau emofilie dar care ađi se explică prin existența bólelor diatesice de care bolnavul e stăpănit. Ast-fel avem leucemia, scorbutul, purpura, bólele ficatului, alcoolismul, paludismul etc. cari după cum am văđut nu se caracteriză de cât prin predispoziția lor la emoragie.

În ceia ce privește emoragiile în urma traumatismelor, acestea variază după felul și natura corpurilor vulneranți: arsurile, congelațiile, plăgile contuse, prin smulgere, cele prin armă de foc în general sunt uscate; pe când înțepăturile, tăeturile etc. se însoțesc de scurgeri mai mult sau mai puțin abondente de sânge.

În fine trebuie să menționăm unele emoragii primitive cari apar în afară de or-ce explicațiune posibilă, și tocmai pentru acest cuvânt s'aŭ pus sub rubrica rău definită și neînțeleasă numită *emoragie ereditară*. În această privință sunt observații foarte curioase ce se găsesc descrise într'o țesă de concurs a lui Sanson *despre emoragiile traumatice* și reproduce în compendium de chirurgie.

Femeia *Smith* transmite la toți descendenții masculi o ast-fel de dispoziție la emoragii în cât nu numai simple sgărieturii aŭ putut determina perderi de sânge considerabile sau mortale, dar încă vindecarea acestor plăgi nici o dată nu s'a putut obține în mod durabil la membrii acestei familii. S'a văđut cicatricea rupându-se după câte-va zile iar emoragia reproducându-se și devenind mortală.

Un individ *Apleton* după ce a suferit în mai multe rânduri de emoragii grave, a murit în cele din urmă de o dublă emoragie; una pe canalul uretral iar alta provenind dintr'o escoriațiune a șoldului. Acest om a avut 17 nepoți și strănepoți și toți aŭ suferit de emoragii sponanate; iar cinci din ei aŭ murit de emoragie în urma celor mai neînsemnate răni.

Krimer spune că a cunoscut o familie în care toți descendenții masculi în timp de 4 generațiuni aŭ murit de emoragie.

O altă familie *Glambe* oferă aceeași prerogativă nenorocită din partea copiilor masculi. Cel mai mare copil în etate de 9 ani, a murit de o emoragie din cauza unei ventuse scarificate; cel mai ténér—de 6 ani—a murit tot de emoragie din cauza unei lovituri pe tēmplă de un corp tare și tăios; un al treilea copil în urma aplicărei a două li-pitori a avut o emoragie ce nu s'a putut opri două zile.

În fine se citéză observațiunea unui om de 41 de ani din serviciul lui Lisfranc care în urma unei foarte ușore contuziuni a căpătat o tumoră sanguină considerabilă cu fenomene de lipotimie. Acest om în copilăria sea a fost coprins de foarte dese epistaxe până la sincopă; mai târziu scurgeri de sânge prin gingii, apoi ematurie. Un bunic al

sëu a murit de emoragie, iar un unchiu tot de emoragie în urma scó-terei unui dinte. Din 17 frați împreună cu surori, 14 au murit de mici înecați în sânge, după declarația mamei. O soră a murit de o emoragie vulvară; un frate de 9 ani în urma unei lovituri pe cap, iar un altul în etate de 17 ani, căpătând o mică rană pe gambă a avut o emoragie așa de opiniatră în cât s'a recurs la legătura arterei crurale și totuși a murit tot de o emoragie consecutivă.

Tóte aceste casuri sunt greu de esplicat or-care ar fi teoria și ipotesa ce s'ar invoca. Probabil însă că e vorba de unele stări diatetice speciale și intervențiune microbiena.

II) *Emoragiile secundare*. Cele precoce avënd să invingă un obstacol puțin serios—de óre-ce coagulul ce asigură emostasa provizorie am vădut că e môle, friabil și fără aderențe—se pot produce destul de ușor. Și în adevăr, este de ajuns după cum am arătat, că un acces de tuse, de vărsătură, o deranjare de pansament sau o emoțiune morală vie să determine o creștere a tensiunii arteriale prin care sângele împins mai cu putere să rupă sau să deslipescă coagulul môle și friabil, să distrugă emostasa provizorie iar sângele să iasă din vase formënd emoragia secundară precoce. Aci fenomenul este produs prin contractiunile violente ale cordului imprimând sângelui o forță de propulsione mai mare, și deci emoragia vine prin capătul central al arterei devisate. Dar tot acelaș fenomen póte să ia naștere și prin cel alt cap periferic al arteriei, mai ales când e vorba de vase mari ca femorală, subclaviera, axilara etc. căci în acest cas coagulul capătului periferic este adesea insuficient pentru a putea rezista unei presiuni sanguine determinată prin restabilirea circulației colaterale. De aceea, pentru a fi cu totul siguri contra emoragiei secundare precoce trebuie, țice Roux, Gutrie și Le Fort, să facem legătura ambelor capete a arterei devisate.

Emoragiile venóse sunt mult mai rari așa că nici nu se aplică legături asupra lor, din cauză pe de o parte că sângele are un mers de jos în sus, iar pe de alta că aceste vase au valvule în interiorul lor ce se opun la eșirea sângelui. Cu tóte acestea sunt unele vene și în special cele de un calibru mai mare, cari fiind lipsite de valvule, sângele se influențază de eforturile de tuse sau alte accese și deci póte eși afară din vase; și pentru a înlătura niște asemenea emoragii se recomandă a se aplica legături pe venele gâtului, axilei și chiar pe vena femorală în casuri de amputația cópsei.

În afară de aceste condițiuni anatomice speciale, emoragiile secundare precoce recunosc aceleași cauze ca și emoragiile primitive despre cari am vorbit.

Emoragiile secundare tardive sunt de sigur cele mai importante; și de ôre-ce dênsele rezultă din insuficiența saũ distrugerea emostasei definitive, să ne oprim puțin asupra acestuĩ din urmă fenomen.

Dupě unuĩ autori ca Ollier, Ch. Robin și Pouchet emostasa definitivă se produce grație reunireĩ prin prima intenție a marginelor plăgeĩ vasculare, lucru la care contribue mai ales tunica medie care retracându-se determină un contact perfect a celor douě buze a soluțiunei de continuitate, în urma căria lipirea saũ mai bine đis reunirea per primam se obține în modul cel mai ușor.

Dupě alți autori, emostasa definitivă se face prin reunirea secundară. Mai întâi se forméză un coagul care astupă deschiderea vasuluĩ, și în urmă, prin transformațiunile sale ulterioare acest coagul contractéză aderențe cu fundul de sac ce forméză capětul artereĩ devisate, se ridică din ce în ce mai sus și ast-fel se produce și se asigură emostasa definitivă.

Autorii Germani admit că coagulul se organizéză prin anastomosa globulelor albe ce ar intra în comunicațiune unele cu altele precum și cu elementele anatomice vecine.

Ranvier susține că se produce mai înteu o endarterită care determinând formațiunea de muguri cărnoși vegetanți străbat coagulul, se fuzionéză, se organizéză și constituie ast-fel o obliterațiune completă. In resumat, dupě Ranvier, la a căruia teorie trebuie să aderăm și noi, există mai înteu formațiunea unuĩ coagul, apoi endarterita, resorpția coagululuĩ de mugurii cărnoși, lipirea päreților artereĩ și obliterațiunea definitivă.

Mecanismul emoragiilor tardive constă în acesta: saũ că emostasa definitivă e împedicată în mersul său natural, saũ că dênsele de și efectuată în mod regulat totuși la un moment dat coagulul și cicatricea se distrug, iar cu dênsele or-ce obstacol la efusiunea sângeluĩ. Primul cas rezultă din ramolirea gangrenosă a vasuluĩ lezat; iar al doilea din intervenirea fenomenelor inflamatorii și de supurație a plăgeĩ.

Când de exemplu voind a aplica o legătură pe o arteră, mergem cu denudațiunea vasuluĩ prea departe, atunci un mare teritoriu e lipsit de *vasa vasorum*, și această porțiune de arteră ne mai fiind hrănită se va ramoli, se va gangrena și decĩ emostasa definitivă se va face cu forțe multă greutate saũ chiar de loc. Tot prin acelaș mecanism vor lucra: arsurile profunde, plăgile contuse prin armă de foc, causticele chimice etc. cari pe rând vor determina porțiuni de arteră ce va trebui să se sfaceleze dupě un timp mai mult saũ mai puțin lung.

Dar cauza cea mai frecuentă a emoragiilor secundare este inflamația și supurația plăgeĩ mai ales când e de natură septică, căci în

asemenea casurii vasele plutind în puroi, provocă o ramolire a coagulului și o ulceratiune a păretelui vascular situată fie pe extremitatea sa dehisată când *ulcerația* se numește *terminală*, fie pe un punct al traectului vascular — *ulcerație laterală*.

Operațiile pe limbă, rect, vagin, etc. erau des supuse la emoragii secundare tot din cauză de septicemie, și probă e că ađi cu mijlocele antiseptice locale și generale aceste emoragii aprópe au dispărut.

Simptome. Emoragiile se împart în 3 categorii cu totul naturale: arteriale, venóse și capilare, având fie-care caracterele lor particulare, ast-fel :

Emoragiile arteriale dau un sânger roșu deschis a căruia scurgere este sacadată, intermitentă, corespunzând cu sistola cardiacă. Dacă comprimăm artera între cord și plagă, emoragia se oprește sau se micșorează; pe când orî-ce compresiune între plagă și extremitate o lasă intactă sau o exagerează. Cu toate acestea, dacă circulația e slăbită sau chiar suspendată ca în sincopă or anestesia cloroformică, sângele în loc de a fi roșu e negru din cauza ematosei care e incompletă. Iarăși când focarul traumatic e profund și cu traectul sinuos necomunicând cu exteriorul de cât printr'un orificiú foarte strîmpt al pielei, sângele arterial încetază de a mai fi provăduț de acele mișcări sacadate, ci se respândește cu încetul în țesutul celular unde forméază o tumoră sanguină, constituind un anevrism difus primitiv. În fine când există largi anastomose către capul periferic, emoragia încă continuă cu totă compresiunea între plagă și cord. Ast-fel se întemplă cu deschiderea arterei radiale care din cauza anastomoselor cu artera cubitală, emoragia va continua prin capătul periferic al radialei, desfidând orî-ce compresiune a capătului superior.

Emoragia venóasă are un sânger de o culóre închisă, de un roșu negru; densusul se scurge nu prin sacade ci în masă, prelingându-se; or-ce compresiune între plagă și extremități, adică capilare, oprește emoragia, pe când din contra compresiunii între plagă și cord o mărește, opuindu-se la cursul normal al sângerului. Cu toate acestea, când vasele capilare sunt mult dilatate iar circulația ușoră și repede, sângele venos póte fi roșu ca și cel arterial; apoi când o venă se află așezată direct d'asupra sau în vecinătatea unei arterii precum e de exemplu vena basilică cu artera umerală la plica cotului, atunci sângele venos nu mai curge prelingându-se și în masă, dar cu sacade întocmai ca cel arterial, grație impulsunelor ce'i sunt comunicate de artera subjacentă. Acelaș fenomen constatăm în regiunile cronic inflamate și unde există aponevrose întinse și rezistente, ca de exemplu la gambă. Și în mai multe rânduri când am avut a trata ulcerile cro-

nice prin peritomie sau circonvolație, am fost surprins după ce am secționat aponevroasa, văzând sângele venos curgând în mod așa de sacadat în cât s'ar fi crezut că era vorba de deschiderea unei arterii.

În ceia ce privește oprirea sângelui prin compresiunea între plagă și extremitate, acesta nu suferă, putem zice, absolut nici o excepție, căci chiar dacă am admite existența de anastomozose venoase cu capătul superior, sângele nu poate eși pe aci din cauza prezenței valvulelor ce se află în interiorul vasului și cari nu permite sângelui a eși afară.

Emoragiile capilare ce dau un sânge mai puțin roșu ca cel arterial și ceva mai deschis ca cel venos, și cari se scurg tot-d'auna prelingându-se, în masă, sunt mult mai puțin importante ca fiind de o scurgere mediocră. Totuși când plăgile se fac în țesuturi cronic inflamate or congestionate, în flegmone acute, în organe foarte vasculare ca limba, colul uterului, anusul, sau când nervii vasomotori sunt paralizați ca în urma unei aplicări prelungite a bandei lui Esmarch, atunci emoragiile capilare pot deveni abondente și foarte îngrijitoare mai ales când vom avea a face și cu un individ stăpănit de o bătă diatesică ce predispuie la scurgeri de sânge.

Dar pe lângă aceste trei clase de emoragii, mai avem încă o emoragie numită neo-capilară. Densa provine din vasele de neo-formațiune ce se desvoltă în mugurii cărnoși și cari având pereți foarte subțiri se rup la cel mai mic obstacol sau creștere în tensiunea sanguină. Și de ôre-ce densa este provocată de diferitele stări constituționale ale indivizilor, Verneuil o numește *emoragie medicală a plăgilor*. Billroth îi dă numele de *emoragie parenchimatósă*, din cauză că densa nu provine dintr'un anumit vas ci apare la suprafața unui organ în momentul unei complicațiuni septice precum de ex. în cazul de o amputație ôre-care. Pe de altă parte mugurii cărnoși ce conțin aceste vase fiind străbătuți de leucocite ce ies din vase, formeză un fel de masă ciuruită, de porii timporari cari transformă vasul într'un fel de canal poros pe unde sângele poate eși cu inlesnire. Într'adevăr, după ce leucocitele au eșit, găurele sau stomatele ce au determinat nu se închid imediat, ast-fel că cele-lalte elemente ale sângelui precum ematiile și plasma pot eși tot prin acele orificiuri minuscule și timporare, fapt care a făcut pe *Renaut* să dea numirea acestei scurgeri de *emoragie diapedetică*, iar pe *Reclus* de emoragie *electivă* din cauză că sângele nu ese de o dată în masă ca în urma unei ruperi vasculare ci suferă ôre-cari modificațiuni, eșind mai întâi globulele albe, pe urmă plasma și în urmă de tot ematiile sau globulele roșii.

Simptomele generale câte o dată lipsesc, emoragia apărând în

mod brusce; altă dată însă constatăm o durere violentă în nivelul ranei iradiindu-se pe traectul cunoscut al unor nervi mai ales la paludici. Ridicarea temperaturii și o stare de slăbiciune cu frison, puls slab, frecuent și cefalalgie, sunt semnele cele mai constante ce ne anunță o emoragie. Iar când scurgerea de sânge e prea mare, atunci avem tendința la sincopă, gréță, vărsături, răcéla extremităților, mișcările respiratorii scurte și precipitate, puls slab, temperatura scădută, sudori reci pe frunte, pept și palmele mâinilor, decolorațiunea pielii, amețelă, vijiituri de urechi, convulsii, etc., când individul pôte să móră în sincopă, comă sau delir. Resultatul acestor emoragii este producțiunea unei *anemii acute sau cronice* a căror descriere intră mai mult în studiul medicinei interne sau anatomiei patologice speciale.

Tratamentul va consta în legătura vasului în plagă dacă e posibil sau în compresiuni, cauterisări, irigațiuni reci or calde la 50—60° fiind vorba de emoragii capilare, la care vom adăoga și tratamentul medical al diateselor precum și combaterea diferitelor complicații ca sincopa, delirul sau fenomenele septicemice.

Trombosele și emboliile venóse și gresóse vor fi mai lesne studiate când vom trata despre afecțiunile venelor cu cari au fórte mare legătură. De alt-fel cestiunea acésta deja o mai cunoștem din lecțiile anterioare.

C H E S T I O N A R

Emoragiile traumatice. Definiție. Deviziunea în primitive, secundare precoce și tardive. Diateza emoragică.

Mecanismul emostasei provisorie și definitive.

Opinia lui Robin, autorii germani și Ranvier. Mecanismul emoragiilor tardive. Simptome. Emoragii arteriale, venóse și capilare. Emoragie medicală a plăgilor, neocapilară, diapedetică sau electivă. Simptome. Tratamentul.

DESPRE SEPTICEMIA CHIRURGICALĂ

Lecția XLIV.

Domnilor,

Se înțelege prin septicemie toate complicațiunile febrile ale plăgilor complicații ce rezultă din alterațiunea sângelui în urma absorpțiunei materiilor septice sau putride ce se află la suprafața plăgilor.

Deja Hippocrate, Calmer, A. Paré, Boerrhaave, Haller 1766 Boyer și Velpeau, susținură că principala cauză a accidentelor traumatice este străbaterea în sânge a puroiului alterat sau or cărei materii în putrefacție „*nihil potentius humores nostros corrumpit quam ipsa putrilago*“.

Dar onórea fu a lui Gaspard din St. Etienne, care în 1822, prin calea experimentală a demonstrat că febrele putride și în special septicemia rezultă din resorpțiunea otrăvurilor septice conținute fie în puroiū, fie în materiile animale ajunse în stare de putrefacție. Acest autor făcând injecțiuni de puroiū putred și apă stricată în vena jugulară, precum și injecțiuni în cavitățile seroase și țesutul celular la câini, a probat că toate animalele aū murit în mai puțin ca 24 ore; că mórtea era mai repede iar accidentele mai violente după doza de materie putridă introdusă în organism.

Billoth și O. Weber confirmară prin experiențele lor că ridicarea de temperatură ce se observă în septicemii și care póte să atingă 40 și 41° cu o durată de mai multe zile, nu se datorește de cât străbaterii în sânge, fie direct fie prin mijlocul limfaticelor, a substanțelor putrede și în special al puroiului alterat.

Guerin, în 1866, susținu aceiași idee, că septicemia nu este de cât absorpțiunea prin plăgi a principiilor delotere fabricate în puroiū și a lichidelor secretate și corupte de influența aerului. De aci și metoda sa de incisiuni subcutanate și oclusia pneumatică a plăgilor.

Pentru Maisonneuve, febrele chirurgicale erau rezultatul unei otrăvirii datorite introducerii în torentul circulator a unei substanțe toxice produsă de organismul însuși. După acest autor, sângele, limfa și toate celelalte lichide vii expuse la aer liber și în contact cu corpi deleteri, își perd imediat vitalitatea, se descompun, devin septice și intrând în organism străbat în torentul circulator, alterează sângele, îi turbură funcțiunile și infiltrându-se în elementele cele mai intime ale economiei distruge organismul. De aci principiul de a recurge la mijloace antiseptice și la o bună emostasă, pentru a ne opune or cărei absorbțiunii putride, principii ce formază baza chirurgiei moderne.

Hueter, în 1869, deosebete două feluri de septicemie: una în care focarul putred e separat de bolnav, iar alta când acest focar ține de bolnav.

Prima se numește septicemie *eterochtonă*, iar a doua *autochtonă*.

În prima formă căile de absorbție sunt aparatul respirator și digestiv prin cari praful din atmosferă ca și gazele impregnate de microbi străbat în organism. În cazul al doilea focarul face corp cu organismul și rezultă în prima linie din mărtața țesuturilor vii prin întreruperea circulației când capătă calitatea septice. Acestă otravă când e în stare moleculară, de fermenti organisați etc. microbii străbat prin porii vaselor întocmai ca globulele albe în virtutea diapedesei lui Conheim. Altă dată, densa străbate în organism îmbibând trombusurile vasculare și atunci, sau trec prin el ca printr'un burete, sau că trombusul deslipindu-se și intrând în torentul circulator, duce cu el molecula otrăvită în intimitatea economiei. Când otrava în loc de a fi solidă e lichidă și disolvată, atunci absorbțiunea se face în mod foarte simplu prin vasele limfatice.

Presiunea încă favorisează în mod considerabil absorbțiunea otrăveii septice; de aceia osteomielitele sunt foarte periculoase prin faptul închiderii și compresiunii produsului otrăvitor în canalul mărtațar al oșelor, pe când focarele purulente și putride dar larg deschise sunt mult mai inocente.

Până aci concludiunea ce putem trage este că atât septicemia experimentală cât și cea spontanată ivită pe om se datorește unei intoxicațiuni.

Remănea însă a se ști care e natura acestui agent sau otravă septică? Unii au susținut că e un corp chimic mineral sau organic, solubil și cu o compoziție aprăpe definită; iar alții că e un corp organic, viu, cu putere de a se reproduce și multiplica în lichidele aflate în putrefacție, de aci 2 teorii: cea chimică și cea a germilor.

1) **Teoria chimică.** Mai mulți autori ca Gaspard, Bonnet și Delore, prin diferite experiențe stabiliseră că agentul septicemic este rezultatul diferitelor gaze sau compuși chimici ce nasc în urma descompozițiunii și putrefacției substanțelor animale și vegetale. Dar mai cu deosebire se incrimina amoniacul, sulfidratul de amoniac, acidul hidrocloric, etc. etc. Gueterbock, susținu că acel principiu e un corp organic, un fel de alcooloid, un principiu activ al puroiului pe care îl numi *piină*. Dar toate aceste credințe pe rând susținute și combătute, astăzi au dispărut.

Panum, în 1855, susținu că otrava septică este tot un alcooloid complex și compus din o mulțime de alte elemente toxice (ca și opiulce e un compus de mai mulți alcoolizi) dar acest alcooloid nu e rezultatul descompunerii complete a materiilor albuminoide, ci din contra, se găsește în apogeul său de dezvoltare tocmai la începutul putrefacției adică atunci când produsele amoniacale încă nu au luat naștere. Și în adevăr Panum, prin filtrație, ebulliție și o serie de alte tratamente prin alcool, a reușit să izoleze această *otravă septică și putridă* dându-o ca un corp stabil, fix și nevolatil. Și ca probă că această substanță e singură capabilă de a produce septicemia, e că injecțiunii cu carbonat de amoniac, sulfidratul de amoniac, leucina, tirocina, etc. singure n'au produs nici un efect. De asemenea soluțiunile putrefiate de sânge, de carne macerată, țesutul celular și chiar excrementele au fost iarăși fără efect; pe când injecțiunea simplă de *extract saū otravă putridă* izolată de densul, tot-d'auna a produs infecția septică, a căria energie nu o egalază de cât veninul șerpilor, curara și alți alcaloizi vegetali.

Cu toate acestea O. Weber reia experiențele predecesorilor și ajunge la conclusia că dintre toate produsele de putrefacție singurul *sulfidratul de amoniac* este cel mai otrăvitor, căci cu 3 grame din această substanță la sigur se poate omora un câine. Și densul conchide că toate celelalte substanțe și chiar extractul lui Panum nu dădoresc proprietățile lor toxice de cât acestui compus chimic; și rezultatele negative rezultă tocmai din aceia că nu toate lichidele conțin acid sulfuric, și iarăși acest corp nu tot-d'auna are o eficacitate constantă, fiind supus la o variațiune ce depinde de condiții încă necunoscute.

Frese în 1866, susține că otrava septică nu poate fi de natură albuminosă de ore-ce scoțând albumina din puroiū prin fierbere sau defibrinare prin batagiū nu se ridică nici de cum proprietatea septică. În fine Muller, în 1867, susține că sărurile de potasă imprimă lichidelor putride proprietățile septice; iar Klebs, în 1868, bazându-se că puroiul tratat cu tinctură de gaiaac dă o vie culore albastră identică cu

acea ce produce ozonul, emise ideea că acesta (ozonul) formeză principiul pirogen al puoiului.

În 1868, Bergman, din Berlin și Schmiedeberg, introduce în știință cuvântul de *sepsină*, susținut cu multă căldură în Franța de Verneuil. Acest principiu nu este un corp albuminos și nu residă în părțile moleculare și insolubile a substanțelor organice putrefiate, ci în *părțile sale lichide și solubile*. Și iată procedeul lui Bergman pentru a obține acest produs: materiile organice putrefiate, fură tratate prin soluțiuni de alcool absolut și eter, determinând un precipitat voluminos, conținând toate organismele vii. Dupe acesta a repetat filtrațiunea mai mult ca 20 de ori până ce a obținut un lichid clar, numit sepsină; încăldește apoi la 100° în timp de 8 ore, și în urmă injectând la câini său epurî a produs toate fenomenele septicemice.

Zuelzer, în 1869, pretinse a fi descoperit un nou alcaloid numit dar deosebit de sepsină și aprópe identic cu atropina și hiosciamina.

În fine în 1887, Armand Gautier în Franța și Selmi în Italia, reușiră să obție două alcaloizi numiți *ptomaine* și *leucomaine*. Primele provin din materiile organice în putrefacțiune, iar secundele din organismul viu sănătos sau bolnav. Ambele aceste corpuri compuse din $C^6H^{13}AZ^3O^2$, când străbat în economie produc turburări grave și de natură variată ca: dilatația și neregularitatea pupilelor urmată imediat de contractie; slăbirea repede și neregularitate în pulsațiile cardiace, perderea contractilităței musculare, convulsioni și mórte cu cordul în sistolă.

Brieger a găsit și alte extracte în putrefacție ca: colina, neuridina, cadaverina, putrescina, sepsina, midaleina, ce apar mai târziu și sunt cele mai toxice.

Aplicațiunea ptomainelor în patologia umană nu'si găsește locul de cât în cazul de ingestiune de cărnuri putrefiate ca de exemplu vênaturî și alte conserve fezandate și brânzeturi fermentate. Iar în ceia ce privește leucomainele, Bouchard le datorește ca produse de desasimilațiune a organismelor vegetale și în special de ciuperci microscopice. Gautier însă vorbind despre desvoltarea leucomainelor șustine că animalele superióre sunt anaerobe într'o mare proporțiune, adică că $\frac{1}{3}$ din desasimilațiunile nóstre se produc în țesuturi fără concursul oxigenului exterior, aceste țesuturi trăind ca și fermentii anaerobi sau putrizi. Prin urmare, adaugă Gautier, celulele animale pot fi comparabile prin acțiunea lor asupra materiilor organice cu bacteriile, și proba este că în produsele de desasimilațiune a celulelor,

găsim aceleși substanțe ca și în produsele fermentațiunei putride anaerobice a albuminoidelor: leucina, tirozina, xantina, etc. identici cu alcoolii toxici, se găsesc în urină, salivă, mușchi, sânge, etc.

Tóte aceste otrăvuri sunt fórté oxidabile, așa că dacă starea fiziologică e bună, dênsele se ard și nu mai găsim în starea normală de cât o fórté mică proporțiune în excrețiuni și în special în urină. Când însă funcțiunile de ematosă nu se mai îndeplinesc în mod regulat, tóte aceste substanțe arse în mod incomplet și fiind de aceeași natură cu leucomainele său asemănându-li-se în cel mai înalt grad, se acumulează în organism și produc turburări morbide.

Acésta este teoria cea mai puternică căci cestiunea se pune ast-fel: Microbiî sunt cari lucréză asupra organismului, său produsele lor de desasimilațiune ?

Este incontestabil că elementele țesuturilor nóstre pot lucra ca și microbiî, dând naștere la produse toxice; decî putem admite că unele infecțiuni nu sunt eteroctone, adică cauzate de microbi veniți din afară. Singura deosebire ar fi că acțiunea acestor otrăvuri se deosebete de aceia a microbilor prin aceea că dênsa oferă o intensitate proporțională cu cantitatea de otravă, că accidentele isbucnesc imediat și fără cea mai mică urmă de incubatiune, lucruri ce sunt cu desăvârșire inverse când e vorba de bóle cu natură microbienă.

2) **Teoria germilor** Dupe acéstă teorie tóte fermentațiile ca și consecințele funeste ale bólelor infecțioase, se datoresc acțiunei unor ființe infinit de mici, unor ființe organizate, numite microbi.

Părintele acestei teorii este Pasteur, care în 1861 a arătat că atât fermentația cât și origina tuturilor bólelor infecțioase nu se datoresc de cât străbaterii în organism a acestor ființe microscopice — microbi.

O dată semnalul dat, noile descoperiri și cercetări se făcură pe o scară fórté întinsă, ast-fel că s'a ajuns la conclusia că nu există bóla fără existența prealabilă de microbi.

Cestiunea acésta (de microbi) fiind deja destul de larg studiată în tratate speciale printre cari în prima linie vă recomand opera D-lui profesor Babeș, trecem peste dênsa, reamintind numai că forma cea mai simplă sub care ni se presintă un microb este aceia a unui punct celular numit *micrococ*; când se unesc duoî la un loc constituie un *diplococ*; când forméză lanțuri se numesc *streptococi*, iar când iaú forma unei grape său ciorchine se chiamă *stafilococi*. Până aci microbul și-a păstrat caracterul său celular.

Intr'un grad însă mai înaintat de evoluțiune, acest caracter se perde. Ast-fel când dênsul se lungeste luând o formă cilindrică cu ambele

extremități rotunjite forméază *bastonașe* și de o lungime foarte variabilă. Cele mai subțiri din aceste bastonașe se numesc *bacterii* iar cele mai gróse *bacilii*.

Altă dată' microbii iaă un aspect încolăcit ca o spirală, înaintând întocmai ca un șurup, pentru care s'aă și numit *spirillum*. Aceste trei tipuri principale a făcut pe de Bary să emită o idee foarte ingenioasă, că în afacere de microbi este vorba de o *bilă de biliard*, de *un creion și un tirbușon (burghiu)*.

Cu tóte că în teză generală formele microbilor nu constituie partea cea mai esențială a lor, totuși experiențele și clinica aă demonstrat că malignitatea accidentelor inflamatorii ar fi în legătură cu această dezvoltare a microbilor. Așa că cei mai puțin periculoși ar fi micrococii; pe când bacteriile, bacilii și spirilii s'ar bucura de o putere deletară mult mai mare. În adevăr, abcesele, flegmónele circoscrite și în genere or ce supurație benignă se datoresc micrococilor; pe când tuberculoza, pustula malignă, flegmonul difus, difteria și acele redutabile accidente septicemice, se datoresc prezenței bacteriilor și bacililor. Dar tóte aceste lucruri le vom vedea în studiul fie-cărei bóle.

Mai înainte de a închide acest capitol, vă presint opiniunea D-lui prof. Babeș, care de sigur este tot așa de elocintă ca și științifică ¹⁾:

„Bacteriile se întâlnesc adesea, este adevărat, în sângele indivizilor cari mor de septicemie. Dar în alte casuri nu întâlnim microorganismele în sânge. Intoxicația în urma căreia sucombă bolnavii, este atunci faptul prezenței în sânge a unei otrăvii septicé, a sepsinei, a alcaloizilor, a ptomainilor ce rezultă din descompozițiunea materiilor organice ce afectéază un focar putrid. Bacteriile determină în adevăr putrefacția și fermentația în focarul putrid primitiv, și jócă un rol important; dar unele din ele fiind anaerobe nu pot trăi în sânge și nici că străbat în el. Singure substanțele chimice întră în circulație și determină o adevărată otrăvire cu febră, simptome nervóse, delir, subdelir, descurajare și prostrație. De aceia, termină acest autor, noi definim septicemia ca un complex de fenomene febrile și nervóse ce succedă unei intoxicațiuni prin substanțe septicé, fie că există saă nu bacterii în sânge.

Septicemia saă infecția putridă se presintă în clinică sub următoarele forme stabilite de profesorul Jeannel:

- I) Febra traumatică saă septicemia simplă;
- II) Septicemia supra acută saă fulgerătoare;

¹⁾ Les bacteries. Cornil și Babeș.

III) Septicemia acută ;

IV) Septicemia cronică.

Septicemia acută și cronică se poate complica de o infecțiune specială numită *piemie*.

Domnilor,

Maî 'nainte de a trece la un alt capitol socotesc de absolută necesitate să descriu *diferitele tipuri de febră* de ôre-ce acesta ne va fi de mare folos în studiile ulterioare.

Or-care ar fi cauza care a dat naștere unei febre și sub a căreî dependință prin urmare acest proces se găsește, mersul temperaturêi este ca să ñicem ast-fel aprôpe invariabil, căci maî tot-d'a-una temperatura ne va presenta ceia ce în patologie se numește *ciclu febril* sau *ciclu termic*. Acest ciclu admis de toți autoriî și bine studiat de Picot este compus din trei periode : periôda de creștere, de culminare și de declin.

Periôda de creștere, inițială sau așa numită stadiu pirogenetic de Wunderlich, plécă din momentul când temperatura încetéză de a fi normală și începe a se ridica. Dênsa duréză până atunci când căldura atingând maximul de dezvoltare nu înaintéză maî mult, ci se oprește la acest grad pentru un timp ôre-care.

Periôda de culminare, ține atât pe cât persistă ridicarea termică. Dênsa prin comparațiune s'a maî numit și periôda de fastigiu—de la un cuvânt vechi întrebuintat în botanică pentru a arăta starea rămurilor și a florilor carî tôte plecate dintr'un acelaș pedicul comun, cresc terminându-se la aceiași înălțime, așa că vérfurile lor ar da un plan orizontal. În timpul acesteî periode atât starea febrilă cât și însăși bóla ating maximul lor de dezvoltare.

În fine a treia periôdă numită de declin plécă din momentul când febra ajunsă la apogeul său, începe a descrește apropiindu-se de temperatura normală. Acéstă reîntôrcere la starea fiziologică se poate face în douë moduri : sau brusc când de la cel maî înalt grad temperatura cade de o dată la normală în câte-va ore sau cel mult într'o ñi ; sau încetul cu încetul când căldura pune 4, 5, 6 și chiar 8 ñile pentru a reveni la starea fiziologică. În cazul I când fenomenul se produce repede ñicem că avem a face cu o *defervescență critică*, iar în cazul al II-lea când lucrurile merg maî încet se ñice *lisis* din grecescul *λύσις* ce va să ñică soluțiune, deslegare.

În fie-care din aceste perioade avem mai multe forme sau tipuri ce ne reprezintă diferite moduri de evoluțiune ale febrei și cari sunt de cea mai înaltă importanță pentru medic de a le cunoște. Ast-fel în perioada de creștere sau pirogenetică avem două forme sau tipuri principale. I) Ascensiunea bruscă și II) lentă.

Prima e caracterisată prin acésta că temperatura se ridică foarte repede atingând de o dată punctul

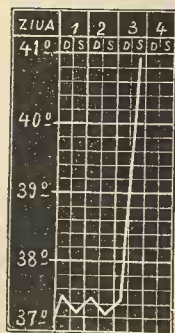


Fig. 74.

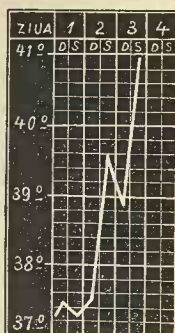


Fig. 75.

Perioda pirogenetică.

Ascensiune bruscă
fara remisiune.

Ascensiune bruscă
cu remisiune.

cel mai culminant de căldură la care o bolă poate să ajungă. Și aci se poate întâmpla 2 lucruri: sau că acésta ridicare bruscă se face de o dată fără cea mai mică întrerupere, când se numește ascensiune repede fără remisiune; sau că în drumul său prezintă o mică întrerupere după care apoi își continuă calea, ascensiune repede cu remisiune. (Fig. 74, și 75).

Formele acestea se observă mai cu deosebire în febrele intermitente, în erisipel, piemie, febra traumatică, o redeșteptare de diateză în urma unei operații etc. precum și în pneumonie, variolă, scarlatină, toate bolile caracterisate tocmai prin acest fapt ca invasiunea lor se manifestă prin ridicări brusce de temperatură. Aci, de unde individul părea destul de bine, de o dată la un moment dat temperatura sa până aci normală, se ridică aproape într'un mod spontanat la cel mai înalt grad posibil.

A doua formă pe care am numit-o *lentă* se caracterisază prin acésta că febra pentru a ajunge la punctul său culminant îi trebuie mai mult timp, în genere 3, 4 și chiar 7 zile; pentru acest cuvânt s'a numit de Wunderlich *poliimeră*. De ordinar acésta formă este precedată de diferite prodrome din partea pacienților precum: prostrație, o oboselă generală și rău definită, dureri în membre, curbatură, inapetență, cefalalgie etc. În mijlocul acestor fenomene de invasie, constatăm séra o mică ridicare de temperatură care însă dimineța cade la normal. A doua zi observăm o nouă ridicare mai mare ca cea precedentă, dar și densa dimineța scade, însă mai puțin ca cea din ajun așa că rămâne d'asupra normalei. Și tot așa treptat, temperatura ridicându-se în fie-care séra mai mult iar dimineța scădând mai puțin, căldura ajunge la maximul său de dezvoltare. Și când mersul

este regulat atunci liniile ascendente și descendente rămân aproape paralele între ele. (Fig. 76).

La această formă conrespunde alte două tipuri cari constau în următoarele: I) Că une-orî, temperatura de și urmăze mersul său ascendent în fie-care séra, dimineța însă tot-d'a-una cade la normală așa că în realitate în acest timp al zilei avem o apirexie completă. (Fig. 77). Este de observat că dacă în forma această temperatura nu se ridică séra la un grad prea înalt saũ cel puțin nu întrece pe aceia de $38^{\circ},5$ saũ 39° vom avea a face în general cu bóle ușóre, de scurtă durată, ca de exemplu cu afecțiunii catarale ale mucóselor. Când însă temperatura de și în fie-care dimineța cade la normală, séra însă se ridică treptat până trece 40° , atunci trebuie să ne temem de o bóla seriósă, de durata lungă și care va fi cu atât mai gravă cu cât temperatura va continua mereu a se ridica către séra. Forma această ne-o presintă mai în particular febra tifoidă, meningita basilară și diferite alte bóle infecțioze cu un pronostic foarte nesigur. Un al doilea mers în această formă îl avem în tipul numit ascensiune lentă neregulată, care după Wunderlich s'ar observa mai cu sémă în pleuresii, reuma-

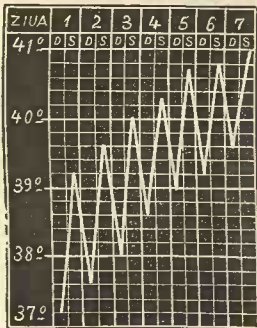


Fig. 76.

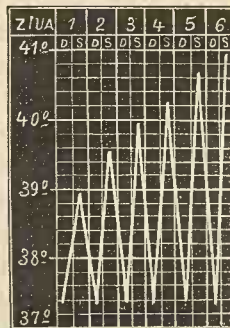


Fig. 77.

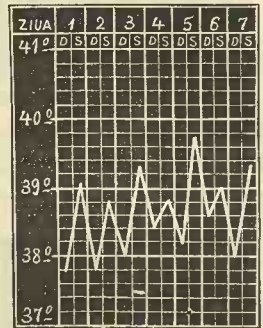


Fig. 78.

Periódă pirogenetică. — Ascensiune lentă. Septicemie.

Tip ascendent progresiv.

Tip ascendent cu remisuni.

Tip ascendent neregulat.

tisme și alte bóle a căror durată, e nedeterminată. Aci în adevăr nici dimineța nu avem o apirexie completă dar nici séra o flogosă regulată și din ce în ce crescândă, așa că mersul temperaturii presintă foarte mari neregularități. (Fig. 78). Tóte aceste forme pentru noi chirurgii sunt de trist augur mai ales dacă duréza mai multe zile, căci ne arată sigur o septicemie începândă, cu mers lent.

II) *Periódă de culminare saũ de fastigiũ.* În această periódă observăm cele mai mari neregularități atât din punctul de vedere al gradului de căldură la care póte să se ridice procesul febril, cât și din

acela al duratei precum și al mersului său. Acesta decurge de acolo că densa depinde nu numai de natura bolii și de intensitatea sea, dar și de o mulțime de alte condițiuni individuale precum și de complicațiunile ce pot să supravie în timpul evoluțiunii acestei perioade a bolilor febrile. Deci aci trebuie să ținem socotelă și să avem în vedere o mulțime de lucruri cari ne vor fi de cel mai mare folos în a descoperi cauza, a stabili diagnosticul și a dirige un tratament rațional.

Mai toți autorii prin nenumărate observațiuni au ajuns să stabilească că mai fie-ce boală își are maximum sau minimumul său de căldură peste care nu poate să treacă atunci când își urmăze cursul său natural. Ast-fel, ca exemplu, să ne gândim la febra tifoidă pentru care s'a stabilit o adevărată lege și anume că dacă în perioada de fastigiū temperatura nu se ridică cel puțin la $39^{\circ},5$ suntem în drept a dice că boala nu poate fi febră tifoidă. Tot acelaș lucru putem stabili că dacă de la o temperatură înaltă observăm o scădere bruscă puindu-se de desubtul cifrelor obicnuite, acesta ne arată mai de ordinar catastrofe mari petrecute în organism precum: emoragii considerabile, perforațiuni intestinale și alte diferite accidente al căror sfârșit în general este fatal.

Dar cu toate neregularitățile de cari vorbirăm, tot s'a putut deosebi trei forme sau tipuri principale ce pot intra în perioada de fastigiū.

A) *Forma acuminată.* Aci, punctul cel mai culminant de căldură la care poate să ajungă o febră nu se atinge de cât o singură dată sau cel mult de 2 sau de 3 ori și mai cu deosebire seara. De unde rezultă că traseul termic în general nu ne va presenta de cât un singur punct mai ridicat ca cele alte, separat de coborări conrespunzând remisiunilor de dimineța. Forma acesta ne-o dă mai cu deosebire febra intermitentă, efemeră, piemia, erisipelul și diferite alte erupțiuni de natură erpetică.

Este de observat că în acest tip, mórtea poate să viesău când temperatura este la maximum ei, sau când scăderea de căldură este bruscă. Iar când febra nu duréază de cât câte-va ore, atunci trebuie să ne așteptăm la un nou acces, ceia ce se și întâmplă în febrele intermitente și în piemie. (Fig. 79).

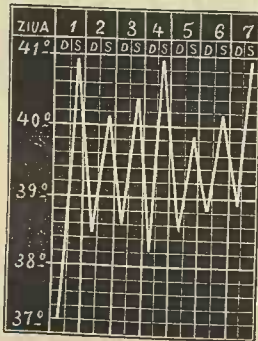


Fig. 79.

Perioda de fastigiū.
Forma acuminată. Erisipel,
piemie etc.

B) *Forma continuă numită încă de Jacoud fastigium cu oscilațiuni staționare.* Se caracteriză prin acesta că maximum de ridicare ter-

mică se menține la acelaș grad în timp de mai multe zile. Așa că aci fluctuațiunile zilnice obișnuite ni se presintă într'un mod foarte regulat. Adică: tot-d'a-una séra vom avea un maxim iar diminéța un minimum de temperatură. Dar diferența între aceste două extreme nu e de cât de 2—3 decimii din grad, așa că traseul grafic ne va represinta o linie frântă ale cărei vârfuli superióre și inferióre vor fi așezate aprópe pe aceeași linie orizontală. Forma acésta ne-o presintă mai cu deosebire bólele febrile grave precum: variola, scarlatina, pneumonia, febra tifoidă, tifosul exantimatic etc. iar în chirurgie septicemia cronică și supurațiunile profunde. (Fig. 80).

La acésta formă corespunde alte două tipuri secundare: a) tipul cu oscilațiuni ascendente și b) cu oscilațiuni descendente. Ambele sunt caracterisate prin acésta că cu tótă conservarea tipului primitiv de a nu exista între punctele maxime și minime de cât deosebiri mici, adică numai de câte-va decimii din grad, totuși oscilațiuniile aú o tendință manifestă de a se ridica saú de a se lása în jos. Acésta provine de acolo că în cazul I temperatura se ridică séra mai mult de cât scade diminéța, și ast-fel treptat vedem că seria de maxime ocupă din ce în ce puncte mai ridicate. Fenomenul este cu totul invers în tipul descendent. In primul cas, adică când oscilațiuniile sunt ascendente, ne arată în general o agravare a bólei cu tendință către o terminațiune fatală. In al doilea caz însă, adică când oscilațiuniile sunt descendente, ne arată o ameliorare a bólei și o tendință către un sfârșit bun. (Fig. 81 și 82).

c) *Forma discontinuă*. Este caracterisată printr'acésta că diferența ce separă punctele maxime și minime ale temperaturéi,

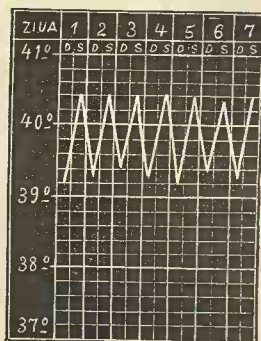


Fig. 80.

Periódă de fastigiú. Tip continuú. Septicémie cronică

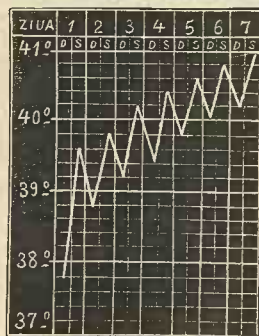


Fig. 81.

Periódă de fastigiú, forma continuă. Tip cu oscilațiuni ascendente. Tip cu oscilațiuni descendente. Septicémie acută.

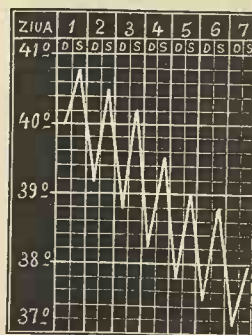


Fig. 82.

Pronostic foarte favorabil.

în loc de a fi foarte mică ca în forma continuă, din contra este excesiv de mare, așa că densa poate să se urce chiar până la 3 și 4 grade. (Fig. 83). Forma acesta o găsim câte o dată în febra tifoidă, mai cu deosebire însă se observă în afecțiunile catarale, în rugeolă, reumatism articular, meningita bazei, în supurațiunile profunde și cronice etc. etc. bóle grave, cu durată lungă și terminațiune mai mult nefavorabilă. Aci ca și în forma continuă deosebim alte două tipuri secundare: a) *Tip exacerbant* când remisiunile de dimineta nu se lasă mai jos de cât media termică observată în timpul zilei, de unde va resulta că apirexie nu vom avea mai nici o dată. Acesta ne arată mai de ordinar o terminațiune fatală. b) *Tip remitent* când remisiunile de dimineta sunt mai inferioare de cât acelea din ziua precedentă. În general ne arată un prognostic bun cu condițiune însă ca remisiunile să fie constante căci dacă temperatura are tendința a se ridica atunci pronosticul e grav. (Fig. 84, 85).

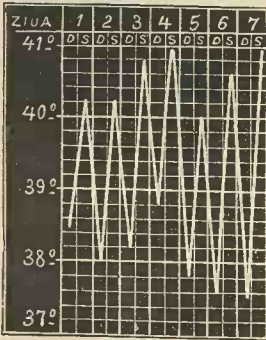


Fig. 83.

Tip discontinuu, infecție purulentă.

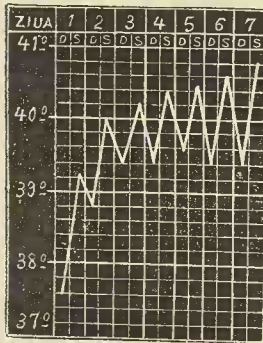


Fig. 84.

Perioda de fastigiu. Forma discontinuă.

Tip exacerbant, septicemie acută.

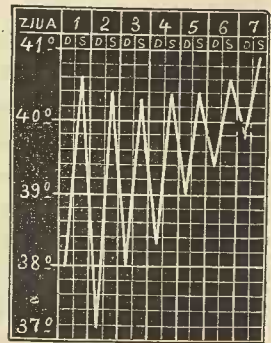


Fig. 85.

Tip remitent, pronostic nesigur.

III) *Perioda de declin sau descreștere a febrei.* Acestă periódă apare în general când bóla tinde a dispăre. Mai fie-care bóla își are periódă sa de declin care vine la anume date. Ast-fel în pneumonie densă are loc cam la a opta zi; în febra tifoidă cam după a treia sau a patra săptămână; în febrele eruptive, după ce erupțiunile au atins complecta lor desvoltare etc.

Am dis că acestă scădere de temperatură se poate face sau brusc sau cu incetul. Câte o dată însă descreșterea nu ne oferă nimic de regulat în mersul său, așa că exacerbatiunile ca și remisiunile nu iaú nici o formă stabilă, variind pe fie-care zi sau menținându-se la un

plus or minus în timp de mai multe zile, după care apoi din nou variază și așa mai încolo. Acestei faze de nehotărâre a descreșterii febrei i s'a dat numirea la figurat de către Wunderlich de *stadiu amfibol* (animal ce respiră și în apă și pe uscat). (Fig. 86).

Prima formă numită deferescență critică, în general e favorabilă afară numai dacă această scădere repede de temperatură nu va fi rezultatul vre-unei complicațiunii precum emoragii considerabile sau perforațiunii a diferitelor viscere. (Fig. 87). A doua formă, adică lisis (soluție definitivă) cuprinde 2 tipuri: continuu și remitent. Este continuu atunci când temperatura începe să scadă din ce în ce mai mult séra iar remisiunile matinale din ce în ce mai pronunțate. Dar toate acestea se efectuează într'un mod gradat, așa că diferența între punctele maxime și minime este foarte mică. Traseul ne-ar reprezenta o adevărată scară cu trepte mai mult sau mai puțin regulate. (Fig. 88). Tipul este remitent când remisiunile sunt foarte mari. (Fig. 89). Or-cum ar fi însă, toate aceste

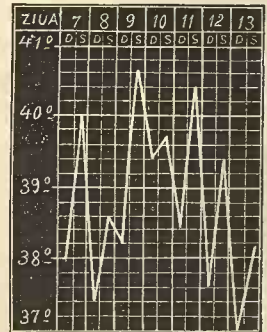


Fig. 86.

Perioda de descreștere.
Tip amfibol. Infecție de natură ososă.

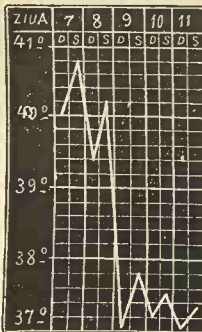


Fig. 87.

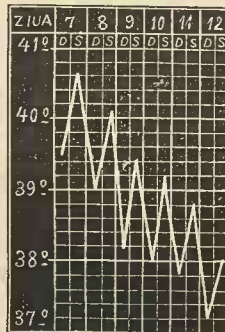


Fig. 88.

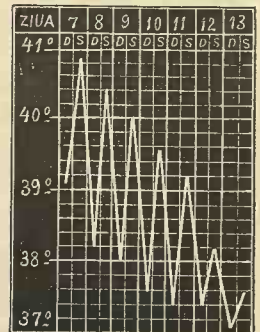


Fig. 89.

Perioda de descreștere; tip continuu și remitent. Pronostic foarte favorabil. Convalescență.

tipuri sunt favorabile căci ele în general ne anunță intrarea bolnavului în convalescență.

În fine când bóla trebuie să se termine prin mórte, atunci observăm sau o ridicare neîncetată a temperaturii cu sau absolut fără

cea mai mică remisiune așa că linia termică este aproape o verticală; sau că din contra observăm o scădere neîncetată a temperaturii care se continuă până în momentul morții. Une-ori în urma unei scăderi mai accentuate ca în zilele precedente, de o dată se observă o ridicare bruscă a temperaturii cu 2, 3 și chiar 4 grade, ascensiune pe care numai morțea o oprește din drumul său. Tóte aceste tipuri au primit numele generic de agonice, cu calificativul ascendent, descendent sau de colaps și neregulat. (Fig. 90, 91, 92).

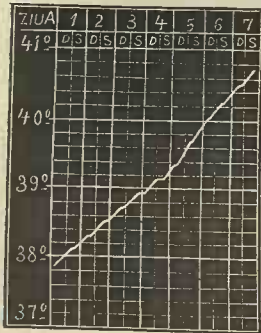


Fig. 90.

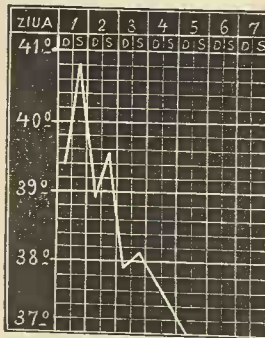


Fig. 91.

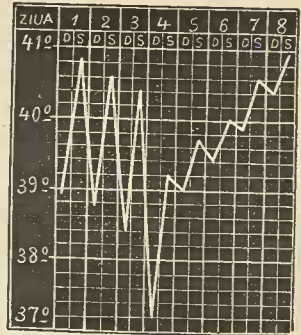


Fig. 92.

Periódă de descreștere. Tipuri agonice.

C H E S T I O N A R

Septicemie. Definiție. Istoric. Ceii vechi. Gaspard, Billroth, Guerin. Septicemie eterochtonă și autochtonă.

Teoria chimică. Opinia lui Gaspard, Bonnet, Delore și Gueterbock. Opinia lui Panaum—otrava septică. Otto-Weber, sulfidratul de amoniac. Bergmann-Septina. Gautier-ptomaine și leucomaine. Bouchard.

Teoria germilor. Pasteur. Babeș.

Diferitele tipuri de febră în periódă de creștere, culminare și declin.

FEBRA TRAUMATICA

Lecția XLV.

Domnilor,

Febra traumatică este o complicație febrilă a plăgilor manifestându-se printr-o ascensiune termică ce apare în primele 3 sau 4 zile de la accident, epocă ce corespunde cu începutul fenomenelor de reparațiune a plăgei. Causa esențială a febrei traumatice este absorpțiunea prin focar a unei substanțe septice, a unui microb.

După cum deja am arătat, toate complicațiunile chirurgicale febrile au o origină comună și fac parte din aceeași familie—septicemia. (Opinia lui Jannel). Febra traumatică represintă cel mai ușor grad de intoxicație căci ridicarea sea de temperatură nu e nici considerabilă nici de lungă durată.

Caracteristica febrei traumatice este că apare în primele 3—4 zile, adică atunci când plaga e prăpătită, cu toate vasele deschise și proprii la orice absorpțiune. După acest timp însă, plaga intră în perioada de reparațiune, se acopere de un strat granulos provădit cu muguri cărnoși și cari constituie cea mai puternică barieră, vestimentul cel mai impermeabil contra or-cărei acțiuni vetămatore a substanțelor septice. De aceea febra traumatică nu poate să apară când plaga este mugurată, afară numai dacă această barieră se distruge prin vr'un accident.

Billroth a dat o probă evidentă de rolul protector al acestei membrane granuloase prin următoarea experiență: Pe spatele unui câine face o plagă pe care o lasă să burgioneze. Puind apoi d'asupra ei mai multe materii putride nu observă absolut nici un fenomen. Dar tot pe această plagă, distrugându-i mugurii cărnoși prin o nouă rănire, aplicarea de substanțe putride se însoțește de o febră intensă. Această experiență ce probază puterea pirogenă a materiilor septice, ne esplică în acelaș

timp febrele traumatice tardive în momentul explorațiunei plăgilor burgeonate cu instrumente murdare, prin cari deschidând vasele determinăm o inoculație directă. De aci abstențiunea, sau precauțiuni mari antiseptice în momentul explorațiunei.

În ceia ce privește patogenia febrei traumatice astăzi se atribue prezenței în sânge a diferiților microbi și în special a stafilococului aureu sau a celor alte specii capabile de a provoca supurația.

Simptome. De și febra traumatică în general vine după 2—3 zile, totuși sunt casuri când densa poate să apară imediat după operațiune, în prima zi sau chiar în primele ore. Acesta se întâmplă când operăm pe țesuturi deja bolnave și impregnate de microbi precum: în fistule vechi, tumori ramolite, colecțiuni purulente anfractuose etc. Or cum ar fi, febra traumatică își păstrează caracterele sale prin aceea că ascensiunea termică nu e nici o dată bruscă ci se ridică treptat atîngînd maximum de 39 , 39^5 și foarte rar 40^0 . Când temperatura nu se ridică mai sus ca 38^8 se numește *febră traumatică aseptică*. Apoi căderea temperaturii iarăși nu e bruscă ci se face treptat până ajunge la nivelul normal. Acest ciclu durează de la 2, 3, 4 sau maximum 7 zile când trebuie să dispară.

Dați aci un model de febră traumatică benignă luat din serviciul

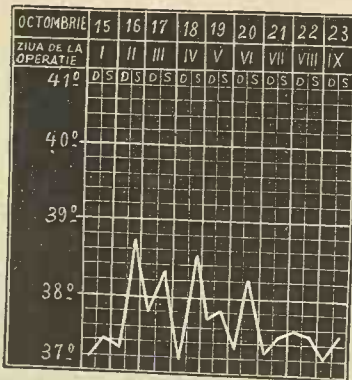


Fig. 93.

Tip de febră traumatică benignă.

meu de la individul Nicolae Ion, afectat de genuchi valg dublu și căruia la 15 Oct. 1892 i-am făcut osteotomia lineară a femurului drept. După cum traseul arată, temperatura a doua zi seara s'a ridicat la 38^6 și apoi treptat în zilele următoare a scăzut până a ajuns la normală, fără ca în timp de o lună să se mai fi ridicat (fig. 93). Reușita operației complete.

Și în adevăr, când ascensiunea de temperatură se menține sus câte-va zile, sau când defervescenta e bruscă sau presintă mari oscilațiuni, atunci trebuie să ne temem căci numai e vorba în asemenea casuri de o febră traumatică benignă, ci de o complicație infecțioasă ca erisipel, limfangită, or diferite alte forme septicemice.

Simptomele generale sunt proprii or-cărei febre precum: o ușoară mișcare febrilă dar fără frison, puls repede, larg și plin, oboselă, cefalalgie, limba saburală, sete vie, urinele rari și încărcate cu multă uree.

Plaga începe să se tumefieze, se inflamază, devine sensibilă, burgeoniș căroși dacă există se vestejesc, iar supurația dispăre sau ia un aspect murdar.

De sigur, toate aceste fenomene sunt în raport și cu starea generală anterioară a individului ca slăbirea și cachexia organismului și boala diatesice, cari toate au influență asupra febrei traumatice.

Diagnosticul. Verneuil este cel dintâiu care a arătat că un rănit poate să ne ofere o ascensiune de temperatură în afară de orice inoculație septică, fenomen căruia i-a dat numele de febră *epitraumatică*. Densa ne oferă trei tipuri: febra epitraumatică sub dependența unei inflamațiuni intercurente și de învecinare ca în operațiile pe gură, faringe, gingii etc. ce pot fi însoțite de o angină sevă amigdalită; castria se poate însoți de o funiculită; incisia hidrocelului de o vaginalită; trepanația de o meningită etc. etc. În toate aceste cazuri ridicarea temperaturii va fi deosebită de a febrei traumatice luând caracterul special al fie-cărui organ inflammat. Al doilea tip de febră epitraumatică este când traumatismul redesteptă o diatesă veche a individului. Ast-fel un paludic de o dată ne va oferi o ascensiune bruscă de temperatură până la 40° luând caracterul intermitent și determinând un acces febril complet, și așa mai departe cu fie-care diatesă, studiu deja făcut. Al treilea tip este febra inflamatorie propriu zisă determinată prin inflamația simplă a organului rănit sau a focarului traumatic. Dar această febră inflamatorie nu este admisă, de ôre-ce toate inflamațiile și supurațiile traumatice astăzi sunt considerate ca fiind de natură parasitară, și deci febra în acest cas este pur traumatică.

Tot același lucru vom zice despre febra ce apare în focare închise și cu totul sustrate de la acțiunea aerului precum în casuri de fracturi simple unde dupe 2-3 zile febra apare. Aci fenomenul se explică printr'o auto-infecțiune adică prin străbateră în torentul circulator a microbilor deja aflați în organismul nostru, precipitându-se în focarul fracturei ca în *locus minoris resistentiae* unde vasele sunt deschise, sau prin strebateră microbului din aer prin mucosa digestivă sau respiratorie prealabil escoriată pe unde intrând în sânge ajunge în focarul fracturei dându-ne febra traumatică.

Deci având în vedere caracterile acestor diferite febre, diagnosticul în general nu e greu putându-se adesea stabili cu precisiune, iar boala combătută cu mijloce antiseptice cât de energice și pe o largă scară.

Septicemia supra acută

A primit diferite numiri dupe predominența unor anumite fenomene locale ast-fel: septicemie gangrenosă; emfsem gangrenos (Chassaingnac); erisipel bronzat (Velpeau); pneumohemie putridă (Maissonneuve); gangrenă galopantă (Gosselin); edem purulent acut (Pirogoff) etc. etc.

În afară de stările generale diatesice ca alcoolismul, diabetul etc. precum și aglomerațiunile mari din spitale, casărmii, ambulante, *septicemia supra acută se observă de ordinar în primele zile în urma traumatismelor violente însoțite de zdrobiri întinse și profunde a părților moi cu strivirea completă a oșelor, fie că plaga cutanată este largă sau strîmptă.*

Simptome. Câte odată există ore-care prodrome proprii șocului traumatic ca: anxietate respiratorie, aritmie cardiacă, insomnie, incoherență în idei, spaimă, descurajare și o frică foarte mare de o morțe apropiată pe care bolnavul o prevede. Dar mai adesea aceste prodrome lipsesc, și accidentele isbucnesc de o dată, nu printr'un frison ci printr'un fel de tremurătură pôte chiar nebăgată în sémă. Temperatura de odată se ridică la 39, 40, 41 și chiar 42° dar nu se menține mult ci scade; și acesta cu atât mai repede cu cât mersul bólei e mai acut, așa că mórtea se anunță printr'o ipotermie completă de 35 și chiar 30°. Unii autori susțin că în septicemia supra acută nu există de loc ascensiune termică ci tot-d'auna scăderea e de regulă. Și în adevăr Triffaud prin experiențele sale inoculând la animale serositate pură culésă din flictenele septicemice a constatat tot-d'auna o depresiune termică, terminându-se în momentul morței printr'o ipotermie completă. Dar cu cât temperatura scade cu atât pulsul devine foarte repede mergënd la 130, 150 pulsații pe minut; în urmă își perde orî ce consistență dispărând ca și bătăile cordului. Dispneea iarăși progreséză urcându-se până la 40 sau 50 inspirațiuni pe minut ceia ce probéză insuficiența de ematosă. Decî *ipotermia, dipnea progresivă și contracțiunile cardiace din ce în ce mai accelerate forméză* cele trei puncte principale a gangrenei gazóse. Aceste fenomene constitue, zice Forgues citat de Reclus, trei curbe cari la început aũ un mers paralel ascendent dar cari repede se desfac când gangrena apare: temperatura cade curba respiratorie se ridică prin oscilațiuni neregulate iar traseul pulsului se ridică prin linii foarte regulate. Pelângă acesta se mai adaogă alterațiunea feței, escavațiunea ochilor, limba uscată și fuliginosă, vârsături bilióse, diaree fetidă dar fără balonarea pântecelui care rămâne móle și indolor. Urinele sunt rari, sudorî abondente și către

sfârșit reci și lipiciose. În fine inteligența de și conservată la început, devine obscură, bolnavul e coprins de o indiferență și insensibilitate complectă și *exală un miros de cadavru*.

Simptome locale sunt :

I) Un sentiment de constricțiune și durere expansivă ceia ce face pe rănit să-și smulgă și să asvârle orî-ce pansament. Supurația nu se stabilește sau se stabilește rău, puroiul devenind murdar și câte o dată de o culore galbenă de șofran, mai ales la diabetici.

II) O umflare profundă, dură și edematosă dar fără fluctuație și totuși însoțită de puroi, de unde numele de *edem purulent acut dat de Pirogoff*. Membrul umflându-se în mod progresiv pielea devine întinsă, lucitoare și alburie pentru ca în urmă să ia nuanțele de cele mai variate culori: supra-fața se brăsdéză de linii albastre datorite arborizațiunilor venoase, apoi de plăci violete, roșii sau brune semănând cu culorea bronzului, de unde și numele de *erisipel bronzat Velpeau*. Dupe aceia apar pete de un alb mat sau albastru negru puțin depri-mate, lungi și paralele cu axa membrului sub care presiunea degetului determină o crepitație gazosă din ce în ce mai manifestă și mai profundă. Aceste pete se întind, devin confluențe și copleșesc întregul membru până la rădăcină, când apar mici sfacele și flictene din cari se scurge un lichid ichoros, infect, un sînge negru și spumos ce nuse coagulează. Acesta formeză *gangrena gazosă sau galopantă a lui Gosselin*. Muschi, tendone, aponevroze, osele, toate sunt disecate și denudate, și dacă sfacelul membrului nu e complect cauza e lipsa de timp căci mórtea sosește în mod repede. Mai observăm încă buzunare mari gazeose d'asupra ganglionilor tumefiați de la rădăcina membrului precum și un cordon tare pe traectul venelor mari ce nu e de cât o trombosă întinsă. În resumat, *edemul, emfisemul și sfacelul* sunt cele trei simptome principale locale a septicemiei supra acute. Trebuie însă să scim că nisce asemenea focare secundare difuze pot să apară departe de focarul gangrenos primitiv. Ast-fel Perrin a arătat o gangrenă a vălului palatin și a pilierilor, iar Verneuil o gangrenă a gambei stângi în urma unei fracturi complicate a gambei drepte.

Dupe mórte, descompoziția cadaverică e așa de repede în cât totul e coprins de putrefacție în mod fulgerător. Emfisemul din timpul vieței se desvoltă și mai mult, astfel că cadavrul tumefiat, umflat, balonat și sonor represintă un ce foarte diform. Gazele compuse din hidrogen, aer atmosferic și hidrogen carbonat, împreună cu lichidul roșu și spumos respândesc o odóre cu totul infectă. Tóte organele de la piele până la ose se găsesc infiltrate de un lichid brun și murdar. Viscerile sunt congestionate, plămâni în ipostasă, serósele lipsite de

luciu normal aŭ aderențe moi; cordul môle, plan, turtit, gol sau plin cu un sânge negru și fluid, ba une-orî și gaze. De aci și credința lui Maisonneuve ca mórtea repede în septicemia supra acută provine din cauza circulațiunei în sânge de gaze putride, rezultate din descompoziție, de unde numele bólei de *pneumohemie putridă*. Ficatul, splina, rinichiŭ iarăși moi, cu echimose, focare apoplectice și infarcte ce dau ici coala o colóre mărmarie suprafeței parenchimului.

Patogenia. Lucru este evident că septicemia supra acută provine din putrefacția țesuturilor nóstre; factorul însă esențial a acestei putrefacții este un agent infecțios prevăzut încă de mult dar adeverit prin descoperirea lui Pasteur. Tóte cercetările ulterioare și toți autorii ca Nepveu, Davaine, Bottini și Terrillon constatară în lichidele plăgei și chiar în sânge niște filamente drepte, tari și mobile aparținând genului *bacterium termo*. Dar mai ales Chauveau și Arloing aŭ demonstrat că acest *vibrion septic* al lui Pasteur este principala și singura cauză a septicimiei supra acute. Dênșii l'aŭ izolat, cultivat, însămânțat, și prin inoculație pe animale aŭ reprodus în tóta splendórea ei septicemia gangrenósă. Acest germen anaerob ce se stabilește în lamele țesutului conjunctiv, în seróse și fâșiile musculare, nu are tot-d'auna o formă identică, căci une orî ia aspectul de microcoči mobili, altă dată de bacterie cilindrică scurtă, largă și cu spor la extremitate, iar alte dăți se lungește, se subțiază în filamente subțiri putându-se segmenta în articole nesporulate, mai ales în seróse. Din tóte aceste varietăți morfologice însă, cea mai fertilă conrespunde la filamentele scurte și sporulate avënd cea mai puternică energie septică. Acest vibrion anaerob se póte găsi și în sânge adică în contact cu oxigenul, dar acesta se întemplă în ultimele momente ale vieței și atunci este puntiform, în stare atenuată, în stare de sporulă de 1—2 μ . Și pentru a se respunde obiecțiunei că septicemia supra acută póte fi efectul produselor de desasimilațiune a acestor microbi adică a leucomainelor descoperite de Gautier, esperiențele lui Cauveau și Arloing aŭ probat contrariul, de óre-ce s'aŭ putut injecta fără pericol în venele unui animal serositatea septiciemiilor gangrenóse dar filtrate decî lipsite de elementele figurate, de vibrionul septic; dar aceste seriosități de sigur că conțineau leucomaine și totuși rezultatul a fost negativ. Decî singurii acești microbi rămân agenții septicemicii supra acuti determinând mórtea țesuturilor sau gangrena, prin întreruperea circulației, fie în urma unor obstrucțiuni capilare sau a trombosurilor microscopice.

Pe de altă parte vibrionul septic anaerob al lui Pastuer legitimă observațiile clinice de isbucnirea septicimiei supra acute în plăgile profunde, anfractuóse, deslipite și în afară de contactul aerului;

și iarăși observațiile unde această complicație se producea mai lesne în sdrobirile prin rôte de camioane, tamponare de vagoni și dărâmări de pământ etc. din cauză că azi se scie că vibrionul septic este foarte comun în gropile de pământ, și se dezvoltă cu mare înlesnire în țesăturile sdrobite.

La deschiderea serviciului meu în August 1891 am avut un caz de gangrenă gazoasă tip, la un ténér bulgar de 20 ani cu sdrobirea completă a gambei stângi în urma unei dărâmări de pământ la forturi. Nenrocitul a murit după 4 ore cu un edem gazos ce se întinse până la rădăcina cõpsei.

Tratamentul. Cu tôte precauțiunile și îngrijirile, adesea se adeverește că bóla este incurabilă după cum susținea Salleron. Singurul lucru la care putem recurge este aplicațiunea largă a ferului roșu căci numai el e capabil de a lupta cu distrugerea microbilor. Cât pentru amputație sau desarticulația membrului, dacă nu suntem siliți de împrejurări, ar fi mai bine să ne abținem căci în casurile cele mai favorabile abia dacă se obține 5 % reușită. La rigóre putem întreprinde operația dar fără mari iluziuni.

Septicemia acută. Se observă mai rar grație antiseptiei moderne. Dênsa recunoște aceeași origină ca cea supra acută căci rezultă din inoculația aceluiași vibrion septic. Decî condițiunile fiind aceleași și simptomele vor fi identice; deosebirea constă numai că mersul nu este așa de repede, ci mult mai încet.

Clinicește septicemia acută vine direct sau e consecința unei febre traumatice. În adevăr când temperatura fiind deja la 38 sau 39° se ridică treptat la 40 și 41° durând mai multe zile și fără o remisiune completă, atunci ne aflăm în fața unei septicemii acute, care dacă persistă dincolo de 10-15 zile, nu ne rămâne de cât a recurge la amputația membrului dacă e vorba de un organ, căci dênsa este singurul mijloc de a scăpa viața bolnavului. Caracteristica decî a septicemiei acute este că temperatura începe să crească în mod repede și fără remisiuni, stare care dacă durează mai mult timp, ne anunță piemia. Daș aci un exemplu de septicemie acută terminată prin piemie în fig. 94 luat de la Carol Cisner căruia am făcut osteotomia cuneiformă la 7 Aprilie 1891 pentru un cal diform a extremității inferioare a gambei stângi (veche fractură a tibiei). Dupe 20 zile de la operație, dintr'o cauză necunoscută temperatura începe să se ridice anunțându-ne o septicemie acută pe care nu a fost posibil să o combatem, așa că a degenerat în piemie. Și cu tôte mijlócele întrebuintate, mergând chiar până la amputația cõpsei, bolnavul nu a putut scăpa murind la 17 Iunie în prada celei mai teribile piemii.

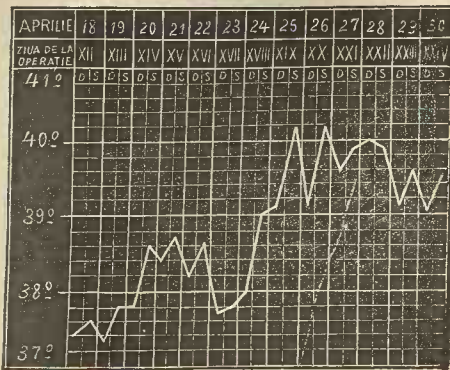


Fig. 94.

Model de septicemie acută urmat de piemie. Ope-
rație pe os.

în tumorile și osteitele profunde supurate, în colecțiuni mari pu-
rulente etc. ce ne oferă un traseu termometric, cu totul clasic.

Dați și aici un model în fig. 95 luat de la femeia Maria Nicolau afec-

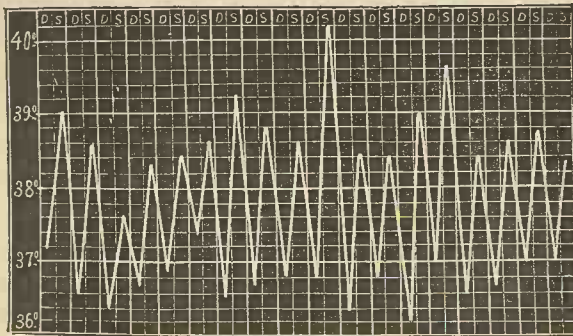


Fig. 95.

Model de septicemie cronică în urma unei supurațiuni vechi
și întinsă.

de supurație. Mi-a fost imposibil să determin distrucțiunea lor cu toate
încercările făcute în mai multe rânduri atât cu mâna cât și cu lin-
gura Volkmann. Dupe fie-care întreprindere apărea o nouă recidivă.
Femeia astăzi luptă cu supurația kistului, prezentându-ne fenomene de
septicemie cronică. Astăzi 10 Noembrie temperatura e aproape nor-
mală dar bolnava încă destul de slăbită iar kistul neînchis. Septi-
cemia a început să apară de la 22 Septembrie până la 18 Oc-
tombrie.

Septicemia cronică. Nu este
de cât vechea febră hectică a auto-
rilor. Dênsa nu este atât sub de-
pendința vibrionului septic, căci
mai adesea prezența acestor mi-
crobî nu se constată. Ea rezultă mai
mult din absorpția materiilor pu-
tride, a lichidelor deletere, a otrăvei
septice, a sepsinei, a diferitelor al-
caloide, în fine a ptomainelor și leu-
comainelor; de aceea se și numește
ichoremie sau *sapremie*. Resultatul
final e cachexia individului și môrte
prin consumpție generală, precum
observăm în supurațiile profunde,

tată de un kist ovaric
multilocular, și ade-
rent în totalitatea sea
cu peritoneul. Am ope-
rat această femeie la 11
Iunie 1892, și ne pu-
tând extrage kistul l
am golit și fixat de pă-
reții abdominali. Fap-
tul curios aci este că
fața internă a kistului
conținea un număr con-
siderabil de kiști se-
cundari și toți în stare

Infecția purulentă.

Numită ast-fel de Velpeau, iar de Gerdy *diatesă purulentă*, este mai des cunoscută sub numele de *piemie* cuvânt introdus de Piorry.

Acastă bôlă nu este încă absolut determinată; de aceea definițiunea este bazată mai mult pe caracterile sale clinice și anatomo-patologice.

Prin *piemie* înțelegem una din cele mai teribile complicațiuni ale plăgilor, caracterisându-se prin ascensiuni mari de temperatură, prin frisoane des repetate, prin abcese multiple în viscere numite abcese metastatice și prin supurațiunea diferitelor cavități seroase. Tóte aceste alterațiuni rezultă dintr'o conrupere a sângelui în urma strebaterii în organism a unei materii septică de natură microbieniă.

Momentul aparițiunei *piemiei* adesea este foarte greu de precisat, lucru care a făcut pe mulți să considere *piemia* și *septicemia* ca una și aceeași bôlă, identică. În adevăr, clinicianii bazându-se pe faptele experimentale că fie-ce injecție de puroi în vene este însoțită de un frison, conchiseră că *piemia* are tocmai această de constant, adică de a se anunța și evolua prin dese accese de frisoane întocmai ca și febra intermitentă.

Richelot însă în 1878 a arătat că de multe ori putem constata leziuni *piemice* fără să fi existat frisoane în timpul vieții; și iarăși lipsa de abcese metastatice cu tótă existența frisonelor. De și unii au contestat ultima aserțiune de óre-ce microscopul descopere miclele abcese ce nu se pot vedea cu ochii, totuși primul punct rămâne ca adevărat. Dar lipsa de frisoane nu ridică nimic din natura *piemiei* precum semiologia pneumoniei nu e distrusă când principalul său fenomen—frisonul—lipsește câte o dată.

Simpțome. Desfășurarea fenomenelor în *piemie* este tot ce pôte fi mai clasic.

I) Bôla pôte fi precedată de óre-carî prodrome. Ast-fel plaga din burgeonantă și frumósă ce era, devine flască, palidă, murdară, cu mugurii cărnoși moi, anemici și turtiți; supurația nu numai că se micșorează și se alterează, dar dispăre chiar cu desăvêrsire lăsând plaga uscată ca și cum ar fi friptă. De aci și numele de *resorpție* sau *absorpție purulentă* dată de Boerrhaave, sau de *supresiunea supurației*, de Boyer.

II) Accidentul nici o dată nu apare la începutul traumatismului, ci după 7, 8 și chiar 12 zile; ba une-ori chiar când cicatrizarea e foarte înaintată, prin urmare după 20 și chiar 30 zile. Scena e deschisă prin-

tr'un frison foarte violent apărând, după Billroth, mai ales în timpul zilei. Intensitatea sea este une-oră în adevăr înspăimântătoare întrecând chiar accesul de febră intermitentă pernicioasă. Frisonul e așa de puternic în cât dinții bolnavului clănțanesc, pielea se sbârcește, membrele se retractă, senzațiunea de frig e colosală, iar tremurătura așa de intensă că se cutremură și patul însuși. Stadiul de frig durează 15—30 minute. După densusul vine stadiul de căldură, când temperatura se ridică brusc la 40 și chiar 41° iar pulsul de la 120, 130 și 140, de ordinar cade la 100 și devine foarte mic și slab. Atunci apare sudorile cari sunt așa de profuse și abondente în cât bolnavul pare că e scaldat, iar nădușala străbate până la saltea. Sudorea acesta ce se însoțește de o erupție generală de sudamină, are o odóre caracteristică de șoreci, după Berard și Terrier. După 1—2 ore totul dispăre și intră în ordine. Bolnavul însă care-și reamintește de criză, rămâne abătut, foarte obosit și coprins de opresiune și cefalalgie.

După 2—3 zile, aceiași desfășurare de fenomene, aceiași criză. De aci încolo accesele devin din ce în ce mai dese repetându-se la ore variate și în mod cu totul neregulat. S'a văzut casuri de 7—8 și până la 20 de accese repetându-se la intervale foarte scurte în aceiași zi. După fie-care acces, starea generală a bolnavului se agravează: din om gras și voinic devine palid și slab ca o scândură; pielea ia o coloré de fée mórta, apoi sub-icterică mai ales pe conjunctive; nasul se subțiază, regiunile temporale se emaciază, limba se usucă, diaree profusă și fetidă apare, gura se acopere cu fuliginosități iar respirația are un miros de fân umed după unii, iar de puroi după Berard.

Unii bolnavi sunt coprinși de o mare descurajare creșându-se perduți, pe când alții păstrează o confiență absolută speră într'un viitor strălucit. Unii cad în depresiune cu conservarea facultăților intelectuale, pe când alții sunt coprinși de un delir câte o dată foarte furios, probabil în urma infarctelor cerebrale sau epanșamente în meninge.

Am observat din parte'mi un cas al cărui traseu termometric este în fig. 94, unde bolnavul de câte ori ne vedea scotea niște gemete și țipete îngrozitoare, scoțându-și piciorul din bae, rupându-și pansamentul și refuzând or-ce îngrijire. În delirul său care era furios, ne adresa nemulțumiri și striga în gura mare să plece acasă (în Austria).

În fine, bolnavii încep a se plânge de diferite dureri în inchiaturi, în ipochondre, în lombe, manifestă junghiuri ce anunță pneumoni, pleuresii purulente, supurații articulare, infarcte și decii abcese metastatice în ficat, splină și rinichi. Dar nu există organ unde să nu apară infarcte, căci de la țesutul celular și până în globul ocular abcesele metastatice

aŭ putut fi găsite. Ajuns în această stare, bolnavul cade în adinamie, respirația devine din ce în ce mai frecventă din cauza lipsei de oxigenație a globulelor; eschare largi apar pe sacru, iar mórtea vine după 10—15 zile sau câte o dată și mai târziu, precum e cazul nostru unde bolnavul a resistat în timp de 2 luni.

E vorba de un om foarte viguros de 28 ani care la 7 Aprilie a fost operat de un cal diform al gambei stângi (extra inf.). La 20 Aprilie a început fenomenele de septicemie anunțându-se printr'o emoragie arterială așa că am fost silit să leg tibiala anterioară ce era deschisă. La 8 Maiu, în plină septicemie și delir, am făcut amputația cõpsei (bolnavul continuu s'a opus) și în cele din urmă a sucombat la 18 Iunie cu tótã forța sea de rezistență și mijlócele multiple ce am pus în joc.

Leziunile anatomice sunt identice cu acelea ale septicemiei, afarã numai de supurațiile membranelor seróse, de prezența infarctelor și a abceselor metastatice ce formézã caracteristica piemiei și cu descrierea cărorã nu ne vom ocupa. Vom spune numai că plãmânul este organul de predilecție al infarctelor; apoi vine ficatul și în urmă de tot splina; în rinichi și cerebru sunt mai rari, iar în cord escepționali.

Etiologia. Aceleași cauze clinice ca în tóte septicemiile. Nu vom descri numerósele teorii ce s'aũ emis ci ne vom opri asupra celor mai principale.

I) Teoria care a produs un mare resunet și care datézã de la A. Paré este *teoria metastasei*. După această teorie, apãratã cu mult talent de Boyer, Velpeau, Denonvillers, Sedillot etc. puroiul aflat la suprafața plãgilor era absorbit de vasele deschise, și intrând ast-fel în torrentul circulator producea în diferitele organe cunoscutele abcese metastatice. Dar aci douã mari obiecțiuni se arãtarã: mai întâi injecțiunile de puroiu—bine înțeles de bunã naturã—nici o dată n'aũ produs fenomene piemice; și al doilea, prin ce mecanism ar putea strãbate puroiul în vene unde existã ore-care tensiune? O simplã circumstanțã s'ar putea invoca și anume aceia arãtatã de Virchow cã puroiul inconjurat de pãreți închiși de tóte părțile ar fi forțat să se deschidã direct într'o venã, fapt numit de dẽnsul *intravasatiune*. Dar acest lucru e așa de rar în cât pe escepțiuni nu se póte baza o întrégã teorie. De aceia strãbaterea directã a puroiului în vase fu pãrãsitã.

II) A doua teorie este *flebita supurată* a lui Broca etc. care fu mai satisfãcãtoare pentru spiritele dificile. Vasele focarului traumatic deschise sunt obliterate prin coagulul sanguinĩ carĩ vor fi punctul de plecare al unei flebite, iar acẽsta a tutulor accidentelor. In adevãr, acești coagulĩ nu întãrđie sã se ramolẽscã la centrul lor, sã ia o culóre albã și tot

conținutul venei să se umple cu un lichid purulent sau cel puțin puriform după Virchow.

Cruveilhier însă și Broca susțineau că e vorba de puroi adevărat care aflat deja în vene se amesteca cu sângele ce ast-fel corupt producea abcesele metastatice în grosimea țesutului organelor. Dar acestei teorii lipsea, ca să dic ast-fel, punctul pe *i* căci nu se esplica în mod clar cum puroiul aflat în vene era capabil să producă abcese în organe așa depărtate ca plămâni? Atunci apare Virchow care prin admirabilele sale lucrări stabilește

III) *Teoria trombosei și emboliilor*. Este adevărat, dice acest autor, că există coagolii venoși în piemie; dar acest coagol sau trombosă vecinic isbit de unda sanguină se pôte deslipi daca nu în totalitate cel puțin în parte, și ajuns în această stare e târât sub numele de *embolus* în torentul circulator, ajunge în vena cavă inferiără de aci intră în oreileta dréptă, în ventriculul drept, apoi prin arterele pulmonare, în plămâni unde, din cauza volumului său nu mai pôte trece prin capilare ci se oprește aci, producând prin iritație ca or-ce corp strein un abces numit metastatic. (Veđi gangrena prin trombosă.)

IV) Pe cât însă ideile lui Virchow erau suverane pentru leziunile pulmonare, nu respundea de loc la esplicația abceselor metastatice din cele alte organe ca ficat, splină, rinichi etc. Atunci apare teoria lui Wagner și Gosselin numită *teoria emboliilor gresöse*.

În fracturile óselor, cavitatea medulară fiind deschisă, corpusculele de grăsime devin libere, și absorbite de vene, ajung până în plămâni unde forméză emboliile. Dar unele din aceste picături gresöse fiind destul de mici și subtiri pot să trecă prin rățéua capilară, de aci în venele pulmonare, în oreileta stângă, în cordul stâng, și apoi prin aortă să intre direct în circulația cea mare și să străbată în tóte organele splacnice: ficat, rinichi, splină, crebru, plevră, peritoneu, articulații etc. etc. unde oprindu-se în anume condițiuni de natură de sigur diatesică și de locus minoris resistentiae, produc tóte abcesele metastatice până aci rămase neexplicabile.

Nimic mai seducător, mai rațional și mai ingenios de cât această teorie, care însă din nenorocire nu se pôte aplica de cât în casuri cu totul speciale și anume de fracturi complete și cominutive ale óselor, căci când e vorba de o simplă plagă a tegumentelor, atunci embolia gresósă nu pôte fi sub nici un cuvânt invocată.

V) Conheim prin descoperirea *diapedesei* a dat ultima esplicațiune a piemiei. După această teorie, nici vasele nu au trebuință să fie deschise, nici puroiul să străbată în sânge. Leucocitele aflate în vasele capilare ce șerpuesc burgeonii cărnoși strebat membrana embrionară a

acestor vase—în virtutea mișcărilor amiboide de cari sunt înzestrate— și ast-fel intră în sistemul venos iar de aci în cordul drept și apoi în plămâni. Ajunse aci, aceste leucocite fiind, după Hayem, niște globule mai puțin active și mai puțin simple ca cele adevărate și deci circulând mai cu greutate se vor opri în capilarele cele fine, le vor astupa, vor forma obstacole în arteriolele terminale și deci consecutiv mici infarcte și abcese metastatice. Deci, plămânul care servă ca un filtru în această afacere, va opri aceste leucocite denaturate, dar nu va putea să le reție pe toate, ast-fel că unele din ele pot scăpa și trece prin capilare și de aci în circulația cea mare în urma căruia se va opri în diferitele organe splacnice determinând acelaș lucru ca și în plămâni. Și tocmai prin acest mecanism ne esplicăm de ce în plămâni abcesele metastatice de ordinar sunt enorme, pe când în ficat, splină, rinichi sunt foarte mici, microscopici; acesta din cauză că în plămâni se oprește *grossul*, ca să șic ast-fel, al leucocitelor, pe când în cele alte organe nu strebat de cât un număr foarte mic, și deci abcesele vor fi iarăși cu totul mici.

VI) Daca la această teorie a lui Conheim adăogăm ultima descoperire a miasmelor și anume că leucocitele diapedetice circulă în sânge ducând cu dâsele materiile septice sau mai bine șis microbii, avem tot ceia ce ne trebuie pentru esplicatiunea abceselor metastatice în piemie.

După Cornil, aceste micro-organisme unite între dâsele printr'o substanță fibrinosă coagulată care cumulează și reunesc aceste ființe formând ceia-ce se chiamă zoogles, astupă vasele terminale formând adevărate trombusuri și de aci abcesele metastatice. Deci, leucocitele impregnate de microbi fie prin plagă, mucosa digestivă sau respiratorie, or în urma unei osteo-mielite, se transformă în celule de puroi, și în această calitate străbătând în organism prin vene și limfatice produc toate leziunile clasice ale piemiei.

O singură chestiune rămâne de lămurit: Care este anume microbul piemiei? Cu toate că Klebs în 1879 a descoperit un microb special numit *microforum septicum*; Backert un microb piemic foarte asemenea cu bacterium termo; Hirschfeld alți microbi în formă de sfero-bacterii, iar Pasteur diplococi speciali puroiului și Rosenbach streptococi, astă-șic însă după multe cercetări s'a conchis că nu există un microb special și unic al piemiei ci mai mulți microbi sub diferite forme precum: stafilococcus aureus, albus, tenuis, streptococi și diplococi de alt-fel foarte comuni în or-ce supurație, dar cari aci, în raport cu stările diatesice ale individului și natura traumatismului, iaă un caracter

mai virulent imprimând piemiei o fisionomie cu totul clasică și particulară.

Diagnosticul se bazează pe traseul termic care în afară de simptomele generale constituie prin numărul și întinderea oscilațiunilor sale zilnice un tip cu totul clasic și patognomonic ce se asemănă în totul cu traseul septicemiei cronice.

Acest traseu să apropie de acela al febrei intermitente, dar aci oscilațiunile și accesele vin regulat în zile și ore fixe, pe când în piemie curba termică nu are nici o asemănare cu aceia din zilele precedente. Se deosebete de septicemia acută prin aceia că aci tipul nu e intermitent ca în piemie ci remitent, adică că în septicemie nici o dată nu observăm o apirexie complectă, temperatura rămăind tot-d'a-una d'asupra lui 8° pe când în piemie lucrul e contrar. În erisipel și limfangită avem tipul intermitent ca și în piemie, dar dacă ascensiunile sunt bruște, această temperatură de 40° și 41° nu cade brusc ca în piemie, ci se menține 24 sau 48 ore, iar după aceia survine o apirexie.

În ceia-ce privește tratamentul, toate mijlocele antiseptice intus et extra adesea sunt ineficace. Singurul lucru e ca din vreme, fără să așteptăm, să facem amputația membrului, singura capabilă de a scăpa viața bolnavului.

CHESTIONAR

Septicemia supra acută. Diferite numiri. Definiție. Relațiunea între puls, temperatură și respirație.

Simptomele: generale și locale; simptome la distanță. Leziunile anatomo-patologice. Patogenia; vibriionul septic al lui Pasteur. Experiențele lui Chauveau și Arloing. Caracterile microbului septicemic.

Septicemia acută și cronică, caractere clinice.

Infecția purulentă. Definiție. Simptome, forme clinice. Caracterul frisonului. Etiologia. Teoria metastasei, flebita supurată (Broca); trombosa și embolia (Virchow); embolia gresosă (Gosselin); diapedesa (Conheim); teoria modernă (Cornil). Natura microbului. Diagnosticul diferențial.

DESPRE ERISIPEL

(din ερώειν = a ocupa și πελάς = distanță; iar după alții din ερυθρός = roșu și πελός = livid).

Lecția XLVI.

Domnilor,

Erisipelul este o bătă generală febrilă, acută, specifică și contagioasă, caracterisată printr'o inflamație a peleii, însoțită de plăci roșii, limitate de un relief foarte sensibil.

După Cornil și Babeș erisipelul este o dermită superficială edematosă, cauzată de bacterii speciale.

Simptome. De și astăzi nu se mai admite o perioadă de incubare a erisipelului, totuși se descrie în această bătă 3 perioade:

Perioda I saă de invasie se anunță câte o dată prin ore-cari prodrome generale dar nu alarmante precum: o stare de slăbiciune, oboselă, cefalalgie, o senzațiune amară în gură, desgust de alimente, ignituri, epistaxe și o ușoră tensiune, greutate, și durere la presiune în jurul plăgei. Dar scena se deschide cu un frison din cele mai violente analog cu un acces paludic saă febră urinară.

După acest stadiu de frig intens care minimum trebuie să fie de 15 minute, putând să dureze însă o oră și mai mult, urmază o căldură insuportabilă și niște sudori foarte profuse. În general accesul este unic, une-ori însă se poate repeta anunțându-ne o nouă isbucnire erisipelatósă. Căldura este așa ne intensă în cât repede se urcă la 40—41° astfel că bolnavul se găsește în prada unei agitațiuni din cele mai mari. Simptomele generale cresc, și adesea—mai ales la alcoolici și anemici—poate să apară un delir furios. Din partea plăgei să întâmplă a nu constata aproape nimic de remarcant, afară numai de o ușoră roșetă caracteristică; dar mai tot-d'auna vom găsi o împăstare a ganglionilor correspondenți, ganglionii ce nu sunt dureroși spon-

tanat dar cari prin presiune deşteptă o durere foarte vie și constituie semnul cel mai important și patognomonic de invazia erisipelului.

Periôda II saũ de creștere or de progres, începe dupě 48 ore de la primul frison. Roșiata din jurul plăgei care abia era apreciaabilă se întinde în mod manifest luând forma de bandă, arc de cerc, constituind niște pete de un roșu deschis unde pielea e mai fină ca fața, pleópele, etc. saũ sombru, unde pielea e deja pigmentată precum la scrot, penis, etc. dar a căror colorație dispăre sub presiunea degetului pentru ca din nou să apară. Pe pielea capului roșiata nu există, dar presiunea provócă o durere foarte vie. Acéstă explorație e foarte durerosă, bolnavul plângându-se de o căldură desagreadabilă și înțepătoare. O dată cu stabilirea plăcei erisipelatoșe foarte bine limitată de un contur net, simptomele generale cresc în intensitate: temperatura rămâne ridicată la 40 saũ 41° și nu scade diminueța de cât cu 2, 3 diviziuni, menținându-se astfel 4, 5 zile până când treptat ajunge la normală.

Se întimplă ca defervescenta să se producă mai repede și brusca în casurii de *erisipel abortiv*, saũ să avem ascensiuni mai des repetate cari conrespund și ne anunță aparițiune de noi plăci erisipelatoșe.

Scăderea regulată a temperaturii ne arată forma obicinuită saũ benignă a erisipelului; pe când menținerea și durata sea ne arată o formă gravă de intoxicație și cu un pronostic fatal, în care cas temperatura se ridică chiar și pe cadavru și nu revine la normală de cât dupě 4, 5 și une-orii 6 ore dupě mórte.

Dupě modul de întindere saũ de progresie a plăcei erisipelatoșe precum și dupě unele particularități anatomo-patologice s'a dedus mai multe varietăți de erisipel. Astfel se numește:

I) erisipel *fix* când roșiata constituie o pată regulată, fără nici o întrerupere și cu marginele bine determinate.

II) *Erisipel serpiginos* al lui Velpeau, este când înainteză ca printr'un fel de săritură: o pată nouă apare lângă cea veche independent saũ abia unită cu dinsa printr'o fașie subțire dentelată. Alte 3-4-5 de asemenea pete apar în mod succesiv acoperind o largă suprafață.

III) *Erisipel migrator saũ ambulat* când înainteză fără nici o continuitate între plăci. Pata copleșește treptat țesuturile fără să lase în urma sea nici un segment intact și finește astfel să acopere spațieri largi intinzându-se pe fața, gât, spate, torace, abdomen, membrele inferioare și chiar întreaga suprafață a corpului. Câte o dată mersul e așa de iute că Verneuil îl numește erisipel *repede* (soudain) saũ dupe noi, *galopant*.

IV) *Erisipel eratic, vag saũ multiplu* când la o distanță mai

mult sau mai puțin depărtată de placa primitivă (încă nedispărută, apare una, două sau mai multe plăci separate între ele prin teritorii de piele sănătoasă. Iar când există o singură placă ast-fel depărtată și pe o regiune deosebită se chiamă *erisipel la distanță*.

V) *Erisipel metastatic* este când bóla dispăre brusc dintr'un loc stabilindu-se iarăși brusc pe o altă regiune. Ast-fel erisinelul póte să trecă de la față la organele genitale; de la ureche la picior și chiar de la tegumentul extern în mucósa organelor splachnice (vechiul erisipel medical).

Alfred Stillé în enciclopedie citéză un bolnav care, a șésea și dupe convalescența unui erisipel al feței și pielei capului, după ce ajunsese în períoda de desquamatie, fu coprins de un junghiú, tuse, febră, durere în gât, roșiata faringelui și raluri crepitante la baza plămânului drept; dupe 4 zile mórte. La autopsie s'a găsit o roșiata erisipelatósă ce se întindea de la faringe până în bronchele cele mai fine ce erau pline cu leucocite. Nicí epatisatie, nicí exudat crupal sau fibrinos ci numai un exudat caracteristic inflamațiunei erisipelatóse. Acésta probéză că erisipelul nu e o bóla locală ci o afecțiune respândită în întregul organism întocmai ca gutta, reumatismul, etc.

VI) *Erisipel edematos* când bóla e însoțită de o infiltrație de serositate în țesutul celular. Acésta se observă mai ales la albuminurici, nefretici, cardiaci etc. când și pronosticul e fórte grav.

VII) Erisipelul *flictenoid*, *bulos* sau *pemfigoid*; erisipel *emoragic* sau *echimotic* dupe cum la suprafața pielei se află bule, flictene sau infiltrațiuni sanguine introduse în grosimea plăcei, precum se vede la bătrâni și cahetici; formă seriósă dupe Verneuil căci ne indică o stare septicemică gravă și leziuni viscerale profunde.

VIII) *Erisipel flegmonos* studiat de Cadiat în 1874 constă în colecțiuni purulente sub epiderm, în derm, sub derm și chiar în țesutul celular sub cutanat. Mai adesea se desvoltă pe traectul vaselor limfaticе și numărul lor póte fi considerabil. Volkmann a numérat până la 30, iar Landouzy tatăl până la 65. Gosselin consideră aceste abcese ca o supurație de criză și insistă asupra benignității pronosticului său (exceptându-se flegmonul difus) căci deschiderea sau evacuarea lor spontanată aduce o ușurare mare bolnavilor cari în general se vindecă.

IX) *Erisipel gangrenos* este un accident fórte grav căci stă în raport cu stări diatesice și de cachexie a individului. Dinsul se observă pe regiuni cu pielea fină și țesut celular lax ca pleope, penis, scrot, etc.

X) *Erisipel cu repetiție* resultă din ascunderea microbilor în nas

urechi și alte anfractnosități ale pielii cari la cea mai mică escoriație se pot inocula. Astfel Heyfelder a arătat un erisipel apărut de 7 ori în 7 luni, iar Verneuil a tratat un bolnav având 115 erisipele(!?)

XI) În fine erisipel *menstrual* apare în mod periodic la femei unde câte o dată ține locul unui flux complimentar în momentul regulilor, iar alte dată ca flux suplimentar în casuri de amenoree sau menopausă.

Am avut în serviciul meu particular o spălătorésă care fiind la menopausă, în fie-care lună apărea pe figura sea o roșiata cu toate caracterele impunătoare unui erisipel care dupe 4—5 zile dispărea de a sine. Dînsa era alcoolică.

Perioda III sau de rezoluție or de declin. Când bóla este să se termine în mod favorabil, toate simptomele generale descresc în mod progresiv. Pulsul scade la 100, 75 sau 72, iar temperatura de la 41° se pogórá treptat la 40, 39 și apoi o defervescentă bruscă până la țifra normală.

Local, roșiata plăcei se șterge puțin câte puțin, edemul se risipește (iar une-ori ca la bătrâni edemul scrotului persistă, și dupe mai multe atacuri ia caracterul unui adevărat elefantiasis) pielea își reia moli-ciunea sea rămîind însă ceva mai roșie, iar epidermul cade sub formă de lame largi sau mici părțicele căzând la cea mai ușoră frecare ca și o pulbere; exfoliațiunea e analogă ca și în febrele eruptive.

Din punctul de vedere clinic, erisipelul ni se presintă sub două forme:

I) Forma tifoidă ce produce mórtea în II perioadă. Temperatura se ridică și se menține la 40 și 41° iar pulsul la 120, 130. Limba devine uscată și fuliginósă; balonarea pântecelui, diaree profusă și fetidă, delir, carfologie, ataxie, colóre subicterică a pielii și albuminurie ce prevestește un prost augur, căci bolnavul móre cu fenomene dinamice.

II. *Formă biliósă* care e mai rară dar și mai benignă, se arată prin eructațiuni, limba încărcată și galbenă, vėrsături bilióse abundente și frecvente, diaree, dureri la epigastru și o culóre icterică a mucóselor și tegumentelor.

Mersul e variabil: erisipelul clasic, fix, duréză 10-15 zile, pe când cel serpiginos și ambulant un timp mai îndelungat.

Trebue iarășși să știm că în momentul când erisipelul îl credem dispărut, reapare, iar alte dată chiar dupe dispariția completă recidivéză, ceia-ce prelungește durata normală.

Pronosticul e favorabil, căci grație mijlócelor antiseptice póte fi

combătut cu energie. Se exceptează erisipelul feței și capului ce aū o gravitate mai mare.

De sigur însă, că dacă pe lângă microbul erisipelului se mai adaogă și alți microbi septicemici capabili de a produce flegmone difuze, limfangite profunde și infecții purulente, pronosticul va fi fatal, nu din cauza erisipelului ci din pricina tocmai a acestui amestec de microbi. Acelaș lucru va fi cu indivizii cahectizați și cu diferite diatese cronice, unde erisipelul iarăși va fi fatal din cauza multor complicațiuni ce se pot ivi ca: pericardite, endocardite, miocardite, degenerescente vasculare și a organelor splachnice ca ficat, splină, rinichi, ulcerăționi duodenale, supurațiuni ale articulațiilor, peritoneului și plevrei etc. etc. dar toate aceste nu sunt leziuni proprii ale erisipelului clasic și simplu, căci virulența sea o capătă de la terenul pe care s'a grefat și unde produce o mórte fórte repede.

Diagnosticul. Se bazéză pe fenomenele locale: petele roșii cu conturul neted și pronunțat ce separă pielea inflamată de cea sănătósă; tumefăția regiunei, edemul, flictenele și sensibilitatea ganglionilor infatici conrespondenți constitue bazele diagnosei.

Traseul termic însă e cu totul patognomonic deosebinduse de febra traumatică și cele alte forme de septicemie. In adevăr:

I) ascensiunea temperaturerei în erisipel e bruscă, căci imediat dupe frisonul inițial, de o dată se ridică la 40, 41 și une-orī dar mai rar chiar la 42°.

II) Diminéta avem o remisiune de câte-va divisiuni saū cel mult un grad, pentru ca séra iarăși să se ridice dacă nu la aceeași cifră ca în ziua precedentă, cel puțin destul de aprópe de dinsa.

III) Că defervescentă complectă vine dupe 2-3 zile; putând observa noi ascensiuni ce ne vor indica aparițiunea unor noi plăci erisipelatóse.

Daū aci un traseū termic din cele mai clasice ale erisipelului cu forma benignă, luat de la D-nu Horia Rosetti, care în urma unei operațiuni de adenită inguinală supurată a căpătat un erisipel combătut cu succes în unire cu D-nii profesori Kalenderu, Assaky, Dr. Buicliu și Olchovsky. (Fig. 96).

In limfangită, tumefăția e mai mică, iar roșița fără limită bruscă de piele sănătósă are mai des forma de linii, urmând trunchiurile limfaticelor. Totuși de multe orī diagnosticul e fórte dificil mai ales că mersul temperaturerei e cam acelaș.

Eritemul are o pată ale cărei margini nu sunt abrupte și pronunțate; inflamația pielei e fórte superficială iar temperatura prea puțin ridicată saū chiar de loc.

Flegmonul difus prin roșiata neregulată, închisă, și umflarea edematosă a pielii se poate impune drept un erisipel, dar aci fenomenele

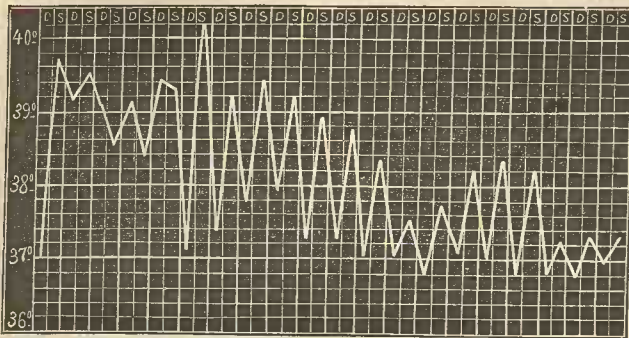


Fig. 96.

Model de traseu termic in erisipelul cu forma benignă.

locale sunt cu totul altele dupe cum vom vedea, iar mersul temperaturii e lent și progresiv, în raport cu producerea puroiului și absorpția materiilor septice.

Etiologia. Clinica observase deja că erisipelul se poate transporta de la om la om prin contagiune, mergând chiar până a lua un caracter epidemic, și de aci începu a se bănuși natura sea infecțioasă.

Hueter constatase prezența de monade în plăcile de erisipel, iar Nepveu și Orth prezența de microbacterii în bule și flictene. Mai târziu Recklinghausen a arătat, în spațiile limfatice ale pielii micrococi cari inoculați la animale determinară inflamațiunii difuse.

Dar în 1883 Fehleisen a arătat că singurul agent al erisipelului este un streptococcus ce poartă numele său. Acest streptococ izolat, cultivat și inoculat chiar la om din eróre, saũ cu scop curativ tot d'auna a produs erisipelul. Asemănarea acestui streptococ cu acela al flegmonului e foarte mare, astfel că Rosenbach susține că e unul și acelaș.

Deosebirea este dupe Cornil și Babeș că streptococul erisipelului este format din micrococi mai regulați și dau naștere la lanțuri iarășii regulate și mult mai întinse și lungi ca cel al flegmonului, iar cultivat pe gelatină ia o formă particulară comparată cu foile de fugeră.

Represint în fig. 97 aspectul ce ne oferă streptococul erisipelului cultivat pe agar-agar, figură luată din opera D-lor profesori Babeș și Cornil.

Ori-cum ar fi, acești microbi se găsesc în mare abundență în nivelul buretului ce limitează placa erisipelatoasă, pe când în centru sunt aproape dispăruți; acesta ne explică și modul de întindere a plăcei, ce se face prin inoculație dându-ne erisipelul ambulant. Mai mult, microbii se grămădesc în trama dermului, împrejurul vaselor sanguine și a rățelelor limfatice străbătând chiar până la lobulii gresoși din țesutul celular sub-cutanat și în foliculii piloși: de unde abcese, flegmone, limfangite, căderea părului, etc. Și iarăși, microbii aceștia intrând între spațiile celulare desfac stratul mucos al lui Malpighi, ridică stratul cornat, formând bulele și flictenele știute și în cari Nepveu a găsit streptococi.

În fine acești microbi strebat în interiorul vaselor, determină o mare diapedesă, intră în torentul circulator, alterează globulele roșii făcându-le mai crenelate, intră în parenchimul organelor, determinând steatoza și degenerescențe musculare; de aci pneumoniile, nefritele, miocarditele și diferite emoragii și ulceratii intestinale.

Tratamentul. Antisepticele intus et extra. Forma gravă însă resistă ori-cărui tratament. Cu toate că Kraske și Riedel preconisază incisiile chiar largi cu scopul că antisepticele să pôtă fi lesne absorbite, credem însă că în acelaș timp se pôte determina și noi inoculații; de aceea socotim că e mai bine a ne opri la băile antiseptice și la aplicațiune largă a punctelor de foc.

Vechea metódă de a circumscri placa erisipelatoasă cu creionul de nitrat de argint, de sigur e foarte logică, dându-se marea putere antiseptică a acestui compus chimic, și de aceea tot-d'auna se pôte obține reușite—daca microbul se află în stratul epidermic iar nu în corpul mucos al lui Malpighi sau profunzimea dermului.

Cu acest mijloc am reușit a opri progresul erisipelului în două rânduri la D-nu Horia Rosetti.

Colodium iodoformat iarăși dă rezultate din cele mai escelente.



Fig. 97.

DESPRE TETANOS

(din *τεῖνω - τετεινω τετεινω* = a întinde.)*Domnilor,*

Tetanosul este o afecțiune de origină parasitară, caracterisată printr'o contracțiune durerôsă, permanentă și cu redublări convulsive tonice, coprinzând aprópe toți muschii de relațiune aflați sub imperiul voinței nóstre.

Cunoscut încă din timpul lui Hippocrat, Galien, Celsius etc. descrierea sea clinică s'a făcut în ultimul secol, la care Larrey a contribuit fórté mult.

Simptomele. Billroth descrie un tetanos supra-acute, al cărui mers este așa de repede încât póte omori pe individ în mai puțin ca 24 ore. Bardeleben la rândul său citéză casul unui negru, care imediat în urma unei răniri a policelui, prin o spărtură de porcelan, fu apucat de tetanos și a murit după un sfert de oră de la accident. De asemenea Terrier a văzut un tetanos isbucnind după 15 minute în urma amputației unui deget al piciorului; bolnavul a doua și a murit.

Dar aceste casuri sunt mai raré, astfel că nu se admite de cât două forme: acută și cronică.

Cu tóte că tetanosul póte să apară une-oré fórté târziu de la accident, după Cooper, adică 20—30 zile, când plaga e deja cicatrísată, sau chiar și mai târziu, precum e casul lui Heincke, în care tetanosul a apărut la doi ani după rănirea nervului sciatic de un proiectil rămas în cicatriță sub nevrilem, totuși statisticele lui Mathieu bazate pe 650 observații, sunt fórté elocinte arătând că tetanosul în regulă generală apare între a 5 până maximum a 16 zi.

Mai tot-d'a-una există óre-caré prodrome ce constaú într'un fel de indispoziție generală, căscături, cefalalgie, o senzație de frig, și o mare tristețe.

Dupé autorií compendiului, putem observa o extensiune constantă a membrelor în timpul somnului.

Plaga ne oferă uscăciune a membranei granulóse, suprimarea saú și alterațiunea puroiului devenind negru și fetid; alte dáți însă nu se observă nimic.

Dar fenomenul cel mai important și asupra căruia a insistat toți patologiștii contimporani, este o durere destul de vie ce apare în nivelul plăgei. Acéstă durere plecată de la plagă se iradiază către centru în svăcnituri dureróse, contracțiuni convulsive, crampe vii și sgduituri de tendóne etc., fenomene ce ne anunță sigur invasiunea tetanosului constituind o adevărată *aură*, întocmai ca și în epilepsie.

Invasiunea tetanosului începe prin contractiunea muschilor masețeri, din care rezultă că ambele arcade dentare se string în mod convulsiv, așa că nu le mai putem separa. Acesta se chiamă *trismus* (a scrișni din dinți.)

Muschii cefei încep a se întări și ei, așa că bolnavul numai poate flexa nici întorce capul — *tigedita* lui Séverin.

Vin apoi muschii feței, cari prin contractiile lor trag comisurile buzelor în afară, ridică aripele nasului, încrețește fruntea, deschide larg orbicularii, iar ochii își păstrează mobilitatea mișcându-se în toate direcțiile sub niște pleópe cu totul imobile.

Aceste contractii dau feței o expresiune foarte singulară, semănând ca cum individul ar ride în batjocură, ar face grimaze, de unde numele de rîs *sardonice sau cinic*. În acest moment apare disfagia, ceia ce anunță că limba și faringele încep a fi prinse.

După acesta, restul muschilor voluntari ai corpului intră și densii în contractie, din care rezultă diferite atitudini și forme bizare ce iaă indiviđii.

Larrey numește *ortotonos* sau tetanos drept, când toți muschii corpului atât flexorii cât și extensorii sunt atinși de contractură; și din acest concurs sinergic, rezultă atitudinea corpului ce rămâne înțepenit întocmai ca o bară de fer. Acestă formă e foarte rară, căci în general tetanosul atinge numai unele grupuri musculare și anume: extensorii capului și a membrelor inferioare precum și *massa sacro-lombară*.

Forma numită *opistotonos*, este când tot corpul se află încovoiat înapoi ca un arc, și numai capul cu călcăele se sprijinesc pe pat. Când flexorii intră în contractie poziția e inversă, iar bolnavul are o atitudine semănând cu a unui *fetus in utero* adică: capul inclinat pe piept și cu membrele inferioare îndoite dând *embrostotonos* (tetanos în bulă, cocoloș de zăpadă, minge).

Alte dați numai muschii laterali ai corpului sunt prinși și atunci arcul de cerc sau încovoarea corpului va fi de o lature, formând *pleurostotonos*.

Acesta e contractia tetanică a muschilor, care aprópe fără nici o excepție începe: cu fața, gâtul, trunchiul și apoi membrele în mod invariabil.

Contractiunile musculare sunt așa de violente, încât nici o putere nu le poate învinge, mergând chiar până la rupere de mușchi.

Dar or-care ar fi sediul și întinderea rēului, contractia nici odată nu e permanentă sau continuă în mod uniform și în timpul întregii durate a bólei, ci oferă din când în când relaxări, este adică discontinuă, în

care timp bolnavul se repausază puțin. La cea mai mică mișcare însă, la cea mai ușoară emoție, în urma celei mai fugitive impresii, criza reîncepe, și acum de ordinar cu o violență și mai mare, ceia ce slăbește și descuragează foarte mult pe bolnav, neputându-se da nici un ajutor de frica reaparițiunii fenomenelor. Dênsul se află în tortura cea mai mare, căci e fript de sete, neputând lua nici o picătură de apă, având orore de dênsa, considerându-o ca agentul provocător al crizei; acesta constituie *tetanosul idrofobic* al lui Giraldès.

Contractiunile musculare luate cu pensa miografică a lui Marrey se caracterisă printr'o ascensiune bruscă, urmată de o linie de pogo-rire și apoi de o nouă ascensiune. Numărul vibrațiunilor date de fie-care sguidire musculară se ridică după Leclerc de la 300—600 pe minut.

În mijlocul acestor fenomene, inteligența de ordinar rămâne intactă, bolnavii plângându-se foarte mult de lipsa de somn. Alte dați, mai ales către finele vieței putem observa delir, ce se atribue asfixiei. Fomea și setea sunt foarte vii, și cu toate acestea bolnavul nu se pôte alimenta. Constipația e de regulă din cauza contractiunii muschilor abdominali și a sfincterilor anusului. Unii bolnavi au disurie, strangurie, sau retenție complectă. După Charcot și Bouchard urea este mărită; în casuri grave găsim albumină. Fața, mânilor și pielea uneori injectată; alte dați devin reci, anemice și acoperite de sudori iarăși reci și lipiciose.

Pulsul repede devine febril, stând în raport cu intensitatea contracturelor și pûtându-se urca chiar până la 180 după Giraldès, în casuri mortale. Temperatura în general e foarte crescută, începând de la 40, 41, 42 și chiar 44,7 într'un cas al lui Wunderlich! pûtându-se menține și mări chiar și după mörte.

Causa ipertermiei s'a esplicat în diferite feluri.

Beclard, Ziemssen, Charcot, Bouchard, și Jacoud o atribue contractiunilor musculare, cari în timpul acestui travaliu mecanic, produce un esces de căldură.

Cum se esplică însă casurile de tetanos fără temperatură ridicată cu totă contractia musculară, precum și persistența și ridicarea temperaturii după mörte, când contractiile lipsesc? . . .

Unii au invocat leziunile măduvei care e regulatorul căldurei, dar aceste leziuni nu sunt constante și nici n'au fost tot-d'a-una găsite. Tot acelaș lucru e și cu ideia lui Verneuil care atribue febra la pneumonii, broncho pneumonii și alte complicații inflamatorii.

Peter invocă starea sângelui venos ce se produce în momentul contractiilor musculare, sânge care fiind mai cald ca cel arterial pro-

duce ipertermia. Dar în tetanos asfizia fiind lentă, ar trebui să avem o scădere a temperaturii, căci ridicarea să produce numai în asfizia repede. Deci nimic de pozitiv.

În ceea ce privește *tetanosul cronic*, dănsul se caracterisă prin apariția tardivă, prin absența de *aură* și prin aceea că contracțiunile sunt mult mai limitate, de o intensitate mult mai mică, de redublări rari și deci de adevărate remisiuni lungi, ce dau timp bolnavului de a se restabili. Când nu există recidive și bóla trece peste 3 săptămâni, bolnavul în general se vindecă. În orice cas, pronosticul de și nu tot-d'a-una fatal este însă foarte grav, dând o mortalitate după *Mathieu* de 80 la sută.

Cum se produce mórtea? După unii și acesta e probabil, prin asfizie provocată prin spasmul laringeal, iar acesta prin contracția muschilor glotei ce determină o sufocație imediată. Oprirea spasmodică a cordului său paralizia sea reflexă precum și congestiile ipostatice ca și flegmasiile broncho pulmonare încă pot fi invocate.

Anatomia patologică. Prima idee ce a condus pe autorii, a fost de a examina starea sistemului nervos; și nu a fost leziune care să nu se fi constatat pentru ca în urmă să fie negată de alții. Astfel s'a incriminat pe rând congestia cerebrală, îngroșarea ventriculelor laterale, creșterea volumului și greutatei cerebrului, proliferatia elementelor celulare a corpului striat, degenerescența coloidă a cerebelului etc., apoi meningita bulbo spinală, injecția, îngroșarea și aderența piei mater, diferite emoragii; din partea măduvei se arătară că e roșie, ramolită, inflamată, sclerosată, pigmentarea celulelor córnelor anteriore; difluența substanței medulare ocupând umflătura lombară sau cervicală, după cum focarul traumatic atinge membrele superioare sau inferioare. (*Broca*) etc. etc.

Charcot ar fi găsit o mielită centrală supra-acută, iar *Amidon* în 1878 alterațiuni particulare în dreptul energenței nervului ipoglos, spinal, pneumogastic, auditivul și glosso-faringeul dându-ne cheia explicațiunii disfației, contracturilor, spasmului laringeal etc.

Dar toate aceste leziuni primitive, împreună cu altele secundare, ca congestii și inflamații pulmonare și diferite alte flegmasii viscerale, nu au nimic de constant, așa că une-ori găsim una sau mai multe leziuni, iar alte dată absolut nici cea mai mică alterațiune.

Etiologia și patogenia. Toate felurile de plăgi, plecând de la simple înțepături și până la zdrobiri complete și totale pe orice regiune a corpului se pot complica de tetanos. Dar în prima linie intră *plăgile de la degetele mânilor și picioarelor*, și în urmă plăgile organelor genitale, ca circumcisia, punctiile de hidrocel etc.

Larrey și Dupuytren au observat că legătura nervilor predispune la tetanos, de unde și izbucnirea sea în castrație și ovariotomiї cu ocazia legăturii cordonului și ligamentelor largi în *massă*, lucru ce trebuie să evităm pe cât e posibil.

Dar tetanosul poate să apară chiar și fără existența prealabilă a unei plăgi, și ca probă e că s'a observat în simple contuziuni pe regiunea dorso-lombară, în căderi pe cefă, fese, testicule, în fracturi și luxații simple adică necomplicate de plagă; ba ce e mai mult, chiar și după o cicatrizare perfectă. Stările constituționale debile și rasa neagră predispun în mod manifest la tetanos, fără ca etatea să jöce vre-un rol, căci atât tinerii cât și bătrânii împreună cu copii (în urma tăerei cordonului ombilical) pot fi de o potrivă coprinși. Bărbații, probabil din cauza profesiilor, sunt mai des atinși ca femeile. Starea morală, frica, descuragiarea iarăși jöcă un rol important mai ales în timp de răsboi, când un sgomot repede, neobicinuit, excitant, chemarea subită sub arme, bubuitul puștilor și al tunurilor, sunetul clopotelor în timpul nopței etc., producând o sdruncinare a sistemului nervos, fac că rana cea mai mică se complică de tetanos, la care nu puțin contribuie variațiunile bruște de temperatură și privațiunile la cari sunt supuși bolnavii.

Cea mai veche teorie, relativă la mecanismul și natura tetanosului este aceea a unei bóle musculare, a unei acumulațiuni anormale de oxigen în mesele musculare, sau în fine a unei leziuni speciale de natură reumatismală a țesutului conjunctiv aflat în mușchi etc., teorii considerate de mulți ca o pură fantesie.

Cu toate acestea am vădut un cas de tetanos acut tip, în timpul internatului meu în serviciul prof. Turnescu, de o natură reumatică. Era vorba de un farmacist, care viind de la o petrecere în timp de erno în timpul nopței, a doua zi fu cuprins de un tetanos, care a durat o lună de zile, terminându-se prin vindecare completă. De atunci sunt 10 ani și bolnavul e pe deplin sănătos. Singurul tratament a constat în ventuse și bromur de potasium în doze mari.

Alți autori ca Brown Sequard, observând nevrite și diferite alte alterațiuni în plăgile degetelor de la mâini și picioare stabiliră *teoria nervoasă* susținând că firele sensitive rupte sau contuzionate pot să excite centri nervoși, cari în urmă ar lucra prin spasmi și contractiuni musculare. Deci în urma unei excitațiuni sau iritație nervoasă periferică se produce o supra activitate funcțională a părților superioare a măduvei, în urma căreia densa prin acțiune reflexă, patologică, determină contractiunile musculare cu sau fără ridicare de temperatură. Acastă teorie părea cu atât mai adevărată cu cât nevrotomia sau

secțiunea unui trunchiū nervos ca sciaticul, adusese chiar vindecarea tetanosului.

Billroth în particular a susținut teoria *umorală* dupe care tatanosul rezultă dintr'o intoxicațiune specială, dintr'o otravă hemică saū analogă cu o ptomaină fabricată de plagă saū venită din afară, și care in-trată și absorbită în organism altereză lichidul sanguin, în urma căruī lucru măduva fiind excitată se produc contractiile tetanice.

Lister dădu un sprijin fôrte puternic acestei teorii, arătând că grație pansamentelor sale antiseptice, în timp de 6 ani n'a observat nici un cas de tetanos.

Astăzi natura microbienă a tetanosului este în afară de orī ce indoială în urma descoperirei lui Nicolaer 1884. Acest autor studiind microbii din pământ a găsit bacilul ce pörtă numele seū și care are forma unui *ac cu gămlie*, unui *cui de potcovă saū ciocan de tobă*, adică un bacil drept prezentând la extremitatea superiôră o umflătură ce nu e de cât spora înconjurată de o substanță gelatinosă. Tôte cercetările ulterioare și esperiențele făcute cu acest bacil izolat și cultivat, aū probat până la evidență și în mod sigur producerea tetanosului la tôte animalele unde acest bacil a fost inoculat.

Proveniența sigură a acestui bacil din pământ constituie teoria *telurică* a tetanosului, teorie ultimă și cea mai pozitivă.

Verneiu, bazat pe faptele clinice că mușcăturile de cal mai tot-d'auna produc tetanosul, a stabilit teoria *equină* a acestei bóle. Dênsul susține că băligarul cailor ce conține microbul este acela care infecteză pământul unde se aruncă aceste escremente. Mai lesne însă putem admite infecțiunea calului prin fanul, ovêzul și orzul eșite din pământ ce conține în sine bacilul. Și probă e că nu numai calul dar și tôte erbivo-rele pot poseda în ele bacilul tetanosului. Ba ce este mai mult, într'un cas fôrte cunoscut, unde o țandără de lemn străbătând în degetul unui individ și producând un têtanos mortal, s'a găsit bacilul lui Nicolaer nu numai în plagă dar și în noroiul ce murdărise bucata de lemn din care provenise țandăra.

Simptomele și fenomenele tetanosului sunt așa de clasice în cât bóla se recunoște imediat fără a mai fi trebuință de nici un diagnostic diferențial.

Cu tôte acestea atențiunea atrasă de d. prof. Kalenderu asupra *tetaniei* față cu tetanosul este fôrte justă, mai ales când tetanosul se desvoltă pe o parturientă.

Reproduc din observația publicată de d-nul intern Manicatidi principalele puncte pe carī putem stabili diagnosticul diferențial:

Tetania începe prin membrele superioare, sau foarte rar prin membrele inferioare și rămâne limitată foarte adesea la una sau mai multe grupe de mușchi; accesele de tetanie sunt intermitente (Dance, Trousseau). La bolnavii de tetanie se mai observă două simptome, considerate ca patognomonice, pe care le-am căutat, dar nu le-am aflat la bolnava noastră, anume: Semnul lui Trousseau (producțiunea accesului de contractură prin compresiunea cordónelor vasculo-nervoase principale ale membrului atins) și semnul lui Weiss (contractiunea mușchilor feței când percutăm regiunea vecina de unghiul extern al orbitei) ¹⁾.

Tratamentul. Tóte intervențiile chirurgicale au fost fără efect. Ast-fel: extirparea cicatriței (Annandale), cauterizarea plăgei, debri-dările și secțiunea nervilor ce plăcă sau vin către plagă, în care intră nevrotomia, nevrotipsia, polinevrotomia chiar (Larrey și Litiévant) elongatia nervilor (Blum, Chauvel, Panas, Nüssbaum, Callander) amputațiile de membre, etc. Astăzi din nou se desbate chestiunea amputațiilor de membre, susținându-se că ridicându-se plaga, se suprimă infecția organismului prin suprimarea toxinelor secretate de microbii din plagă. Căci se afirmă că microbii nu străbat în intimitatea organismului ci numai toxinele lor, și focarul acestor toxine fiind plaga deci trebuie să o ridicăm. Dar tóte aceste n'au dat de cât succese relative și chiar contestate de unii ca fiind vorba de forma cronică a tetanosului care în general se vindecă de sine și deci tóte mutilațiile au fost făcute în mod gratuit.

Trebuie să recunoștem ca singurul tratament ce a adus folose este cel medical și profilactic. Vom îngriji deci bine plăgile în mod antiseptic riguros; vom sustrage pe individ de la cea mai ușoră emoțiune sequestrându-l într'o cameră cu totul izolată, și'i vom administra doze masive de morfină și cloral în cantități înspăimântător de mari și în timp îndelungat mergând până la 18, 20 și 25 grame cloral pe zi și 7, 8 și 10 centigrame și chiar un gram de morfină în injecții. Puterea de rezistență a tetanicilor în fața acestor anestesice e colosală. Ast-fel găsim în autori că un copil slăbănog și numai de 14 ani a consumat în 46 zile 106 grame cloral și 220 centigrame de morfină. Un alt bolnav a consumat în 38 zile 900 grame de cloral și 2 kilo 500 grame cloroform. Iar un altul în timp de o lună a băut în fie-care zi câte 25 grame de cloral!

În timpurile din urmă injecțiile sub cutanate de acid fenic 1 % făcute dupe metoda lui Baccelli din Italia au dat cele mai bune rezultate și face a fi ultimul tratament rațional și sigur al tetanosului.

Am văzut în serviciul d-lui prof. Assaky un cas de tetanos tratat prin această metodă cu deplin succes.

¹⁾ Veđi *Spitalul* No. 16. anul 1892.

D-nul prof. Kalenderu a publicat în ziarul „Spitalul“ câte-va observații de tetanos vindecate iarăși prin injecții de acid fenic.

Gangrena nosocomială, *putreziciunea de spital, ulcer putrid, sordid sau gangrenos, tifosul traumatic, difteria plăgilor etc.*, este o bôlă ce se caracterisă prin producerea la suprafața plăgei a unei exudații pseudo-membranóse sub care țesuturile se ulceréză și se gangrenéză.

Acéstă bôlă care din norocire a dispărut cu totul, grație anti-sepsiei moderne, apare în aceleași condiții etiologice ca tóte complicațiile septice.

Forma sub care ni se presintă este cea ulcerósă și membranósă stabilite în mod clasic de Delpech.

Cu sau fără prodrome, bolnavul e coprins de o durere fôrte vie în nivelul plăgei, care după ce se acopere de o membrană subțire, vedem ici coala puncte roșii, echimotice, ce repede se transformă în ulcere găunóse, cari devenind confluențe róde întréga plagă deslipindu-i marginele și avénd o tendință de distrugere atât în adâncime cât și în suprafața. Distrucția și putrefacția e așa de mare în cât vase-nervi, mușchi, articulații tóte sunt deschise, iar membre întregi cad în gangrenă însoțite de emoragii une-orî mortale.

Forma pulpósă care e cea mai frecuentă se caracteriză prin o falsă membrană fôrte grósă, de o culóre griză ce acopere plaga. Dénsa se umflă din ce în ce mai mult și finește prin a cădea în lambouri lăsând în loc despicături mai mult sau mai puțin largi prin cari se scurge un lichid ichoros extrem fetid, numit de Ambroise Paré *puturoșie cadaverică*.

Mersul câte o dată e așa de repede în cât nu numai vasele și articulațiile se deschid, dar și însuși pãreții toracici și abdominali se distrug punénd în evidență plămâni, cordul și cele alte organe splacnice.

Causa intimă a acesteï bóle încă nu se știe. Se crede însă că e de aceiași natură cu difteria și produsă de acelaș microb; și acésta pe considerațiunea că gangrenele ce complică difteriile grave sunt analóge cu acelea produse de gangrena nosocomială.

Mai mult, Heine tratând rãniții coprinși de acéstă bôlă fu el însuși atins de angină difterică; iar Oto Webber care i-a succedat în serviciu, fu coprins de angina difterică mortală.

Simon în aceleași condițiuni identice a transportat angina difterică la doi copii din familia sea cari aũ murit.

Tratamentul trebuie să fie din cele mai energice, iar terul roșu și zéma de lămâe aũ dat rezultate bune, cu tóte că mortalitatea e enormă ridicându-se la 80 la sută.

C H E S T I O N A R

Erisipel. Definiție. Erisipel fix, serpiginos, migrator, eratic, metastatic, edematos, flictenoid etc. Forme clinice: tifoidă, biliósă. Caracterile bacilului.

Tetanos. Definiție. Simptome. Tetanos supra-acut, acut și cronic, Trismus, tixedita, ortotonos, opistotonos, embrostotonos, pleurostotonos. Caracterile contracțiunilor musculare. Numărul vibrațiunilor. Causele ridicării de temperatură. Opiniunea lui Bouchard, Charcot etc. Opiniunea lui Verneuil, a lui Peter. Causa morței. Anatomia patologică neconstantă. Etiologia. Opinia lui Larrey și Dupuytren; stările constituționale; starea morală. Teoria nervósă, teoria humorală și bacilară. (Nicolae.) Forma microbului. Teoria telurică și equină. Tratamentul. Narcotice și injecții subcutanate de acid fenic.

Gangrena de spital. Caractere. Forma pulpósă și ulcerósă.

PATOLOGIA CICATRITELOR.

Lecția XLVII.

Domnilor,

Ați văzut că în urma plăgilor prin instrumente tăioase or contondante, pielea ca și cele alte părți moi pot fi secționată sau ricate într'o întindere mai mult sau mai puțin mare. Repararea acestei perderi, fie că se face prin prima or a doua intenție, se obține prin producerea unui țesut de nouă formație numit *cicatriță*; iar când e vorba de oșe se cheamă *cal*.

Cicatrița, numită de Depuytren *țesut de cicatriță*, iar de Delpech *țesut inodular*, se caracterisă prin aceea că deși înlocuește pielea, nu posedă însă absolut nici unul din elementele acestui organ, ci e formată dintr'un țesut dur, solid, resistant, de o culoare albicioasă, sëmănând prin aspectul seü cu mușchiul de bröscă (autorii compendiului) și compusă din fibre încrucișate în diferite sensuri apropiindu-se mai mult de țesutul fibros de cât de orice alt țesut al economiei.

Cicatrița fiind lipsită de nervi, foliculii piloși, glande sebacee și sudoripare, ni se presintă cu un aspect uscat, slab, fără păr și cu o sensibilitate foarte obtusă. Afară de acesta, țesutul seü în urma proprietăței retractile sugrumă vasele, de unde paliditatea și absența orii cărei colorațiuni.

Cicatrița pöte să fielinară și mobilă când plaga a fost superficială iar reunirea s'a obținut prin prima intenție; din contra, este de o întindere mai mult sau mai puțin mare și aderentă cu părțile subjacente în casuri de reuniri prin II, III sau chiar IV-a intenție.

Proprietatea cea mai principală a unei cicatrițe fiind de a se retracta în mod continuu și a reveni asupra ei însăși, tinde a atrage către densa părțile vecine schimbându-le raporturile normale și impedându-le a și îndeplini funcțiunile destinate, constituind ast-fel diferi-

tele diformităţii. Autorii şi în special Panas au stabilit următoarea diviziune: *cicatriţe diforme, cicatriţe bolnave şi diformităţi prin cicatriţă*.

O cicatriţă este diformă în orice caz, căci or cât de îngustă şi regulată ar fi, densa tot-d'auna va atrage atenţiunea prin colórea şi aspectul său cu totul deosebit de restul pielei normale, plus diferitele sbârcituri şi ridicături ce poate presenta. Cu toate acestea, cicatriţa numai atunci se consideră ca diformă când caracterele ce o constituie devin prea pronunţate sau ia o dezvoltare prea mare. Ast-fel:

I) Cicatriţă diformă *prin coloraţiunea sea*. Acésta se observă în arsurile prin deflagraţiunea prafului de puşcă; în pansarea plăgilor cu emplastro colorate; cauterisări des repetate cu nitrat de argint etc. cari toate coloréză în mod foarte puternic cicatriţele făcându-le diforme prin aspectul disgrăţios ce capătă, mai ales când au sediul pe faţă, gât sau alte regiuni susceptibile de a fi văzute.

II) Cicatriţa este încă diformă când ia o dezvoltare mare fie în grosime sau înălţime (cicatriţe exuberante). În acest caz constatăm pe suprafaţa sea o mulţime de mese vegetante albe sau roşii de o consistenţă fibrósă, numite tumori vegetante, iar de Velpeau cheloid cicatricial sau cheloid fals ¹⁾.

Aceste ridicături mamelonate în general sunt sesile, conice, tur-tite, mai mult tari de cât moi. De ordinar puţin vasculare; une-ori însă se ved străbătute de răţele venóse dilatate; ţesutul său de un alb închis scârţae sub scalpel, iar trama e formată de fibrile conjunctive şi elastice; se observă încă o mare abondenţă de corpfi fibroplastici în mijlocul cărora Malassez şi Landouzy n'au putut găsi tubi nervoşi (Reclus şi Duplay).

Toţi autorii au recunoscut că acest fel de cicatriţă diformă e în strânsă legătură cu starea limfatică sau scrofulósă a individului.

Represint aci un model de cicatriţă diformă luat din serviciul meu. (Fig. 98).

Casul este următorul pe care'l public mai mult din punctul de vedere al dificultăţilor operatorii:

Elisaveta Vlădescu, de 17 ani, din Vâlcea, a intrat în spital la 15 Mai 1892. Ca antecedente ereditare: menstruele au apărut la 15 ani; bolnava declară că n'a suferit de cât de dureri de ochi în copilărie. Acum 2 ani spărgându-se o lampă cu petrol, bolnava a fost arsă producându-şi combustiuni de gradul al III-lea şi al IV-lea în regiunile ocupate azi de cicatrice. Pacienta s'a căutat a casă la ţară prin alifii şi îngrijiri băbeşti timp de 3 luni de zile.

¹⁾ Cheloid din $\gamma\eta\lambda\eta$ —picior de rac, nume dat de Alibert din cauza asemănării ce ar avea aceste ridicături cari une-ori apar în mod spontanat, în general pe partea anterioară a toracelui, purtând numele de cheloid adevărat.

Starea locală. Pacienta prezintă 8 mari cicatrice toate în partea dreaptă: a) una care ocupă urechea dreaptă se întinde în jos până la osul ioid având o lungime de 14 c.m. iar lățime 10 c.m. mergând înapoi pe totă regiunea paroti-



Fig. 98.

Model de cicatriță diformă situată pe urechea dreaptă în urma unei arsuri cu petroliu.

dienă, mastoidienă și parte din regiunea cefei, b) o altă cicatrice iarăși mare și analogă cu cea precedentă ocupă epoletul drept coborându-se în jos până la extremitatea inferioară a brațului, iar în lături pe partea laterală a toracelui; c) mai există încă o altă cicatrice ocupând tabachera anatomică de la mâna dreaptă. Tote

aceste cicatrice sunt foarte proeminente, de coloro roșietică și cu o mulțime de bride încrucișate în toate sensurile mărginind unele niște adâncimi în formă de cavități chiar de 2¹/₂ c.m. putând permite introducerea pulpei indicatorului. Aceste cicatrice de și pronunțate și cu o înălțime destul de mare totuși nu prezintă porțiuni mame-lonate, ci mai mult plăci întinse și groșe; dênsele sunt mai puțin sensibile ca tegumentele sănătoșe iar la frig capătă o coloro violacee. Fenomenul cel mai principal și care a determinat pe bolnavă să intre în spital, este o mâncărime insuportabilă, persistentă și continuă.

Cicatricea situată pe ureche preocupă mai mult pe bolnavă pentru care cere suprimarea ei din cauză că'i desfigurază fața. Grosimea acestei cicatrice este destul de mare așa în cât pavilionul urechei are o grosime de 14 m.m. pe când al celei sănătoșe 7 m.m. Orificiul conductului auditiv extern este aproape închis având 3 m.m. în diametru iar în partea sănătoșă 15 m.m.

Sub aceste cicatrice se simt bride și îngroșarea țesutului celular ceea ce face că cicatricea de și în aparență mobilă în sens lateral, este cu toate acestea aderentă de părțile subjacente.

La 31 August 1892 am procedat la operație căutând a extirpa această cicatrice. Am tras o incisie de 9 c.m. de sus în jos, în afară de marginea ce privește fața, mergând până sub bărbie. Apoi o altă incisie în afară și în sus de aceeași lungime; extremitățile fiind reunite prin mijlocul cicatricei s'a format un triunghiu isoscel cu vârful înainte, baza înapoi.

Disecția cicatriței a fost din cele mai dificile nu numai prin aderența sa cu părțile profunde, dar și prin aparițiunea de vase importante; totuși cu multă precauțiune, avându-se în vedere această regiune destul de periculoasă, am putut ridica cicatricea circumscrișă în totalitatea ei, rămăind fundul plăgei acoperit cu țesut gresos; am excisat apoi cu fôrfecele curbe porțiunii de cicatrice ce nu se putuseră diseca. După acesta am confecționat un mare lamboș cutanat în lungime de 15 c.m. iar în lățime de 5 c.m. în modul următor: De la unghiul inferior al bazei triunghiului am tras o incisie curbă în jos și înainte atacând pielea sănătoșă din regiunea gâtului; după aceia disecând acest lamboș, prin alunecare și ușoră torsione a pediculului am acoperit tótă suprafața sângerândă rezultată din ridicarea cicatricei. Am aplicat 34 puncte de sutură înlocuindu-se ast-fel perderea de substanță printr'un lamboș de piele normală.

La 4 Septembrie desfăcându-se pansamentul constat că o porțiune din lamboș corespundând cu baza este cu totul prinsă, având o întindere de 3 c.m.; restul însă de 7 cm. s'a sfacelat și retractat așa de mult în cât rămăsese cu desăvârșire îngust.

Resultatul definitiv: înlocuirea cicatriței prin lamboș de piele normal în întindere de 5 c.m. lățime; restul care nu s'a prins s'a transformat într'o nouă suprafață quasi-ulcerată, de ôre-ce cicatrizațiunea prin burgeonare nu progresază câtuși de puțin. În plus, fie-care punct de sutură este transformat în cicatrice exuberantă cu caractere de cheloid. De aceia am fost silit a recurge la grefe cutanate precum se vede în ultima figură.

În fine cicatrița e diformă când e foarte *aderentă* de părțile subjacente și în special de extremități osôse. Dênsa se observă în urma unor lungi supurațiuni de tumorî albe, carii și necrose, abcese cazeôse ale epididimului, în fistulele dentare etc. etc.

IV) *Cicatrițe bolnave.* Plecând de la o simplă mâncărime, cicatrița poate deveni sediul unor dureri câte o dată intermitente sub formă nevralgică, iar alte dăți continue și de o intensitate foarte mare. În adevăr, se întâmplă ca în țesutul cicatricii să fie prins vr'un firșor nervos sau să se desvolte într'ênsa adevărate nevrome. Cicatricile mai devin dureroase și în timpul umidității, a unei furtuni sau or-ce schimbare de temperatură, așa că o cicatriță pentru unii bolnavi constituie un adevărat barometru!

Lăsând la o parte predispoziția cicatrițelor aderente de a fi sediul ulcerelor rebele, trebuie să știm că dênsele se influențază foarte mult de diatesa sub care se găsește individul. Ast-fel constatăm în cicatrițe ulcere sifilitice, tuberculose, artritice și chiar desvoltare de neoplasme ca epiteliome, sarcóme, cancere etc.

Fiind vorba de o simplă durere nevralgică vom recomanda opia-ceele și combaterea diateselor.

Daca e vorba de un nevrom îl putem extirpa; precum iarăși vom interveni în mod energic aflându-ne în fața unei tumori neoplasice fie ea primitivă sau secundară.

V) *Diformități prin cicatriță.* Fiindu-ne cunoscut retractorul inerență a țesutului înodular precum și tendința irezistibilă ce au mugurii cărnoși de a contracta aderențe solide între dênșii, lesne ne putem explica diformitățile ce vor rezulta în urma acestui fenomen.

Și în adevăr, dacă nu luăm precauțiunile de timpuriu ne vom afla în fața unor adevărate desastre. Ast-fel, adesea vedem degete lipite, organe deviate și cu totul schimbate din raporturile și direcțiunea lor normală: pleoapele ochilor se vor resfrânge în afară, înăuntru, sau se vor lipi între ele compromițând cu totul organul vederii. Nările nasului se pot astupa, iar orificiul bucal să se închidă prin lipirea buzelor; capul în flexiune forțată lipindu-se cu bărbia de torace. În fine se observă cele mai teribile diformități cari adesea devin iremediabile precum: lipirea penisului de scrot, a cóspselor între dênsele, a brațului de torace și a gabei de cósă în flexiune forțată.

În fig. 99 luată din serviciul meu, se poate vedea în ce grad de deformație se găsește membrul unde gamba e cu totul fixată de cósă.

Daū aci observația acestui cas interesant mai cu deosebire din punctul de vedere al tratamentului, unde se va vedea în ce mari dificultăți ne găsim voind a opera niște asemenea diformități; observația a fost luată cu multă îngrijire de d. Pucerea, extern în serviciul meu:

Observ. Pacientul Mehemet, de naționalitate Turc din Caraiambol (Bulgaria), de 10 ani, intră în serviciul D-lui Dr. Kiriac, în ziua de 30 Aprilie 1892, suferind de flexiune aproape completă a gabei pe cōpsă în unghiū ascuțit, în urma unei vechi cicatrice prin arsură.

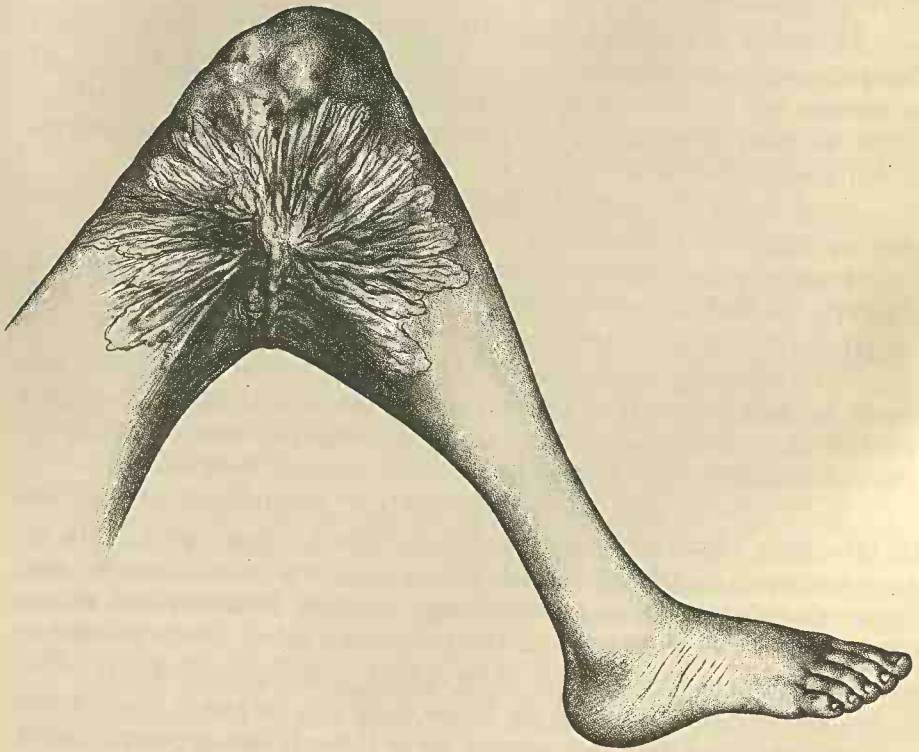


Fig. 99.

Model de diformitate prin cicatriță în urma unei arsuri rău îngrijită.

Acum 3 ani, stând lângă vatra în care era jeratec mult, a adormit; în timpul somnului a căzut peste jeratec și și-a aprins pantalonii de pânză cu care era îmbrăcat. Speriat, a început să alerge prin casă și să strige după ajutor, care nevenindu-i la timp, focul i-a cauzat arsuri mari pe totă fața externă a genunchiului și a regiunilor vecine de pe cōpsă și gambă.

Pacientul a fost căutat în mod empiric; și după un an de zile plăgile s'au cicatrizat cu diformitatea arătată. Acastă atitudine a membrului a fost înlesnită de obiceiul ce au Turcii de a sta continuu în pozițiunea ședândă, cu gamba în crucișate și mai des flexate pe cósă.

Starea prezentă. Pacientul debil, palid, presintă pe fața externă a genunchiului o cicatrice retractată, fibrósă și dură, care se întinde în sus până la jumătatea cóspei, iar în jos până la jumătatea gambei; cicatricea forméză un fel de punte de unire între cósă și gambă, cari aderă prin fețele lor posterioare și externe pe o întindere de $19\frac{1}{2}$ cm.

Cicatricea mai grósă și dură la mijlocul ei, corespunde just la nivelul indoitureri genunchiului; e mai môle și mai puțin grósă la margini, unde é cutată-cutele au o direcțiune convergentă spre mijlocul cicatricei, dându-i astfel un aspect radiat. Cicatricea se întinde prin o prelungire și pe fața internă a indoitureri genunchiului, făcând să adere și aci tegumentele cóspei cu acele ale gambei, pe o întindere aproape de 2 decimetri.

Din cauza cicatricei, gamba stă în flexiune permanentă, formând cu cósă un unghiú ascuțit, așa că în extensiunea cea mai forțată călcăiul membrului bolnáv nu ajunge deát până la genunchiul membrului sănátos. Genunchiul e deformat. Palpând, constatám că tibia și femurul se ating numai în parte, și anume numai prin fața posterioară a condililor femoralí și partea posterioară a platoului tibial. Platoul tibial e depártat de femur, așa încât putem angaja un deget întreg între extremitățile acestor două óse. Tibia e mobilă pe femur, având mișcările de flexiune și de extensiune însă limitate din cauza aderării tegumentelor, ce acoperă gamba și cósă în părțile lor superioare.

Mișcările de lateralitate în drépta și în stânga precum și de rotație și circumducție ale tibiei pe femur sunt fórte întinse, ca la o enartrosă. Rotula e frasă în jos și așezată pe troclea femorală, acoperind mai mult condilul intern; ea e puțin mobilă pe trocleă, și vârful ei e depártat aproape cu $1\frac{1}{2}$ cm. de platoul tibial. La nivelul rotulei se găsește o bursă serósă, formând o tumóre proeminentă, môle și fluctuantă de mărimea unui mër mic.

Atât cósă cât și gamba, sunt mult mai puțin dezvoltate de cât cele dela membrul opus. Iată rezultatul măsurătorilor :

	drépta	stânga
Dist. de la spina-iliacă antero-sup. la extr. femur . . .	41 cm.	43 cm.
„ „ platoul tibial la maleola externă	$29\frac{1}{2}$ „	$33\frac{1}{2}$ „
Circumferența la jumătatea cóspei	31 „	35 „
„ „ „ gambei	18 „	$21\frac{1}{2}$ „
„ „ „ deasupra maleolelor	$13\frac{3}{4}$ „	$17\frac{1}{2}$ „
Lărgimea feței anter. a tibiei la nivelul tuberosității . .	$3\frac{3}{4}$ „	$4\frac{1}{2}$ „
Lărgimea feței anterioare a tibiei la mijlocul ei	2 „	$2\frac{1}{2}$ „
Lungimea piciorului (călcăiu, vérf. degetului mare) . .	$19\frac{1}{4}$ „	21 „
Grosimea piciorului la jumătatea talpei	18 „	21 „

Tóte acestea arată în mod evident o atrofie destul de pronunțată a întregului membru inferior drept în raport cu cel stâng, atrofie provocată de prezența cicatricei, care determinând diformitatea descrisă, a oprit membrul a-și îndeplini funcțiunile fiziologice.

14 Maiú. Operație. După ce s'a făcut toaleta regiunii și s'a obținut anestesia bolnavului, D-lú Dr. Kiriac face cu bisturiul două incisiuni ușor convexe, formând e elipsă lungă de 6 cm. și lată de 2 cm. în direcțiunea bisectrici unghiului

format de cõpsă și gambă, coprinde astfel partea cea mai dură și mai grõsă a cicatricei, pe care apoi tot cu bisturiul o deslipește complet.

După acêsta deslipește la început cu bisturiul, și în urmă cu degetele mâinii tegumentele de o parte și alta a cicatricei; atunci trece la fața internă a membrului, unde prin o incisie longitudinală incisează tegumentele, cari formaș puntea de unire între cõpsă și gambă până la nivelul condilului femoral.

Continuând și aci deslipirea părților profunde, unite prin un țesut celular, cu atât mai lax cu cât mergea mai în profunditate, s'a putut da membrului o extensiune mai mare, care însă era departe de cea completă, acêsta fiind imposibil de obținut din cauza retractiunii și scurtimei mușchilor interni și externi ai cõpsei, cari se inseră pe gambă.

De acia se secționază întâi tendõnele semi-tendinosului și dreptului intern între două pense fixe, pentru ca să nu scape capetele secționate; apoi la partea externă se secționază bicepsul tot între două pense. Acêsta a permis o extensiune mult mai pronunțată, dar încă nu în mod complet, fiind oprită în parte de mușchii cuturiei, și mai cu sémă de nervul sciatic popliteu intern și extern, cari se detașaseră de părțile subjacente și se întindeau ca o cõrdă de la cõpsă la gambă, lăsând un spațiu liber între dênșii și fața posterioară a genunchiului. Se încercă să se forțeze nervii și să se obție extensiunea membrului, întinșând cu ușurință și într'un mod treptat, dar se observă îndată că bolnavul e coprins de șoc (cu paliditatea feței, respirația incetinitor, pulsul insensibil), din care cauză se renunță la acêsta manoperă și se secționază pur și simplu, întâi mușchiul cuturiei și în urmă nervii, tot între două pense.

Tot acum, prelungindu-se incisiunea internă a tegumentelor spre fața anterioară a genunchiului, se taie între două pense vena safenă internă.

După acêsta se trec 10 traverse de catgut între căpătâiele superioare și inferioare ale nervilor secționați. Traversele lungi de 8 cm., reunesc cu modul acesta capetele nervoase, cari în urma secțiunii și extensiunea membrului se depărtaseră unele de altele cu acêsta distanță.

Odată obținută prin aceste secțiuni multiple și succesive o extensiune mai pronunțată a membrului, a venit vena femorală să proemine și să facă cõrdă în unghiul popliteu, lucru care a făcut pe D-l Dr. Kiriac s'o secționeze și pe dênșă, temându-se de vr'o inflamațiune sau rupere ulterioară.

Acum se suturază cu catgut capetele tendirose și musculare, la un loc cele de sus, și în altul cele de jos, fixându-se în acelaș timp tot cu catgut de părțile subjacente la nivelul retractiunii lor.

Cu modul acesta extensiunea membrului s'a obținut, însă în schimb a rezultat o plagă enormă prin deslipirea gambei și a cõpsei, fiind expusă cu modul acesta chiar și artera poplitee. Din acêsta cauză se confecționează un lambou cu pedicul larg din tegumentele interne și se acoperă cu el artera și plaga în o întindere de 3 degete în sensul supero-inferior.

Lamboul se fixează prin 5 puncte de mătase de marginea tegumentelor externe și prin câte alte două de părțile moi ale regiunii. Lamboul neavând dimensiuni suficiente și vedându-se că prin fixarea lui s'a cam întins, se face o incisie liberatrice pe partea externă a genunchiului pe d'o parte, iar pe d'alta se puncționează bursa prerotulienă, din care iese un lichid roșiat.

Bursa dispărând, a permis o alunecare mai mare a lamboului, micșorând cu mopul acesta tensiunea lui. După acêsta se reunesc prin 4 puncte de mătase marginile incisiei tegumentare rezultată în urma confecționării lamboului popliteu

și după ce se spală bine plaga rămasă neacoperită, se face un pansament cu creolină, puțin compresiv, cu ajutorul căruia se fixează membrul în o forțe ușoră flexiune pentru a se evita și întinderea arterei.

După operație. Gamba mai rece ca cea opusă, puțin lividă și complect nesimțitoare, atât la pipăire cât și la înțepare cu acul. Bolnavul se plânge de ușore dureri de cap și grătă.

15 Mai. Bolnavul liniscit, nu se plânge de nimic. Degetele membrului operat mai calde ca cele din partea opusă. Tegumentele de coloré rozacee transparentă. Bolnavul nu simte la diferite excitațiuni mecanice pe degete și nici nu le pôte mișca. Se administrează 0,50 centigr. de chinină în 2 prafuri.

16 Mai. Piciorul de coloré roză, mai cald ca cel opus, puțin mai gros ca înainte, venele feței dorsale a piciorului încep să se desemneze. — Se desface pansamentul. Piesele îmbibate de sânge probabil din timpul operației. Plaga în cele mai bune condițiuni, nu există cel mai mic semn de reacție inflamatorie, nici durere; lamboul pare a fi reunit, dar se vede o flictenă ocupând jumătatea sa externă precum și puțin sfacel pe marginea liberă. Se spală cu sublimat și creolină se pansază.

18 Mai. Partea exterioară a lamboului de autoplastie presintă fenomene de sfacel. Se scot cinci puncte de sutură cari uniaș marginea externă a lamboului cu teg. externe. Nu se constată sensibilitate în membru.

19 Mai. Se pansază.

20 Mai. Piciorul drept are talpa forțe excavată, degetele atârnă în jos nu există diferență de temperatură. Motilitatea și sensibilitatea absolut lipsă în tot membrul de la genunchi în jos afară de tegumentele ce acoper partea superioară a feței anterioare a gambei. Lamboul popliteu spacelat în jumătatea externă. — Cele două porțiuni ale plăgei au un aspect cu totul diferit; cea de pe cósă burgeonantă roșie pe când cea de pe gambă palidă, aproape lividă fără vitalitate. Se pans.

22 Mai. Senzație de furnituri în mai multe rënduri.

25 Mai. Porțiunea externă a lamboului se eliminésă mai ales prin marginea sa externă. Restul este prins. Bolnavul nu simte și nu-și mișcă membrul. Plaga după cósă și cea după gambă sunt acoperite cu muguri. Edemul feței dorsale a piciorului persistă. Senzațiunile din zilele trecute le-a mai avut dar mai rar și mai puțin pronunțate. Pansare.

27 Mai. Se pans. Senzațiile din zilele trecute nu le mai are. Plăgile supuréză în mod favorabil.

31 Mai. De două zile are contracțiuni musculare în cósă dreptă. Gamba și piciorul nu simte, nu mișcă.

6 Iunie. Pansament.

3 Iunie. Piesele îmbibate de o mai mare cantitate de puroii jumătatea inferioară a plăgei palidă, cea superioară roșie. Tótă plaga presintă pe margini un lisereu roșu, în lărgime de 9 1/2 milim. coloréa e mult mai întinsă în jumătatea gambei. — Pe fața internă a gambei la două degete de marginile plăgei se vęd în două locuri tegumentele subțiate și roșii rămânând două ulcerăționi superficiale. Edemul e ceva mai augmentat.

10 Iunie. Pe fața internă a gambei se vęd câte-va ulcerăționi: două ulcerăționi spontanate pe gambă (lesiuni trofice) ast-fel: două ulcerăționi mici forțe superficiale cu fundul roșu vinos în locul unde tegumentele erau colorate mai zilele trecute. O a treia ulcerăție tot superficială se vede mai sus mult mai a-

própe de plagă, marginile ei continuându-se cu marginile plăgei, prezentând și ele lisereul roșu vinos ca tot restul plăgei.

13-17 Mai. Se observă pe fața anterioară a gambei o mulțime de vezicule supurate mici, cari se rup prin frecare pe membru cu tamponul umed, sunt puțin dureroase și spărgându-se lasă nisce gropițe pe tegumente. Se vsd mai multe ulcerări.

De atunci s'a continuat regulat cu pansarea plăgei examinându-se în același timp dacă sensibilitatea și motilitatea progresează. Trebuie să mărturisim că ambele au fost cu totul lente în manifestarea lor dacă nu chiar fără nici un progres. În adevăr nu găsim sensibilitate manifestată de cât numai la o regiune în jos cu 15 c. m. de la rotulă. Tot restul gambei pe toate fețele sale precum și întregul picior sunt într'o insensibilitate absolută și profundă, așa că putem introduce ace la cea mai mare adâncime fără ca bolnavul să manifeste cea mai mică durere; și probă e că s'au făcut cu bisturiul incisiuni pe fața externă și de mijloc a gambei mergând până la spațiul interosos, luându-se o porțiune de mușchiu spre a fi examinată la microscop fără ca bolnavul să fi avut cea mai mică conștiință de această operație.

Starea actuală 15 Noembrie 1892. Plaga complet cicatrizată, gamba în extensie completă pe cósă, genuchiul quasi anchiosat neputându-se flexa aprópe de loc, membrele au aceeași lungime, nu se observă nici o ulcerăriune trofică pe membrul operat, bolnavul își ridică gamba în sus întocmai ca pe cea sănătósă, nu póte însă să misce cătuși de puțin degetele picioarelor. Picioarul cel puțin pân'acum n'are nici o tendință către equinism fiind așezat aprópe în unghii drept pe gambă. Bolnavul umblă cu cea mai mare înlesnire ajutat însă de un baston; fără densus mersul este dificil. Picioarul operat presintă o colorăriune roșie violace caracte ristică congestiunilor venóse. Densus este și puțin mai îngroșat ca cei sănátos. Bolnavul n'are nici cea mai mică senzație de răcéla parchetului care este de piatră.

Care e conduita noastră contra cicatrițelor?

Mai întâi vom căuta a evita toate condițiunile capabile de a le face diforme sau a provoca diformități.

Nu vom uza decî în pansarea plăgilor de substanțe colorante, și ne vom opune la creșterea demésurată a mugurilor cărnóși, fie prin excisie, compresie, aplicațiunii de bandetele Vigo, sau alte mijlóce apropiate, prin cari împreună cu un tratament anti-scrofulos vom reuși adesea ca cicatrița să nu devie exuberantă, proeminentă.

De asemenea, după preceptele lui Dupuytren, vom căuta a da membrilor o atitudine cu totul opusă de aceia a cicatriței, fixându-le prin atele sau bandage în flexiune or extensiune, separându-le prin diferiți corpi streini și chiar menținându-le depărtate prin puncte de sutură. Cu modul acesta vom înlătura lipirea anormală a degetelor, obstrucțiunea orificiilor naturale și deviațiunile organelor de la tipul lor. Când însă nu am reușit, sau ne găsim în fața unui fapt împlinit, atunci trebuie să intervenim.

Pentru cicatrițele diforme prin colorațiune n'avem mult de făcut și nici că suntem chemați de cât în casuri când dênsele, fiind cu totul vizibile, procură desgust la vedere, mai ales fiind vorba de sexul frumos.

În cazul de incrustații de praf de pușcă, putem la rigóre să întreprindem extracțiunea lor cu ace fine; și adesea după o muncă laborioasă și îndelungată, reușim să facem a dispărea colorațiunea ce constituie diformitatea cicatriței. Se mai recomandă de unii aplicațiuni și fricțiunii cu acid acetic și amoniac a părților colorate, dar succesul lor este foarte problematic.

Am putea la rigóre recurge la excisiunea cicatriței, dacă sediul și întinderea sea ne permit această intervențiune.

Dacă avem a face cu o cicatrică exuberantă, cum vom proceda?

Chestiunea e greu de rezolvat, căci după cum se exprimă Reclus și Forgues, acest punct de practică este încă în desbatere și mulți autori răspund prin negativă.

În adevăr, experiența a arătat că foarte adese-ori se observă recidivă, ba încă în urma unei ablațiuni succedeză o tumoră mult mai pronunțată ca cea primitivă. E posibil însă, că prin mijlocele anti-septice să ne opunem la o asemenea recidivă, dar lucrul nu e sigur.

De aceia Vidal, Guyard și Brocq au propus scarificarea cicatriței diforme, întocmai precum acest lucru se practică pentru lupus; și se sustine obținerea unor adevărate succese (?)

Proba de vindecare însă nefiind sigură, unii au recurs la masagiū, la dușuri calde și emoliente, la învăliri uleiōse, la exercițiuri de gimnastică și la diferite alte manipulațiuni, toate făcute cu scop de a muia și a face mai flexibil țesutul inodular al cicatriței, dar toate cu un rezultat foarte aproximativ și mai tot-d'a-una nul!

Diformitățile prin cicatrică ne forțeză a interveni. Și dificultatea e cu atât mai mare, cu cât ne vom afla în fața unor casuri, unde de și un organ e în afară de orice resursă terapeutică, totuși nu-l putem sacrifica, precum de exemplu: gâtul, pleōpele etc.

În asemenea casuri, nu ne rămâne de cât a proceda la liberarea organului fixat, ridicând cicatrița ce-l fixeză. Această operațiune presintă greutate adesea invincibilă, căci suntem siliți să tăem mușchi, vase și nervi, cari fac corp cu țesutul inodular. Trebuie deci să procedăm cu multă precauțiune și să avem totă atențiunea concentrată pentru a nu compromite viața individului în speranța unei îndreptări problematice a unui membru.

Trebuie iarăși să știm că în urma intervențiunii noastre, va rămâne o plagă colosal de mare, ce va cere o îngrijire cu totul specială și precauțiuni anumite pentru a grăbi repede sea cicatrizare.

Aci e momentul de a recurge la aplicațiune de grefe, când acesta nu s'a făcut de la început spre a preveni deformația.

Reverdin a fost cel dintâi care în 1865 a avut ideea de a grăbi maturațiunea artificială a plăgilor prin porțiuni de mici plăci epidermice după metoda Italiană.

Trebuie în adevăr să știți că autoplastiile se fac după trei mari metode: *metoda lui Celse saui prin alunecare*, constă în a repara o pierdere de substanțe prin mijlocul tegumentelor disecate și trase prin diferite procedee; *metoda Indiană*, constă în a tăia un lamboi pediculat din vecinătate, și a-l aplica pe plagă, producând o torsione a pedicului și *metoda Italiană* numită a lui Tagliacozzi, constă a lua un lamboi dintr'o regiune depărtată pentru a fi aplicat pe plagă, totuși având un pedicul suficient pentru nutrițiune precum în rinoplastie, prin tegumente luate de la braț.

Grefele pot fi luate de la om (androgrefe ?) saui de la animale zoo-grefe.

Se numește anaplastie, când grefa să ia de la un alt individ; iar autoplastie, de la însuși individul bolnav.

Grefele sunt de mai multe feluri: cornate, epidermice, dermo-epidermice și cutanate totale.

Unii autori, ca Marc Sée în Franța; Fiddes și Hodgen în Anglia, împreună cu Studer și Bribach elevii lor, au voit să demonstreze ca lamele uscate și vechi de epiderm, se bucură de o activitate cicatrizătoare mult mai puternică de cât un lamboi de piele gros și bine nutrit; și ca probă este că puind pe o plagă straturii subțirii saui chiar răzuitura de la bătăturii ale degetelor piciorului, s'a determinat insule de cicatrizațiune cu totul manifeste.

Mai mulți autori, între cari și Reverdin resping această aserțiune, susținând că celulele morțe nu pot provoca cea mai mică urmă de epidermizațiune a mugurilor cărnoși. Și dacă s'a constatat unele insule cicatrizante, acesta a rezultat că din nebagare de sémă s'a ridicat și din stratul lui Malpighi, elemente vii și indispensabile pentru a transforma în cicatrizațiune o membrană granulosa (Reclus și Forgues).

Noi admitem aceiași opiniune ca și Reverdin, căci dacă lucrul s'ar petrece după cum îl susține Marc Sée și Hodgen, acesta ar însemna o simplă acțiune de prezentă; și dacă o celulă mortă e în stare să provoce epidermizarea, atunci ar trebui ca or-ce corp în această condițiune să producă același efect. Or, în 1887 am experimentat în serviciul D-lui prof. Assaky, aplicațiunii de mici părți din poșghita de ou pe un ulcer, și n'am obținut absolut nici un rezultat. Este evident deci, că grefarea nu se poate obține de cât cu părți absolut vii și prin urmare provădate de vase nutritive.

De aceia Reverdin preconisază ridicarea de lambouri de epiderm, coprinde și stratul lui Malpighi. De ore-ce însă, mai tot-d'a-una în această operație se ridică și parte din corpul mucos, și deci din vârful vascular al papilelor, aceste grefe mai tot-d'a-una sunt dermo-epidermice.

Technica acestui lucru aparține medicinei operatorie. Experiența însă și examenele microscopice au arătat că epidermisarea prin grefe se face în urma unui travaliu de incorporațiune, fenomen rezultat din îmbucarea reciprocă a vaselor aflate în grefă și a celor din mugurii cărnoși ai plăgei.

Esențialul din metoda lui Reverdin constă în aceia că grefele sunt pe cât posibil superficiale, mici și multiple.

Ollier însă pretextând că cicatrizațiunea obținută prin metoda lui Reverdin nu scutește de retracțiunii ulterioare, a propus ca în loc de porțiuni superficiale, mici și multiple, să se ia bucăți mai întinse și profunde din piele prin mijlocul cărora se poate obține un adevărat învâliș protector și neretractil, de ore-ce în mare parte e constituit de piele normală; de aci numele de *grefe cutanate*.

Observându-se însă că niște asemenea grefe adesea se deslipesc și cad în sfacel, Thiersch a explicat fenomenul în următorul mod: cauzele nereușitei rezultă din emoragiile și exudatele ce se produc sub grefă; iar acestea la rândul lor din cauza unei dispozițiuni inverse a vaselor reciproce. În adevăr, acest autor a arătat că în mugurii cărnoși există două straturi de vase: unul profund cu rățele vasculare orizontale, iar altul superficial având vasele cu totul perpendiculare. Acestea din urmă deci necorespunzând cu vasele orizontale a grefei cutanate, dau naștere la emoragii și exudate ce compromit reușita întreprinderii. De aceia dânsul propune metoda sea care constă ca înainte de a aplica grefa, să distrugem prin cauterizare sau răzuire acest strat superficial și perpendiclar al vaselor mugurilor cărnoși pentru a nu rămâna de cât cele orizontale având aceeași dispoziție și direcție ca cele ce aparțin grefei cutanate și prin care, incorporația făcându-se mai cu înlesnire, reușita este asigurată.

Noi ne permitem a crede că ideia lui Thiersch e prea teoretică; căci, a susține că prin răzuire se poate distruge numai vasele perpendiculare, este prea mult.

Noi credem că prin răzuire deschidem în mod indiferent tot stratul de vase adică și pe cele orizontale, peste cari aplicându-se lamboul cutanat ce are și el vasele deschise, acestea se unesc între ele prin prima intenție, îmbucându-se reciproc și permițând libera trecere a sângelui dintr'un vas în altul. Socotesc iarăși că acele casuri de nereușită de-

pinde că luându-se lambouri mari și gróse de piele, vasele profunde nu sunt secționare ci ridicate în întregime, așa că aplicându-se pe plagă nu se pot îmbuca cu acestea din urmă și de aci sfacei.

Și pentru a mă convinge de acest lucru iată cum procedez: Ridic un lamboú fórte mare de piele în care iaú țesutul gresos chiar până la aponevrosă; dar pentru a deschide tóte vasele, tai cu fórfecele un mic strat din grásime, ce imediat sângeréză. și apoi îl aplic pe suprafața plăgei unde prealabil am făcut o ușóră rázuire. Cu modul acesta am două suprafețe perfect sângerânde și puse în contact intim, carí reunindu-se vasele se pun în comunicație, când circulația restabilindu-se grefa reușește.

Daú aci un model de asemenea grefare cutanată ce datéză de 20 zile. Lamboul luat din regiunea spatelui, este în mărime naturală măsurând două centimetre patrare.

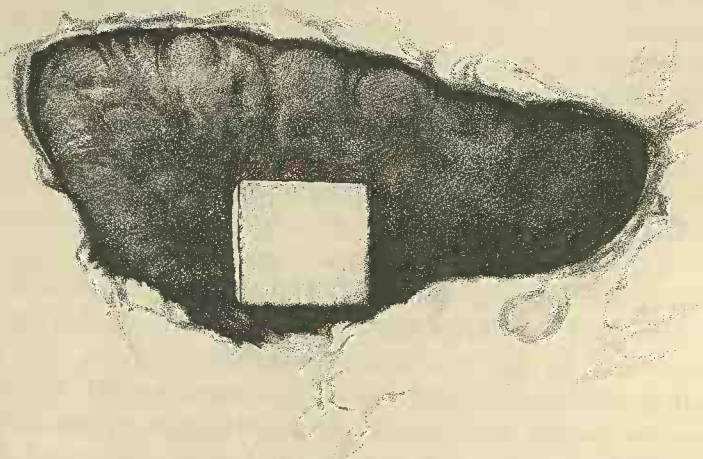


Fig. 100.

Grefă cutanată totală.

Grefele animale (zoo-grefe). Sunt casurî unde suprafața plăgilor fiind prea întinsă nu putem obține lambouri cutanate proporționale nici de la bolnav, nici de la o altă persoană streină. Dar chiar dacă ni s'ar oferi acéstă a doua ocașie, adesea nu putem profita de dânsa, nefiind sigurî de starea diatesică a individului, de óre-ce grefele luate de la alte persóne ce se oferă pentru acest scop, aú dat rezultate de-sastróse inoculând bolnavului diferite bóle ca tuberculosa, sifilisul etc.

De aceia, autorii aú recurs la grefe luate de la animale pe cât posibil inocente. Ast-fel Dubreuil a transplantat pe un ulcer al gambei cinci micî lambouri de piele de la un purcel de India; iar în alt cas,

tot acest autor a aplicat grefe luate din pielea abdominală a unui câine tânăr.

Czerni s'a servit de mucósa bucală a unui câine și epure. Alți autori între cari Vincent aũ recurs la piele de bróscă luată de la abdomen, cópsă etc.

În 1888 d. prof. Assaky a inaugurat grefe luate de la miel (părți din marele epiloon) aplicându-le pe un ulcer cronic al gambei stângi.

Tot în acelaș an, Aprilie 5, am făcut și eu aceeași experiență luând iarășî porțiuni din marele epiloon de la un miel ténér de 6 săptămâni și le-am aplicat pe o plagă din regiunea temporală stângă rezultat al unei extirpări de epitelioma. Acéstă grefă am făcut'o cu scop de a mă opune la retractia și deformația ochiului, lucru unde am reușit pe deplin ¹⁾.

Or-care ar fi însă metoda grefelor, se cere ca suprafața plăgei să fie provădută de muguri cărnóși de bună natură, iar îngrijirile ulterióre de cea măi riguróșă antisepsie. Afară de acésta intervențiunea chirurgicală nu se va face imediat după formarea cicatriței ci mult măi tērziũ, când țesutul inodular a ajuns la complecta sea desvoltare saũ măi bine đis la maturitate, căci numai atunci vom cunóște bine limitele și puterea rėului, și vom putea ast-fel măi cu eficacitate lucra contra sea.

CHESTIONAR

Definiția cicatriței. Caractere. Cicatrițe diforme, cicatrițe bolnave și deformități prin cicatriță.

Tratament preventiv și curativ. Autoplastiile. Grefele. Opinia autorului în privința grefelor cutanate.

¹⁾ Archives Roumaines de médecine et de chirurgie dirigées par le prof. Assaky. Vol. I, anul 1888.

TABLA DE MATERIE

	Pag.		Pag.
Despre abces	1	Bolele cronice în raport cu traumatismele	320
Despre puroiuri	7	Bólele alterațiilor sângelui în raport cu traumatismul	327
Acțiunea locală și generală a puroului asupra organismului	17	Stările fiziologice permanente și traumatismele	334
Despre ulcerări și ulcere	33	Leziunile traumatice în particular. Contusii	343
Despre fistule	69	Plăgi prin instrument tăietor și înțepător etc.	355
Despre gangrenă	89	Plăgi prin armă de foc	371
Despre leziuni traumatice în general	153	Despre arsură, contusii, fulgurații	442
Traumatismele în raport cu bólele generale	163	Complicațiile leziunilor traumatice	456
Despre diateză	172	Sincopa	458
Bólele diatezice	182	Șocul	463
Tuberculoza în raport cu traumatismul	190	Emoragiile traumatice	471
Bólele constituționale	199	Septicemia chirurgicală	489
Alcoolism și traumatism	209	Diferite tipuri de febră	485
Delirium tremens	259	Febra traumatică	493
Paludismul și traumatismul	267	Infecția purulentă	401
Diferite intoxicații profesionale sau accidentale în raport cu traumatismul	288	Despre erisipel	515
Diferite stări nervoase în raport cu traumatismul	306	Despre tetanos	514
		Patologia cicatrițelor	523

ERATA

Abces propriü să se citéscă abces propriü
Obositate „ „ obezitate.

CHESTIONAR GENERAL

Definiția inflamației. Deosebirea între abces, infiltrație purulentă, epanșament, empyem, vomică și hypopion. Definiția abcesului după Denonvilliers și Billroth. Diviziunea abceselor după vechii autori și cei moderni. Abcesele critice, circumvecine, secundare repezi, monomicrobice și polimicrobice. Sediul abcesului cald și părțile din care se compune. Modul formării cavității după Rindfleisch și Billroth. Formele cavității și unele particularități. Conținutul abcesului. Definiția puroiului, Puroiul de bună și rea natură. Partea solidă a puroiului și diferitele elemente ce conține; celule vii și celule morți; corpi granuloși ai lui Glüge; globule pioide; nucleina. Paetea lichidă a puroiului. Acidul ptiique, piina și fibrina din puroiul. Varietățile și degenerescențele puroiului. Varietăți după organ, consistență, miros, color; cauzele și mecanismul acestor varietăți precum și diferitele teorii ce s'au emis.

Acțiunea locală și generală a puroiului asupra organismului. Proprietatea flogogenă și pirogenă. Teoria și experiențele lui Chauveau; teoria lui Verneuil și cea modernă. Diferențele genurii și speciilor de microbi ce se găsesc în puroiul.

Păretele abcesului. Membrana piogenică și elementele din care se compune. Cazurile unde densa poate lipsi. Membrana piogenică nu secrează puroiul: experiența lui Van-Buren. Acțiunea puroiului asupra țesutului celular; membranelor seroase, oselor, vaselor sanguine, muschii, aponevroze, nervii etc. Etiologia. Experiențele lui Ruijs, Knapp, Garré, etc. Supurație fără microbi nu există. Diferențele căi și modurii de penetrațiune a microbilor în organism. Opiniunea lui Hueter, Cornil, Metschnikoff, Cornil și Babeș; Bouchard, Charrin etc. Diviziunea abceselor după sedii. Fenomenele precursorii de probabilitate și siguranță a dezvoltării puroiului. Fluctuația e baza diagnosticului. Modul de a căuta fluctuația: lovire bruscă, presiune alternativă, choc en retour (isfranc). Fluctuație falsă. Erori de diagnostic cu anevrismele. Puroiul nu se poate absorbi; opiniunea autorului. Tendința abcesului la deschidere spontană prin cale fizică și vitală. Tratamentul. Deschiderii largi chiar și în casurii de bănuială.—(Pag. 32).

Definiția ulceratiunii. Teoria lui Galien sau a umriștilor. Teoria lui Hunter. Agenții absorbantii și exalanții. Explicarea ulceratiunii prin absorpția ulcerativă. Cauzele pentru care teoria lui Hunter a căzut. Teoria gangrenei moleculare sau a lui Vidal de Cassis. Teoria modernă sau gangrena moleculară microbienă, opinia autorului. Deosebirea între ulceratiune și ulcer; fisură, eroziune și exulcerație.

Definiția ulcerului. Deosebirea între ulcer și plagă. Enumerarea celor patru caractere distinctive. Părțile de considerat ale unui ulcer.

I) Forma: elipsă, angulosă, circulară, lineară. Semnificațiunea și circumstanțele în care se dezvoltă aceste diferite forme.

II) Mărginile ulcerului. Diferite aspecte. Teoria lui Vidal în privința marginelor refrante în afară ale ulcerului.

III) Fundul ulcerului. Varietățile. Ulcus elevatum. Diviziunea celor vechi: Ulcer fagedenic, serpiginos, lupi; ulcere sordide sau cacoethy; ulcere Telefiene și Chironiene.

Diviziunea modernă: ulcere specifice sau diatesice; simptomatice și simple.

Etiologia. Sediul. Statisticile. Opinia lui Gerdy, Pouteau, Boyer, Richerand relativ la sediul ulcerului pe gamba stângă. Reflexiunile autorului. Sexul, etatea etc.

Causele intime ale ulcerului sunt: Varicele, ateromul și leziunile nervoase. Varicele după Boyer și autorii compendiului lucrăză prin edemul de care se însoțesc. Obiecțiunea lui Gilson. Opinia autorului invocând defectuositatea circulației. Influența degenerescenței ateromatose a arterelor. Probe prin observații. Leziunile nervoase. Cercetările lui Terrier și Quen. Rolul diatesei artritice sau erpetice. Reflexiunile și opinia autorului în această privință.

Anatomia patologică. Primul stadiu. Rețeaua lui Malpighi. Stadiul al doilea; pielea glandele sebacee, sudoripare, vasele, mușchii, nervii.

Cele 3 perioade clinice ale ulcerului:

Perioda I: Leziuni mici, superficiale. Perioada II: Sclerosă părților moi. Piele de tigru. Atrfia și disparițiunea aparatului glandular. Esperiențele lui Clado, Gilson și ale autorului. Aspectul membrului în această perioadă. Perioada III: Degenerescența tuturilor părților moi, Equinism. Leziuni profunde în oase. Consecințe. Edem colossal cu aspect elefantiasic.

Simptome. Inceput insidios și foarte variat. Turburările termice. Opinia lui Auzihon, Gilson și Schreider. Opinia autorului. Turburările de sensibilitate. Cercetările lui Terrier. Sensibilitatea tactilă, analgesia și sensibilitatea termică formăză cele trei zone ale unui ulcer. Modul grupării lor și gravitatea lor relativă. Esperiențele autorului.

Complicații. Causele. Ulcer inflamator. Caracterile. Coecidența de limfangite și erisipel ce determină câte o dată vindecarea ulcerului. 2) Ulcer iritabil sau eretic. (Billroth). Broca. 3) Ulcer atonic. Caractere. Ulcer foogos. Semnificarea și posibilitatea degenerării în cancer. 4) Ulcer calos. Caractere. Causa. Consecința. 5) Ulcer emoragic. Cause. 6) Ulcer verminos și gangrenos. Cause. Diabetul. 7) Ulcer fagedenic. Caractere.

Pronosticul în raport cu perioada și starea diatesică locală și generală.

Diagnosticul. Diferitele perioade ale ulcerului. Diatesele. Examenul urinei. Ulcere simple propriu zis; ulcere ibuide și ulcere trofice. Caractere distinctive.

Tratamentul medical și chirurgical. Repaosul și igiena. Metoda de compresiune. Underwood-Baynton Roux-Philippe-Boyer. Modul aplicării. Metoda Americană. Dr. Martin din Boston. Banda elastică. Modul și timpul când trebuie aplicată. Metoda prin electricitate. Spencer Wels: Unimus. Metoda legăturii și secțiunii venelor și în special a venei safene interne. Trendelemburg și Cerné din Rouen. Obiecțiuni. Efectele contestate și posibilitate de complicații. Această metodă nu se adresăză la complexul leziunilor anatomo-patologice a ulcerului. Metoda prin peritomie sau circumvalație inventată de Guy 1853 și vulgarisată de Dolbecu 1874. Avantajele acestei metode și superioritatea ei adresându-se la toate leziunile ce întregesc ulcerul. Metoda lui Vidal din Paris (St. Louis). Metoda prin sacrificare sau carlagii. Pansamente dese și pansamente rari în ulcere. Principiul lui Ambroise Paré. (Pag. 66).

Istoricul. Definiția fistulelor după cei vechi și în special după Boyer. Definiția lui Cruveilhaer, Duplay și Reclus. Definiția actuală.

Clasificarea: congenitale, accidentale și limfatice.

Etiologia. Considerațiuni generale. Fistule prin lipsă de cicatrizare și cicatrizare anormală sau defectuoasă.

Casurile unde se întâlnesc fistulele prin lipsă de cicatrizare: absența de plasticitate;

topirea repede a țesutului gresos; depărtarea părților; mobilitatea prea mare; iritațiunea continuă a traectului; prezența corpurilor streine; suprafața întinsă a soluției de continuitate. Fistule prin cicatrizare anormală: fistule labiforme sau ostiale. Opiniunea lui Verneuil. Anatomia patologică. Orificiul de intrare și eșire. Orificiul proeminent, turtit, deprimat și în stropitóre.

Traectul cu diferitele sale forme și direcții forte variate. Examenul microscopic al traectului. Chestiunea de doctrină. Opinia lui Pozzi și a autorului. Calositățile, fistule complicate. Semnificațiunea, importanța și patogenia calosităților după Marvidès. Fistulele congenitale: ostiale și canaliculate. Patogenia prin absența de coalescență a arcurilor branchiale. Diferite varietăți și caracterile clinice. Fenomenele reflexe.

Simptome variabile. Semnele constante și comune or-cărei fistule: după traect, scurgere și organe.

Diagnosticul. Se basază pe simptome; diferite manipulații, injecții colorante, comorative și sediul.

Pronosticul variabil și depinde de natura, organul afectat și complicații. Diatezele.

Tratamentul. Excisia totală (Alphonse Guerin). Spintecarca (Bonnet de Lyon). Cauterizarea traectului cu un stilet roșu (Marchettis). Scopul final, Măsurî excepționale.—(Pag. 87.)

Definiția gangrenei. Punctul principal din definiție prin care gangrena se deosebete de un membru paralizat sau cuprins de asfixie.

Sfacel, eschară, necrobiosă, infarct, necrosă, sequestru; caracterele lor diferențiale.

Etiologia. Condițiunile ce se cer pentru nutrițiunea și viața elementelor anatomice. Gangrene morfopatie, emopatie și nervoase. Agenții și mecanismul prin care densesi produc gangrenele morfopatie: traumatismele, frigul și căldura; experiențele lui Conheim. Cauterisările; agenții chimici; electricitatea.

Gangrenele emopatie. Diferitele obstacole în cursul sângelui: trombosa, ateromul și embolia.

Trombosa. Definiție. Trombosă cardiacă, arterială și venoasă. Patogenia trombosei. Teoria lui Virchow, Wagner etc.; teoria inopexiei; teoria lui Picot și Lancereaux; opinia modernă.

Aterome. Definiție și caractere. Teoria lui Virchow, Lancereaux, Cornil și Ranvier. Teoria lui H. Martin prin arterio sclerosă a vasa-vasorum. Mecanismul și obiecțiunile. Consecințe practice. Ateromul ordinar și specific. Caracterele diferențiale. Diferitele degenerescențe capabile de a produce aterom.

Embolia. Definiție, mecanism și sediul. oagulare secundară, formațiune de nouă trombosă. Consecințe practice; cazul nostru.

Diferite forme de gangrene:

I) *Gangrenă prin cadaverisație și gangrenă albă.*

II) *Gangrenă necată.* Diferite numiri. Causa intimă. Fapte clinice. Modul de evoluțiune și caracterele sale. Explicația acestor fenomene.

III) *Gangrenă unedă.* Caracterele clinice prin care se deosebete de gangrena uscată precum și mecanismul lor.

IV) *Gangrenă prin coaguiatiune.* Definiție; opinia lui Conheim și Weigert.

V) *Gangrenă prin colliquațiune.* Modul producerei sale și condițiuni.

Gangrene prin alterațiunea sângelui:

I) *Gangrene în febra tifoidă.* Istoric, exemple.

II) *Gangrene prin tifos.* Istoric: exemplul nostru. Opiniuni diverse și a autorului bazată pe experiența lui Chauveau.

III) *Gangrenă palustră*. Mecanism.

IV) *Gangrenă prin ergotism*. Cause. Forme clinice: *convulsivă și gangrenosă*. Teoria producțiunei sale prin spasmul arterial.

V) *Gangrenă diabetică*. Istoric. Opinia lui Marchal de Calvi; Otto Weber, Schiff, Potain, Obiectiuni. Opinia lui Reclus și Odo Bujwid. Observația autorului cu reflexiuni.

Gangrene nervoase. Istoric. Experiențele lui Wolf și Brown-Sequard, Tesa lui Zambaco. Observațiunile lui Charcot, Samuel, Schiff, Beauvis, Langhaus etc. Observațiunile lui Paget, Wyatt, Nepveu, Leloir și Déjarine.

Gangrena simetrică a extremităților. Caractere. Perioada percursorie și afirmativă. Sin-copă totală și asfixie locală. Forma cronică și acută. Opinia lui Raynaud și Picot. Invocarea impaludismului.

Gangrene nemicrobiene și microbiene. Caracterele și deosebirea între densesle precum și condițiunile ce trebuie să îndeplinescă. Exemple clinice proprii autorului.

Diferite grade de gangrenă microbienă și modul cum microbii lucrează asupra țesuturilor. Rolul diatezelor. Gangrene prin asociație sau alianță bacteriană. Concluziuni.

Febra în gangrena produsă de absorpția materiilor piretogene sau de străbaterea microbilor în organism. Opinia autorului, exemple. Experiențele lui Gangolphe și Courmont în această privință, Deosebirea clinică între o febră nemicrobienă și microbienă. Auto-inoculație.

Modul cum bacteriile lucrează pentru a produce gangrene. Necroza celulară, embolie și trombosă bacteriană.

I) *Simptomele gangrenței*: Generale: durerea inițială. Casurile în care simptomele generale pot lipsi sau să fie cu totul grave și cu diferite forme.

II) *Simptome locale*:

I) *Perioada percursorie*. Modificațiunile fie-cărui sistem în parte.

II) *Perioada confirmată sau de escarificare*. Rolul alterațiunei globulelor sângelui. Căldura, durerea și motilitatea în gangrenă; cauzele și modul lor de manifestare.

III) *Perioada de eliminațiune*. Absorpție disjonctivă. Zona congestivă; zghiab de eliminațiune. Caractere și forme clinice; rezultatul final. Conduita ce trebuie să avem față cu escharea.

IV) *Perioada de reparație*. Causesele ce împiedică procesul de cicatrizare.

Diagnosticul. Elementele ce trebuie avute în vedere.

Pronosticul în raport cu etiologia și felul gangrenelor cu microbii și fără microbii.

Tratamentul. *Expectația* și combaterea diatezelor. *Intervențiunea primitivă și tardivă*. Casurile când putem uza de fie-care din aceste indicațiuni de intervențiune.—(Pag. 150).

Definiția leziunelor traumatice și gradul lor de acțiune.

Etiologia. *Agenții mecanici*. Corp vulnerant și vulnerat. Modul cum lucrează acești agenți. Leziune directă și indirectă. Agenți externi și interni organismului.

Contuziunile, plăgile prin înțepătură, prin instrument tăios, prin smulgere, prin instrument înțepător și tăctoe, plăgile contuse, toate sunt rezultatul aceluiași agenți mecanici.

Agenții fizici. Numărul și modul lor de acțiune.

Agenții chimici lucrează prin desidratare sau descompoziție. Aplicațiuni în chirurgie.

Complicațiunile leziunelor traumatice: dieresă, exereză, corpi străini, intoxicație, inoculație, fracturi, luxații.

Anatomia patologică. Focar traumatic; definiție, sediul și importanța în diviziunea plăgilor. Plăgi externe, interioare și intersticiale.

Părțile constitutive ale focarului: *conținutul, părțile și starea părților vecine*.

Importanța zonelor *gangrenată, stupefiată și iritată*; folose practice.

Simptomele: I) *Fenomene primitive locale*. a) depărtarea părților care p \acute{o} te fi temporară și permanentă; b) durerea, cauze, exemple; c) emoragia, cauze și circumstanțe unde p \acute{o} te lipsi. II) *Fenomenele secundare locale*. Cicatrizarea imediată și mediată. Casurile și consecința întâzierii țesuturilor de a se cicatriza. III) *Fenomenele generale*. IV) *Fenomenele la distanță* prin sistemul vascular, nervos și continuitate de țesuturi. Exemple.

Prostotical. Tendință irezistibilă către vindecare afară de anumite împrejurări.

Tratamentul. Antisepsie și indicațiun \acute{i} speciale pentru fie-care leziune și stare diatezică.—(Pag. 161.)

Considerațiun \acute{i} asupra antisepsiei.

Istoricul pansamentelor de la Hipocrat și până la Paracelse (1600).

Intervențiunea fermentației în evoluția plăgilor. Credințele emise pentru explicarea fenomenului și metodele cu a \acute{u} decurs.

Inceputul antisepsiei. Lemaire, Lister, Pasteur. Credințele moderne. Consecințe și renașterea chirurgiei.

Agenți antiseptici. Clasificarea lui Chalvet, Giraldès, Roussin. Opinia modernă. Esperiențele lui Gosselin și Bergeron.

Puterea antiseptică a fie-cărui agent, după cercetările lui Miquel.—(Pag. 171.)

Istoricul traumatismelor cu bólele generale.

Diateza considerată în diferite epoce.

Definiția. Opinia autorului admitând numai două diateze: artritica și tuberculoasă. Caracterele clinice și anatomo-patologice.

Faptele prin cari se stabilește că un om nu p \acute{o} te avea ambele diateze de o dată. Escapțiuni pentru bólele dobândite în urma debilitărei și sleirea organismului.

Deosebirea între diateză și bóla constituțională. Partea esențială a chestiunii. Diferitele bóle cari intră în diateză, în cele constituționale, cronice, acute etc. ce vor fi studiate în raport cu traumatismele.

Observațiile lui Delpech, Bouisson, Norman Chevers, Marchal de Calvi, Sir James Paget, Verneuil, cari pe rând a \acute{u} contribuit la acest studiu.

Cele patru conclusiun \acute{i} ale lui Verneuil. Folósele practice ale acestor cunoștințe. Diferitele exemple streine și ale autorului.

Cele trei període în diateză: *discrasia*, *leziun \acute{i} periferice* și *leziun \acute{i} viscerele* formând cachexia. Caracterele fie-cării și modul de a lucra cu fie-care din ele.

Operațiunea *permisă*, *utilă* și *indispensabilă*.

Cursurile în cari se recomandă *abstențiunea absolută*.—(Pag. 181.)

Definiția *artritisului*. Caracterele sale clinice. Formele sub cari ni se presintă: Guta, reumatismul și erpeticismul,

Guta. Modul de invasie: acces acut și cronic. Caracterele sale. Tofus. Podagra, gonagra și chiragra. Urina: guțoșilor și predispoziție.

Reumatismul. Leziunile și consecința. Forma acută și cronică.

Erpeticismul. Caracterele și tabloul clinic.

Acțiunea bilaterală și reciprocă a traumatismului asupra artritisului. Exemple. Acțiunea simplă, unilaterală a traumatismului prin deșteptarea diatezei fără resunet asupra plăgei. Exemple.

Modul cum evoluează diatezele în urma traumatismului; une-ori de durată scurtă, alte dăți de o intensitate și tenacitate excepțională. Exemple.

Acțiunea traumatismului asupra *Gutei*, precum și a aceștia asupra plăgii.

Acțiunea reciprocă a *erpetismului* și traumatismului.

Cancerul. Influența traumatismului asupra diatezei cancerose.

Opinia lui Hunter. Circumspecțiunea ce trebuie să avem. Opinia lui Verneuil. Exemple. Fapte clinice ale autorului. Influența diatezei cancerose asupra traumatismului. Lipsă de consolidare a fracturilor; lipsă de reunire imediată a plăgilor operatorii și transformarea lor în plăgi cancerose.—(Pag. 188).

Tuberculosis. Definiție. Considerațiuni generale. Istoricul. Lépine. Tessier. Perroud din Lyon, relativ la dezvoltarea tuberculozei în urma traumatismului.

Mecanismul prin care traumatismul provacă dezvoltarea tuberculozei.

Tesa lui Miron Sigalea din Iași. Exemplu cu ftizia pulmonară. Exemplu cu testiculul tuberculos. Opiniunea lui Reclus. Modul cum trebuiesc făcute operațiile pe tuberculoși. Starea actuală a chestiunii în raport cu cea veche.

Principiul vechilor autori. Lipsă de orî-ce intervențiune. Causele acestei abstenențe totale. Supapa de siguranță sau exutoriul tuberculoșilor. Consecințe.

Starea actuală. Concluziuni. Nefundarea vechii credințe și causele sale. Opinia lui Molière. Principiul modern. Fapte clinice.

Mecanismul succeselor și nesucceselor unei operații pe un tuberculos chiar cachetic fiind. Intervențiunea unui nou microb în cas de traumatism. Consecințe. Analogia cu cele alte diateze sau stări constituționale. Mórtea repede și șocul traumatic.—(Pag. 197).

Considerațiuni generale asupra sifilisului în raport cu traumatismul. Istoric. Amatus Lusitanus, Astruc, Fournier, Jobert de Lamballe, cari sunt pentru. Lagneau și Ricord, contra.

Starea presentă. Opinia lui Huguier, Bassereau, Racle și Verneuil.

Autoriți ce s'au ocupat mai în special cu această chestiune: Hunter, Bazin, Clipet, autoriți Compendiului, Nelaton, Lucien Petit, Dusterhof și Folinea.

Influența sifilisului în perióda I asupra traumatismului. Analogie între leziunile sifilitice și scrofulóse (Verneuil). Consecințe.

Modificațiunile ce suferă tóte plăgile în general din partea sifilisului.

Influența șancărului asupra plăgilor. Opinia autorului.

Acțiunea sifilisului în perióda II asupra traumatismelor. Caractere. Diferite exemple clinice.

Modul cum se compórtă sifilisul în perióda III față cu traumatismele. Exemple prin fapte clinice. Concluziuni.—(Pag. 208).

Alcoolismul acut și cronic. Causele pentru care alcoolismul acut nu are influență asupra lezunelor traumatice. Accidentele prin beție. Statistica lui Villan și Michel Levy. Statistica autorului. Periódele beției: Caracteristica periódei I și II-a a beției.

Formele beției din perióda II: a) Beție feroce. b) Beție alucinantă. c) Beție convulsivă. d) Beție sentimentală sau patetică, introdusă de autor.

Caracterile beției din perióda III.

Lipsa de sensibilitate. Consecințe.

Lipsa de contracție musculară. Folose practice. Urmări grele. Complicația luxațiilor și fracturilor de plăgi și ruperi vasculare.

Efecte salutari ale alcoolului în casuri grave.—(Pag. 217.)

Intervențiunile în perioada III de beție.

Efectele traumatismului asupra beției producând trezirea celui îmbătat. Aplicațiuni practice.

Fenomene de beție în urma pansamentelor largi cu alcool.

Alcoolismul cronic și traumatismul.

Tabloul clinic al unui alcoolice cronic.

Leziunile organice ale viscerelor și cele-alte sisteme, în special cel circulator. Comparația lui Gosselin. Consecințe practice. Efectul alcoolismului asupra traumatismului.

Complicațiuni locale și generale.

Efecte directe ale alcoolismului asupra traumatismului. Esemple. Efecte secundare.

Mărtea subite.

Considerațiuni generale ale lui Verneuil asupra acestei chestiuni. Mărtea prin precipitarea sângelui intoxicat asupra centrilor nervoși.

După Peronne, printr'o septicemie internă supra-acută; după Wagner și Busch, mărtea provine în urma emboliilor gresose.

Opinia autorului prin care mărtea se produce prin sincopă cardiacă și asociația microbieniă,

Cele-alte efecte asupra traumatismului: gangrene, fagedenismul ulcerelor.

Observațiunile lui Ricord și Billroth.

Emoragiile secundare; dificultatea cicatrisirii plăgilor, etc.—(Pag. 244.)

Gangrena la alcoolici.

Considerațiuni generale, recapitulându-se tabloul clinic al unui alcoolice cronic.

Istoricul, începând cu Broca. Observațiunile lui Verneuil. Observațiunile lui Gillete.

Tesa lui Jalaguer cu observații numeroase. Casul autorului.

Importanța tratamentului acestei gangrene prin puncte numeroase și fine de Paquelin, constituind metoda autorului.

Examenul microscopic făcut de d-nu prof. Babeș.—(Pag. 254.)

Supurație galbenă. Istoric. Valoarea semiotică. Observația lui Delore.

Natura acestui fenomen și mecanismul producerii sale.

Opinia lui Delore, Zeis, Robin, Nepveu. Deosebirea de actimosă.

Efectele traumatismului asupra alcoolismului cronic. Producerea de inflamații acute a organelor splanchnice. Fenomenele nervoase; convulsii, tetanos, dureri exagerate.

Delirul tremens. Tabloul clinic. Modul de invazie. Insensibilitate.

Alucinațiuni ale auzului, vederii și tactului. Esemple.

Delir cu idei fixe. Caracterile principale. Delir furios. Delir vesel. Patogenia delirului tremens.

Considerațiuni și ideile lui Viliam Hunt.

Sediul delirului în substanță corticală griză, și în special în lobii occipitali.

Discuția faptelor și opinia autorului.—(Pag. 265.)

Paludismul și traumatismul. Istoric. Caracterile ce au servit de bază în acest studiu, și de care s'a abuzat, Esemple.

I) Influența traumatismului asupra paludismului.

A) Casul când rănitul este coprins de febră intermitentă. Aparițiunea accesului, Esemple.

B) Când rănitul de și n'a avut nici o dată febră intermitentă, este însă coprins de intoxicație. Redesteptare de diateză. Diferite forme. Esemple.

D) Când rănitul e dominat de cachexie palustră. Provocare de accidente grave, din care unele chiar mortale.

II) Influența paludismului asupra traumatismului.

1) *Durerea*. Caractere.

2) *Emoragiile*. Istoric. Caractere. Emoragiile în mucose: epistaxis, ematurii. Esemple.

Mecanismul acestor emoragii după Bouchard.—(Pag. 276.)

Accidente nervoase paludice.

1) *Nevralgiile*. Caractere. Observațiile lui Cocud, Deboue și Verneuil. Nevralgiile în amputații. Nevralgie traumatică secundară precoce.

2) *Tetanos*. Caractere. În urma traumatismului. În afară de traumatism. Observații. *Complicațiuni neintermitente*.

1) *Putrefacțiunea de spital*. Observații.

2) *Gangrena propriii țesături*. Istoric. Opinia lui Virchow. Diferite observații între care și ale autorului.

Asociațiuni morbide.

Antrax și paludism. Opinia lui Verneuil la academia de științe.—(Pag. 287.)

Intoxicațiunile profesionale sau accidentale în raport cu traumatismul.

1) *Saturnismul*. Căile de intoxicare. Tabloul clinic și leziunile anatomice mai ales ale sângelui, mucosa stomacală și gingii.

Colicele de plumb. Caractere.

Dureri saturnine ale membrilor și trunchiului. Artralgie saturnică. Caractere.

Encefalopatiile saturnide. Formele: *delirantă, convulsivă sau epileptică și eomatôsă*.

Caracterile distinctive.

Paralisiile saturnine. Forma clinică. Leziunile oșelor. Cercetările lui Lewy din Viena și Huebel din Berlin. Consecințe.

Influența saturnismului asupra traumei și vice-versa. Deșteptare de diateză. Reaparițiune de colici etc. Intoxicația cu morfină. Considerațiunile generale. Experiențele lui Levinstein și Laborde.

Influența morfinismului asupra traumatismului. Abcese multiple și complicații inflamatorii. Casul lui Trelat și două observații ale autorului.—(Pag. 295.)

Bólele cronice în raport cu traumatismele. Ce se înțelege prin epatism, nefrism și cardism?

Chestiunile puse pentru rezolvare:

1) Diferența ce vor prezenta trei reumatizații, dintre care unul va avea o leziune mitrală, altul o litiază biliară, iar al treilea albuminurie.

II) Diferențele ce vor oferi în fața unui traumatism trei epatici din care unul va fi alcóolic, altul sifilitic iar altul cu supurație osoasă prelungită.

Epatism. Istoric. Armand Chevers ; Monneret ; Verneuil ; Sir James Paget.

Modul cum leziunile ficatului lucrăză asupra iconomieî prin jenarea circulațieî, prin turburări digestive și alterațiunea sângelui. Consecințe. Inflamație, emorağii, supurație de rea natură. Redeșteptare de icter, colici, ascită, vărsături etc. Diferite observații.

Nefrismul. Definiție. Operațiile pe sfera genitală și operațiile periferice pe nefretică. Opinia lui Boyer, Berger, Guyon etc.

Cardism. Leziunile mitrale sunt cele mai periculoșe din punctul de vedere operator. Opinia lui Verneuil. Observații—(Pag. 305.)

Alienațiunea mintală și traumatismele. Formele de alienație.

Observațiunile lui Deguise și Decorse, cari probăză că traumatismele sunt mai rău influențate de forma deprimantă a alienațiunei, de cât de cea excitantă.

Isteria. Opiniunea lui Charcot.

Isterie locală. Caractere. Diferite observații date de Verneuil. Observații ale autorului și a lui Pöllailon de isterie manifestată prin simptome isolate.

Epilepsia. N'are influență asupra traumatismului. Observația lui Nicaise în care traumatismul a provocat epilepsia.

Paralitică și emiplegică în raport cu traumatismul.—(Pag. 312.)

Ataxia locomotrice și traumatismul. Istoricul. Dr. L. H. Petit, Horn, Steinthal, Topinard, Erichsen, Volkmann, Charcot și Ball.

Starea prezentă a chestinei. Divisiunea. Traumatismul anterior ataxiei. Diferite observațiuni.

Chestiunea emoroidelor în raport cu ataxia. Observațiile și opinia autorului.

Mecanismul acțiunei traumatismului în desvoltarea ataxiei. Opinia d-rului L. H. Petit și a autorului.—(Pag. 319.)

Influența diabetului asupra traumatismelor. Istoric. Leziuni. Discuțiuni.

Gangrena diabetică. Observație proprie.

Influența traumatismului asupra diabetului. Esperiențele lui Fischer, Cl. Renard și Duret. Relațiunea desvoltărei diabetului în urma traumatismelor aplicate pe craniu.

Rolul pneumogastricului și al marelui simpatic dar mai ales al marelui splachnic în producerea diabetului.

Rolul ce'l jică ficatul în această privință. Diferite esperiențe și fapte clinice.—(Pag. 326.)

Raportul traumatismelor cu scorbutul. Definiția și caracterele scorbutului. Leziunile anatomo-patologice și în special ale sângelui. Consecințe clinice în ceia-ce privește emorağiile, evoluția plăgilor și a fracturelor.

Hemofilia. Caractere și consecințe analoge cu scorbutul.

Leococitemia. Caractere. Opinia lui Terrier și alți autori relativ la acțiunea traumatismelor.

Bólele acute și traumatismul. Gastricisim, amigdalita, pneumonia, pleuresia, febrile eruptive etc.

Stările fiziologice pasagere și traumatismele. Menstruația, Graviditatea; optimistii și pesimiștii.—(Pag. 333.)

Bătrâneția. Caractere și leziunile anatomice. Relațiunile sale cu traumatismul. Diferite observații ale autorului.

Influența raselor și bôlelor lor speciale. Traumatismele în raport cu țesuturile inflamate în mod acut și cronic. Ce se înțelege prin inflamație acută și cronică? Caractere. Consecințe practice; exemple.

Influența mediului ambient în raport cu traumatismul. Precauțiunii. Credința autorului. Respectarea obiceiurilor bolnavului. Evitarea noutăților triste și inspectarea vizitatorilor.—(Pag. 342).

Contuziunii. Definiție. Instrumente bonte după Litre și Robin. Modul cum trebuie să lucreze. Deosebirea între contuzie și compresie.

Punctul de sprijin. Legile lui Velpeau. Consecințe. Contuzie cronică.

Divisiunea lui Dupuytren, a lui Boyer și cea modernă.

Bosă sanguină. Diferite evoluțiuni, Verneuil, Trelat etc.

Bosa seroasă. Caractere. Teoria lui Morel Lavallée; Grunfelt și Verneuil. Abcese seroase (Nicaise).

Bosă gresoasă lichidă Istoric, Mecanism.

Simptome. Echimosa. Diferite colorațiuni, caractere. consecințe practice și de medicină legală. Deosebirea între echimoză și chemosis. Simptomele boselor, proprii fie-căria din ele. Gangrena traumatică și cea diatesică, Icter hematic traumatic. Caractere, mecanism. Tromboze și embolii venoase.

Diagnosticul special fie-cărui grad.

Pronosticul forte variabil fiind în legătură cu diatezele.

Tratamentul local și general.—(Pag. 353.)

Plăgi prin instrument tăetor. Caractere. Divisiune. Reunire per primam. Condițiunii. Reunirea lambourilor deslipite. Istoric. Esperiențele lui Duhamel, Hunter, Dieffenbach, Magitot, P. Bert. Teoria. G. Martin. Terrier.

Fenomenele microscopice în reunirea per primam. Celule embrionare, evoluția; vasele, diferite teorii: autohtonă, din vasc preexistente, angioblastică, din leucocite. Autorii fie-căria din ele.

Reunire prin a II-a intenție. Cause. Caractere. Reunire sub-crustacee; cicatrizare prin desicațiune, consecințe.—(Pag. 362.)

Plăgi prin instrument înșepător. Caractere. Focarul traumatic. Particularități diferite.

Plăgi otrăvitoare. Caractere. Divisiunea: plăgi otrăvite, înveninate și virulente. Înșepătura anatomică, forme clinice.

Plăgi contuse. Caractere. Fenomenele primitive și secundare locale. Tratamentul.

Plăgi prin mușcătură. Diferite forme după animale.

Plăgi prin smulgere. Caractere. Lipsă de emoragie, mecanismul. Lipsă de durere; observații.—(Pag. 370.)

Plăgi prin armă de foc. Definiție. Caractere. Descoperirea prafului de pușcă.

Prima scriere asupra plăgilor prin armă de foc; Brunswick, Jean de Vigo, Ambroise Paré.

Divisiunea armelor în comune și de rășboi iar acestea în ofensive și defensive. Inutilitatea celor ofensive. Experiențele autorului. Arme albe. Arme de foc portative și neportative. Pușca, revolverul; părțile din care se compun: țeva și cartușul. Glontele.

Considerațiunile ce au provocat proiectilele moderne. Condițiunile unui proiectil modern.

Vitesa inițială și vitesa remasă. Vitesa minimă a unui proiectil pentru a pune un om afară din serviciu. Modul cum lucrăză aprinderea prafului de pușcă și cele alte substanțe explozibile propriu ăis. Impregnațiunea prafului de pușcă în piele la diferite distanțe. — (Pag. 383.)

Plagă în seton. Raportul între orificiul de intrare și eșire. Dupuytren, Blandin, Velpeau, autorii compendiului. Opinia autorului. Diferite experiențe. Concluziuni. — (Pag. 391.)

Teoria idrostatică. Istorice. Huguer, Busch, Kocher. Principiul lui Pascal. Aplicațiunii. Experiențe diferite ale autorului. Objecțiunii. Opinia autorului. Concluziunii. Aplicațiunii practice bazate pe experiențe. — (Pag. 406.)

Teoria lui Melsen. Experiențele și opinia autorului. Teoria proiectilului-aer (Melsen). Casurile ce produc neregularitățile în orificiul de intrare. Orificiuri multiple.

Deformațiunea proiectilelor. Transformarea mișcării în căldură. Experiențe. Objecțiunile diferiților autori. Experiențele lui Bruns și Beck.

Traectul cu diferite forme.

Armele neportative și descrierea lor.

Anatomia patologică prin proiectile mari. Fenomenul numit *vent du boulet*; exemple. (Pag. 418.)

Pielea, țesutul celular, aponevrozele, tendonale, vasele, nervii și mușchii în fața proiectilelor. Leziunile oșelor: periostite, osteite, osteomielite. Gangrena mefitică a lui Lidell. Modul cum se comporță proiectilul în canalul osos. Fracturile oșelor: simple, complicate, fisurare, perforante, rezecante și longitudinale spiroidale. Experiențele autorului și concluziunii. Fracturile craniului. Leziunile articulațiilor. Plăgile plămânilor. Simptome. Durerea. Caractere. Causalgie. Emoragie. Delir, semi-pirexie. Diagnosticul. Chestiunii. Pronostic. Tratament, opinia autorului. — (Pag. 440.)

Arsuri. Definiție. Arsurii prin corpuri solizi, lichizi și gazoși. Caractere. Arsurile prin fosfor. Diviziunea arsurilor după diferiții autori și după Dupuytren în VI grade. Simptomele fie-cărui grad. Anatomia patologică. Nefritele și raportul albuminei cu temperatura. Observațiile autorului. Alterațiunile sângelui. Ulcerul duodenului. Teorii. Indicațiunii speciale în tratament.

Congelații. Definiție. Acțiunea frigului în raport cu diferitele condițiuni atmosferice și individuale. Opinia autorului în fața aserțiunilor lui Tremmeret din St. Petersburg. Mórtea lentă, mórtea în urma fenomenelor de reacție și mórtea repede. Simptome și mecanism. Mórte prin ataxie catarală cu forma cefalică și toracică. Diviziunea congealațiilor în trei grade. Anatomia patologică a muschilor, nervilor și oșelor. Precauțiunile cerute în privința tratamentului.

Leziunile prin fulgurație sau trăsnet. Diferite opinii. Arborisațiunii, figurile lui Lichtenberg și imagini electro-fotografice. Alterațiunile sistemului pilos. Modul în care pot muri răniții. — (Pag. 455.)

Considerații generale asupra complicațiilor plăgilor. Complicații primitive și secundare.—*Sincopa*. Definiție. Caractere clinice. Sincopa mecanică și reflexă. Sincopa prin emoție înăuntru. Mecanism, exemple. Patogenia sincopelor reflexe. Diferite opinii. Oprirea cordului prin escizațiunea pneumogastricului. Experiențele lui Goltz, Vulpian, Brown-Sequard, François Frank.—*Șocul*: Definiție. Deosebirea între șoc și sincopă. Patogenia. Opinia lui Travers cu paralizia vaso-motorie a vaselor intra-abdominale. Experiențele lui Tappeiner și Muller. Teoria lui Fischer. Teoria lui Duret. Opinia lui Delorme. Observațiile autorului. Opinia modernă. Simptome. Forma insidiată, torpidă și eretică.—Nevralgiile traumatiche, primitive și secundare, precoce și tardive. Diferite tipuri și forme.—(Pag. 470.)

Septicemie. Definiție. Istoric. Cei vechi. Gaspard, Billroth, Guerin. Septicemie ete-rochtonă și autohtonă.

Teoria chimică. Opinia lui Gaspard, Bonnet, Delore și Gueterbock. Opinia lui Pannum—otrava septică. Otto-Weber, sulfidratul de amoniac, Bergmann-Sepsina. Gautier-ptomaine și leucomaine. Bouchard.

Teoria germilor. Pasteur. Babeș.

Diferitele tipuri de febră în perioada de creștere, culminare și declin.—(Pag. 492.)

Septicemia supra-acută. Diferite numiri. Definiție. Relațiunea între puls, temperatură și respirație.

Simptomele: generale și locale; simptome la distanță. Leziunile anatomo-patologice. Patogenia; vibriionul septic al lui Pasteur. Experiențele lui Chauveau și Arloing. Caracterile microbului septicemic.

Septicemia acută și cronică, caractere clinice.

Infecția purulentă. Definiție. Simptome, forme clinice. Caracterul frisonului. Etiologia Teoria metastazel, flebita supurată (Broca); trombosa și embolia (Virchow); embolia gresosă (Gosselin); diapedesa (Conheim); teoria modernă (Cornil). Natura microbului. Diagnosticul diferențial.—(Pag. 506.)

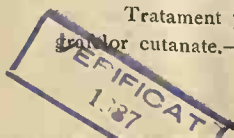
Erisipel. Definiție. Erisipel fix, serpiginos, migrator, eratic, metastatic, edematos, flectenoid etc. Forme clinice: tifoidă, biliată. Patogenia bacilară, caracterele bacilului.

Tetanos. Definiție. Simptome. Tetanos supra-acut, acut și cronic. Trismus, țigedita ortotonos, opistotonos, embrostotonos, pleurostotonos. Caracterele contracțiunilor musculare. Numărul vibrațiunelor. Causel ridicării de temperatură. Opinia lui Bouchard, Charcot etc. Opiniunea lui Verneuil, a lui Peter. Causa morței. Anatomia patologică neconstantă. Etiologia. Opinia lui Larrey și Dupuytren; stările constituționale; starea morală. Teoria nervosă, teoria humorală și bacilară (Nicolauer). Forma microbului. Teoria telurică și equină. Tratamente. Narcotice și injecții subcutanate de acid fenic.

Gangrena de spital. Caractere. Forma pulpasă și ulcerosă.—(Pag. 522.)

Definiția cicatriței. Caractere. Cicatrițe diforme, cicatrițe bolnave și diformități prin cicatriță.

Tratament preventiv și curativ. Autoplastiile, Grefele. Opinia autorului în privința grefelor cutanate.—(Pag. 537.)



DE ACELAȘ AUTOR :

Luxație scapulo-umerală stângă, varietatea sub-coracoidienă completă; reducere cu succes prin procedeul ordinar, fără cloroformizare. Descrierea și considerațiunile asupra acestui procedeu; reducerea altor 7 luxații scapulo-umerale, prin acelaș procedeu.

Tumoră hipomatósă a subțierei stângi, având întocmai forma unei mamele. Extirpare, vindecare.

Cancer al penisului. Amputație: reflexiuni asupra acestei operații.

Un nou procedeu pentru restabilirea buzei inferioare.

Epiplocel traumatic; excizie, vindecare. Considerațiunile asupra acestui cas.

Infiltrațiune urinară.

Despre buza de epure simplă și unică; metoda operator, observații.

Nevrom în regiunea supero-internă a gambel stângi; operație, vindecare.

Fractura antebrăului stâng, la unirea terțului de mijloc cu cel inferior, complicată de plagă penetrantă, de deschiderea articulației radio-cubito carpienă și de eșirea extremității inferioare a cubitului prin plaga penetrantă.

Sifilisul ereditar: manifestațiuni sifilitice tardive la copii; accidente terțiare: periotose ale mâii multor oșe și în special ale ambelor tibii.

Ernie traumatică a testiculului drept, operație (reducerea) vindecare.

Considerațiunile asupra sifilisului ereditar la copii.

Studii asupra inflamației.

Contribuțiunile asupra amputației penisului, procedeul d-lui prof. Assaky.

Memoriile despre răzuirea uterului

Un nou procedeu pentru tratamentul emoroidelor.

Despre supurație saū puroiū.

Despre isterografie.

Sarcom al ovarului drept.

Considerațiunile asupra antisepsiei chirurgicale (lecțiune clinică).

Antrebunțarea cocainei în chirurgie.

Despre gangrena alcoolică (lecțiune clinică).

Note de lecțiuni clinice ale d-lui prof. Assaky.

Valoarea semiologică a retracțiunei permanente a degetelor în afecțiuni chirurgicale.

Un nou procedeu contra cancerului buzei inferioare.

Un nou aparat compresiv contra tumorilor testiculului.

Un nou procedeu contra prolapsului bășiceii udului.

Recto-plexie postero-superioară contra prolapsului rectal.

Tratamentul anavrișmelor prin metoda mixtă de legătura arterei și deschiderea sacului.

Grefe luate de la miel la om etc. etc.

Tóte aceste lucrări se găsec publicate în ziarele științifice: Spitalul, Clinica, lucrările de laborator al d-lui prof. Assaky, Archives Roumainnes, Institutul de chirurgie și revista de medicină și chirurgie practică a studenților.

Unele din aceste lucrări au fost publicate ca observații de d-nii Al. Carnabel, Al. Popescu, Marcian, Pucerea etc. interni din serviciul meu.

