

av. 30560  
Inv. A. 12.246

# CURS CLINIC

DE

# PATOLOGIE CHIRURGICALA

DE

D<sup>R.</sup> I. KIRIAC

343513

LECTIUNI PROFESATE LA INSTITUTUL DE CHIRURGIE  
(CONTINUARE)

Donațiunea:  
C. C. ARION

33718

VOLUMUL II

CU 134 FIGURI IN TEXT



NOUA TIPOGRAFIE „POPULARA“  
40, — STRADA POLONĂ, — 40.

1893



BIBLIOTECA CENTRALA  
A  
UNIVERSITAȚII  
DIN  
BUCUREȘTI

No. Curenț 30560 Format.....

No. Inventar..... Anul.....

Secția..... Raftul.....

BIBLIOTECA CENTRALA DE STUDII  
BUCURESTI  
30560

*pentolat*

9127

1961

L

**B.C.U. Bucuresti**



**C33718**

*12/1961*

# TABLA DE MATERIE

TITLUL	PAGINA	TITLUL	PAGINA
Tuberculosa și istoricul . . . . .	1 — 10	Buba de orient . . . . .	197 — 199
Contractarea tuberculosei prin calea digestivă, sanguină, respiratorie și organele genitale . . . . .	10 — 21	Tumorile pielei . . . . .	199 — 201
Anatomia patologică și tratamentul . . . . .	21 — 31	Chiști sebacei . . . . .	201 — 203
Abces rece . . . . .	32 — 40	Córnele cutanate . . . . .	203 — 205
Cárbonele și pustula malignă . . . . .	41 — 55	<del>Cancerul pielei . . . . .</del>	<del>205 — 209</del>
✓ Despre tumori. Istoric . . . . .	56 — 65	Fibrómele pielei . . . . .	209 — 212
Teoria embriologică și parasitară în geneza tumorilor	65 — 82	Bólele unghiilor . . . . .	212 — 219
Adenóme . . . . .	83 — 86	<b>CAP. II.</b>	
✓ Epiteliom și cancer . . . . .	87 — 112	Flegmonul difus . . . . .	220 — 226
Sarcom . . . . .	113 — 124	Elefantiasis Arab . . . . .	227 — 234
Mixom . . . . .	125 — 126	Filaria de Medina . . . . .	235 — 236
Fibróme . . . . .	127 — 129	Tuberc. subcutanat dureros . . . . .	237 — 242
Lipom . . . . .	129 — 136	<b>CAP. III.</b>	
Chondróme . . . . .	136 — 140	Leziunile vaselor limfatice . . . . .	243 — 247
Osteóme . . . . .	140 — 141	Limfangite . . . . .	248 — 260
Limfadenom . . . . .	142 — 147	Limfangiectasie . . . . .	261 — 267
Mióme . . . . .	148 — 150	<b>CAP. IV.</b>	
Nevróme . . . . .	150 — 151	Leziunile ganglionilor limfatici . . . . .	268 — 272
✓ Tumori complexe . . . . .	151 — 152	Adenita acută și cronică . . . . .	273 — 279
Chiști seroși și Chiști dermoizi . . . . .	152 — 158	Adenitele sifilitice . . . . .	280 — 288
Angióme . . . . .	158 — 160	Tuberculosa ganglionilor limfatici . . . . .	288 — 295
Limfangiom . . . . .	160 — 161	Neoplasmele ganglionilor limfatici . . . . .	295 — 297
<b>Partea II a chirurgiei</b>		<b>CAP. V.</b>	
<b>CAP. I.</b>		Afecțiunile sistemului muscular . . . . .	298 — 302
Leziunile traumatice și inflamatorii ale pielei . . . . .	161 — 169	Ruperile musculare . . . . .	302 — 310
Furuncul . . . . .	169 — 179		
Antrax sau serpingea . . . . .	179 — 185		
✓ Foliculite . . . . .	185 — 189		
Tuberculosa pielei . . . . .	190 — 197		

<u>TITLUL</u>	<u>PAGINA</u>
Erniile musculare . . . . .	310 — 312
Miosite . . . . .	313 — 319
Tuberculoasă musculară . . . . .	319 — 319
Sifilis muscular . . . . .	320 — 324
Tumorile muschilor . . . . .	325 — 331
CAP. VI.	
Afecțiunile tendónelor. . . . .	331 — 335
Mecanismul reunirei inter- tendinoase . . . . .	336 — 352
CAP. VII.	
Afecțiunile tecelor sino- viale. . . . .	353 — 368
CAP. VIII.	
Afecțiunile burselor sau pungilor seróse. . . . .	369 — 376

<u>TITLUL</u>	<u>PAGINA</u>
CAP. IX.	
Leziunile nervilor . . . . .	377 — 397
Fenomenele prin turburări- rile nervóse periferice . . . . .	398 — 423
Fenómele de iradiatiune prin turburări centrale . . . . .	423 — 440
Diagnosticul leziunilor ner- vóse și rolul electricită- tei. Simptome tratament. . . . .	441 — 480
CAP. X.	
Leziunile arterelor . . . . .	482 — 492
Anevrisme . . . . .	492 — 518
CAP. XI.	
Leziunile venelor.—Plăgi, strébaterea aerului in ve- ne, etc.— . . . . .	519 — 530
Despre varice. . . . .	530 — 535

1893 Octombře 24.

**Dr. I. Kiriac**



# DESPRE BOALELE VIRULENTE

## TUBERCULOSA

Un grup destul de însemnat din clasa bolilor virulente le-am studiat deja în primul volum, la capitolul septicemiei. Pentru moment ne vom ocupa în special cu tuberculosa și pustula malignă, ca făcând mai direct parte din domeniul chirurgical, rămânând ca restul celorlalte boli să-l studiem cu altă ocazie.

Se dă numele de boli virulente la acelea produse în urma străbaterii în organism a unei substanțe numită virus, care conform cercetărilor lui Pasteur trebuie considerată ca un produs infectant, în legătură cu un microb specific.

Tuberculosa formează tipul bolilor virulente sau infecțioase, și constă în prezența în organism a unui țesut neoplasic, numit țesut tuberculos, datorită el însuși unui parazit specific numit bacilul lui Koch.

Caracteristica tuberculozei, ca și a oricărei boli virulente, stă în a conține o bacterie specială, în izolarea posibilă a acestei bacterii, și reproducerea aceleiași boli pe un alt individ, prin inocularea produsului ce a dat naștere primei boli.

Ultima din aceste proprietăți este cea mai importantă, căci fără dinsa o boală virulentă nu poate exista.

În adevăr, metoda inoculațiilor succesive descoperită de Pasteur, este singurul criteriu prin care putem afirma, dacă da sau nu o boală este virulentă. Și numai prin acest mijloc multe boli în care nu s'au putut descoperi bacilul Koch, s'au considerat

totuși ca făcând parte din tuberculosă, dând rezultate pozitive prin inoculațiuni succesive. Ast-fel a fost cu lupus, unde însuși Koch cel d'ântâi, apoi Leloir, Cornil, și Babeș, Demme și Dautrelepont, numai pe calea inoculațiunei aū arētat natura tuberculosă a acestei afecțiunii. In cercetările nōstre, zic Cornil și Babeș, asupra lupusului nu am găsit de cât o singură dată un bacil asupra a 12 casuri de lupus ce am examinat, și cu tōte acestea am obținut inoculațiuni pozitive în serii cu acele specimene de lupus, unde nu s'a găsit câtu-și de puțin bacili. Și pentru a arēta și mai bine importanța inoculațiunilor în patologia experimentală, reproduc din Arloing cuvintele lui Conheim care a stabilit sub formă de lege că: tot ceia-ce transmis în mod experimental face să producă tuberculoza, aparține acestei bóle; și tot ceia-ce transmis în același mod nu provócă tuberculoza, nu aparține tuberculozei.

A scri istoria tuberculozei însémnă a scri aprópe întréga istorie a medicinei. Fără a ne lua o ast-fel de sarcină, totuși vom face un scurt istoric, alegēnd numai părțile necesari unor cunoscințe generale și în legătură cu practica chirurgicală, ferindu-ne a trece peste limitele unei cărți didactice elementare.

Putem deosebi în tuberculosă trei període saū mai bine zis trei nume celebre: **Laënnec (1800)** **Villemin (1865)** și **Koch (1882)**.

Inainte de Laënnec, prin ftisie se înțelegeaū tōte bólele consumtive de origină pulmonară, de unde și numele de φθίσις din φθίνομαι; mă consum, mă sfârșesc.

Bayle distingea șese specii de ftisii; în cari intra tot felul de inflamațiuni cronice, până și cancerul.

Cu venirea lui Laënnec ori-ce confusiune a dispărut, căci el prin geniul său cel mare, spiritul său de observație și puterea deductivă, a arētat că cele douē forme macroscopice sub care se presenta tuberculoza, nu erau de cât una și aceeași bólă.

In adevēr există o tuberculosă infiltrată, saū în masă, caracterisată prin existența unor mese albe saū galbene mai mult saū mai puțin întinse, străbătând în interiorul țesuturilor, precum și o altă formă numită miliară, în care țesuturile sunt numai simplu semănate ici coela de nisce puncte cenușii, de mărimea unor bóbe de meiū, numită pulbere tuberculosă saū granulațiune griză.

Laënnec, zic, stabilește teoria unicistă, arătând că nici o de-

osebire nu există între aceste două bóle, căci ele nu reprezintă de cât una și aceeași afecțiune, dar sub două modalități diferite.

Acéstă mare concepțiune a lui Laënnec, n'a întârziat să întâlnească numeroși adversari, mai ales în persóna lui Broussais, Gruveilhier, Lallemand, Graves etc., cari căutaū să răstórne mărul edificii ridicat cu atâta greutate de Laënnec.

Lebert cu acéstă ocaziune a voit să descopere, ca și pentru cancer, un element specific al tuberculosei, o celulă cu anumite dimensiuni și forme etc., fără însă a reuși, căci cercetările ulterioare au arătat, că ceia-ce dânsul descria ca atare, nu era de cât resturi de celule mórte, desorganisate.

Dintre toți autorii însă, aceia cari au reușit întru cât-va să cletine edificiul lui Laënnec, au fost Reinhardt, dar mai cu deosebire Virchow, stabilind **teoria dualistă**.

Ast-fel, pe când Laënnec considera tuberculoza infiltrată ca rezultatul unei degenerescente caseoase a tuberculului miliar, Virchow susținea că procese anatomice perfect asemănătoare caseificațiunei tuberculose, se puteau forma în alte circumstanțe, putând fi productul unui proces inflamator cronic și decî cu totul virgin de tubercule. Decî pentru Virchow, adevărata tuberculosă era numai granulațiunea miliară sau griză, pe când cea infiltrată, era pusă în rîndul proceselor inflamatorii cronice, neavînd prin urmare absolut nici o analogie cu tuberculoza. Dar structura intimă a tuberculului miliar, studiat cu deosebită atențiune de Wagner, Schüppel, Langhaus, Grancher etc., n'a ajuns la fixitatea dorită de Virchow, ast-fel că teoria dualistă, numită încă și teoria Germană, a avut un triumf efemer, tótă lumea fiind azi de acord a admite opiniunea lui Laënnec. Și mai ales lucrările lui Charcot și Thaon au stabilit în mod definitiv teoria unicistă, prin care atât infiltrațiunea în masă cât și granulațiunea numită griză sau cenușie, se consideră ca una și aceeași bóla.

Cu tóte acestea proba irefutabilă nu fusese dată; sistemul căutării specificității alterațiunilor anatomice trebuia să facă locul unei alte sisteme de investigațiune mult mai demonstrativă; natura parasitară și contagiosă a tuberculosei, trebuia confirmată pe calea inoculațiunei. Este adevărat, că inoculabilitatea tuberculosei fusese deja întrevăduță chiar de Laënnec, care după cum se scie, făcîndu-și o înțepătură pe indicele mânei stîngi, tăind nisce vertebre tuberculose, a vedut desvoltându-se o nodosită



conținând substanță caseoasă, pe care deși a cauterizat-o, totuși însă n'a împiedicat ca acest mare și ilustru medic să móră el însuși mai târziu de tuberculosă pulmonară, la etatea de 46 ani!

Mai putem cita încă pe Morgagni, care fiind partisan convins al inoculabilității, avea tot-d'auna frică a face autopsia unui tuberculos. În fine exista credința în popor, ce conserva o frică instinctivă de contagiune, cu tótă opiniunea contrarie a medicilor timpului, cari consideraū tuberculosa ca o afecțiune generală, diatesică, cauzată prin tot ce póte slăbi organismul; ca o afecțiune banală a sistemului limfatic.

Cu tóte aceste presupunerī zic asupra contagiosității tuberculosei, marea onóre revine lui *Villemin*, care în 5 Decembrie 1865 a dat probele cele mai demonstrative în acéstă privință.

Acest autor, zice Arloing, produse o fórte mare surprisă și emoțiune în cercul medical, prin următoarele propozițiuni citite în fața Academiei de medicină.

I) Tuberculosa este efectul unui agent causal specific, sau mai bine zis al unui virus.

II) Acest agent trebuie să se găsească în produsele morbide ce a determinat prin acțiunea sea directă asupra elementelor normale a țesuturilor atinse.

III) Acest agent introdus într'un organism susceptibil de a fi impresionat de el, trebuie să se reproducă și să reproducă în acelaș timp bóla, al cărui principiū esențial și cauză determinantă a fost dinsul.

Villemin deci, prin 14 esperiențe făcute pe iepuri, prin introducerea sub tegumente de materie tuberculósă, a arătat că tóte aceste animale aū murit de tuberculósă.

Dar încă o dată, emoțiunea produsă de Villemin fu fórte vie în presă și în conversațiunile particulare, mai ales că acum mai mult ca nici o dată, aprópe tótă lumea medicală credea în banalitatea etiologică a tuberculosei, și în producțiunea leziunilor sale prin simpla slăbire sau sărăcie a organismului.

Se făcură dar o mulțime de obiecțiuni, unii susținând că esperiențele n'aū nici o valóre, de óre-ce iepurii sunt nisce animale escesiv de fricóse și fórte susceptibile de a deveni tuberculóse, chiar în urma unor simple traumatisme; că aceste esperiențe erau prea puțin numeróse, și că în fine Villemin se servise de materie cadaverică etc. etc.

Dar mai presus de toți Conheim, la început foarte vrăjmaș acestor idei noi, a arătat că dânsul a produs tuberculoza la un iepure, numai printr'o simplă incisiune făcută pe urechea acestui animal.

Cu toate acestea, în sprijinul lui Villemin începură a veni și alți autori cari imputerniciră teoria sa.

Ast-fel au fost Debove și Krishaber, cari au obținut aceleași rezultate pozitive pe pisici, câini, porci de India etc., precum și Chauveau cu Paoli cari numai dând în alimente materie tuberculoasă la diferite animale, iarăși au obținut dezvoltarea tuberculozei.

Obiecțiunile însă nu se opriră, de ore-ce persoane autorizate ca Lebert, Conheim și chiar Brown-Sequard arătară că, injectând sub piele materii simple, până și însuși praful de lycopodium, pot produce pe animale leziuni în totul identice cu tuberculoza; la ce este mai mult, aceste produse administrate la alte animale dau același efect.

Totul însă a fost resturnat prin ultimele experiențe datorite lui Hippolyte Martin, prin mijlocul inoculațiilor în serie.

Acest autor a arătat, că dacă și prin materii simple se poate dezvolta o tuberculoză, inoculațiunea însă nu se poate continua, de ore-ce la a doua, maximum la a treia încercare, efectele dispar.

Nu este însă tot ast-fel cu tuberculoza adevărată, căci inoculațiile nu numai că se mențin, dar încă dinsele devin cu atât mai virulente cu cât ne depărtăm de origină; așa că este destul a obține tuberculisarea unui singur animal, și prin inoculații succesive să putem tuberculisă un număr infinit de animale, transmitând virusul de la unul la altul; pe câtă vreme, încă odată, în tuberculoza falsă nu observăm nimic de analog, de ore-ce după întâia sau cel mult a doua inoculație totul devine negativ.

În fața acestor experiențe atât de demonstrative și a unui raționament așa de puternic, nimeni nu mai avu nimic de obiectat. Și drept corónă a acestor întreprinderi, fură experiențele lui Conheim care de și la început era adversarul inoculabilității tuberculului, acum însă devenise cel mai fervent apărător. În adevăr, Conheim introduse un procedeu elegant, practicând inoculații în camera anterioară a ochiului, și unde se putea ur-

mări ca și într'o oglindă, toate fazele dezvoltării granulațiilor.

Dar aceste experiențe ce puneau în afară de orice îndoială natura virulentă și contagioasă a tuberculozei, se complectară prin ultima descoperire a lui Koch, care în 1882 Aprilie 5 arată cauza acestei virulențe, datorită prezenței unui bacil ce și azi poartă numele său.

Este incontestabil, că în urma descoperirii lui Villemin, a experiențelor lui Hippolyte Martin și a tuturor celorlalte autori, precum și metodele lui Pasteur asupra virusului în general, ideea de a face să se creadă că virusul tuberculos trebuie să fie datorit unor microorganisme, începuse a preocupa spiritul multor autori, mai ales al lui Bouchard și Conheim, cari bănuiau existența bacteriilor în tuberculosă. Toussaint găsisse niște micrococi imobili, iar Klebs niște monadine extrem subțiri și animate de mișcări foarte vii. Și ceia-ce e mai curios, e că prin aceste culturi evident impure, dinșii determinară tuberculoza la animale.

Dar onorea revine lui Koch, precum și lui Ehrlich, cari prin mijloace perfecționate de colorațiune, reușiră a isola bacilul specific arătând prezența sa în toate produsele tuberculose.

Prin mijlocul acestui bacil ast-fel izolat și cultivat, s'a obținut tot-d'auna rezultate pozitive invariabile și constante de dezvoltarea tuberculozei, ori de câte ori s'a inoculat în serii pe animale de diferite specii.

Fără a intra în mari detalii în ceia-ce privește cultura acestui bacil, vom spune numai că dînsul nu se cultivă nici odată pe gelatină ci numai pe serum sanguin (Koch), și pe agar glicerinat (Roux). Culturile nu lichefiază nici odată aceste medii, și devin bine vizibile ochiului liber către a 14 zi, sub formă de solzi alburii uscați. Una din aceste colonii privite la microscop, se arată constituită exclusiv din bacili dispuși în serii, așa că formază figuri în formă de S sau cuate. Când sunt mai lungi, ele sunt ondulate ca un șarpe, umflate la centru și subțiate la extremități. Tinerile colonii sunt subțiri, iar cele mai vechi mai grose.

În figura I luată din Cornil și Babeș se reprezintă o cultură de bacil tuberculos.

Iar cât privește forma bacilului tuberculozei, vom spune că acest microb *aerob și fără mișcări* are forma de bastonaș



Fig. 1.  
Cultură de bacil tuberculos.

drept sau puțin incurbat, posedând pe un traect al lungimei sale niște puncte albe numite spore.

În fig. 2 luată din Arloing se vede clar acești bacili cu sporele lor. Diametrul lor transversal este de obicei uniform în toată lungimea, și fără a fi umflați la extremități, de și une-orî sunt incurbați în cârlig sau luând forma unui S.

Mărimea acestor bacili este 3—4  $\mu$ , iar lungimea în termen mediu de 0  $\mu$ , 3—9  $\mu$ , 5.

Partea cea mai principală a bacilului tuberculosei sunt sporele, a căror rezistență la putrefacție asigură reproducerea sea.

Ast-fel, diferiți autori și în special Cornil și Babeș, au arătat că bacilii, nu mai grație acestor spore, chiar după trei luni de zile lăsați în sputele putrefiate, s'au găsit cu totul intacti, bucurându-se de totă activitatea virulentă, căci inoculați, au dat toate acele rezultate pozitive ca și cum ar fi fost proșpeți. Pe de altă parte, Mallassez și Vignal au insistat și dinșii asupra acestei proprietăți, nu numai în fața putrefacțiunii dar și la aerul uscat, precum și la acțiunea sucului gastric.

Gaffky, Schüller și Fischer au produs tuberculosă experimentală la epurî, injectându-le spute uscate.



Fig. 2.  
Bacilul tuberculosei dupe Koch  
(Zeiss  $\frac{1}{18}$  ocul 4).

Vom adăuga iarăși, relativ la acești bacili, că cercetările moderne par a demonstra că virusul tuberculos este întim legat cu corpul bacilului, chiar și atunci când acest microb e mort. Ast-fel Straus și Gamaleia au arătat printr'o serie de experiențe, că dacă filtrăm bine cultura de bacil tuberculos, adică facem să fie cu totul lipsită de corpii acestor parasiți, și dacă facem

inoculațiunii cu o asemenea cultură sterilisată, nu găsim nici o otravă care să ne dea fenomenele tuberculose; rezultatele deci rămân negative. Din contra, dacă lasăm în cultură corpii acestor bacili prealabil uciși, fie prin căldură or alte mijloce, inoculațiunile devin pozitive, fapt pus în evidență de Maffuci, Koch,

Prudden, Hodenpyll, dar mai ales prin ultimele experiențe ale lui Kostenitsch (1893) care a ajuns la concluziunile următoare :

1) Bacilii tuberculoși morți, introduși în economia animală, persistă foarte mult, conservând aspectul precum și facultatea specifică de colorațiune.

2) Acești bacili păstrează o mare parte din acțiunea patogenă a bacilului viu.

3) Inoculați, provoacă leziuni locale fără a se generalisa. Wiesmann arată că se produc leziuni sclerose.

4) Că virusul tuberculos este intim legat de însuși corpul bacilului.

Să revenim însă la descoperirea lui Koch.

Neapărat, o descoperire atât de mare, ce venia să distrugă pentru tot-deuna nisce prejudeți înrădăcinate precum și să dea o nouă față terapeutice și chiar anatomiei patologice, nu pntea să rămâe fără obiecțiuni și reclamațiuni de prioritate. Și în numărul acestora din urmă fu mai cu deosebire Baumgarten, care în modul cel mai puternic protestă contra lui Koch, susținând că 'i-a uzurpat meritul câștigat printr'o muncă laborioasă. Baumgarten pretindea, că dînsul constatase deja în tuberculele umane o bacterie cu totul identică cu aceia a lui Koch, pe care, dacă nu reușise a o colora, nu era însă mai puțin pusă în evidență prin ajutorul unor soluțiuni de potasă sau sodă. Și pentru a proba acésta, a somat pe însuși Koch, după zece zile de la anunțarea descoperirii sale, să vie el însuși a examina preparațiunile destul de numeroase, ce erau puse la dispozițiunea orî-cui.

Adevêrul este că atât Koch cât și asistenții săi au recunoscut, că bacilul arătat de Baumgarten se asemăna foarte mult cu noul său bacil. Lăsăm la o parte revendicările lui Klebs și Toussaint, pentru a conchide cu Arloing, că în fond nimeni n'avea dreptate, de ôre-ce Koch a fost cel dintiū care a publicat rezultatele descoperirii sale, toți cei-lalți autori rămânând ca simplii întrevězători ai bacilului tuberculosei, fără însă ca vre unul din ei să se fi gândit a-l cultiva și a reproduce leziunile prin inoculațiunea culturelor.

Trebue însă să spunem că profesorul Koch, prin concluziunile sale prea categorice, făcute de o dată cu descoperirea bacilului, a provocat el însuși serioase obiecțiuni. În adevêr Koch

era prea afirmativ, nu numai în ceia-ce privesce dimensiunile bacilului precum și proprietatea sa electivă de a se colora, dar încă și în aceia că numai prezența acestui bacil p $\acute{o}$ te afirma natura tubercul $\acute{o}$ să a unor producțiuni patologice. De aceea, mai cu deosebire în Viena, Koch fu aspru combătut de Spina, care a arătat nu numai o diversitate mare de bacterii a tuberculoasei precum și deosebirii de lungimi, dar și analogia acestor bacili tuberculoși cu ai bacteriilor de putrefacție. Dinșul a găsit bacili dotați cu aceeași proprietate ca și cei tuberculoși în apele de canaluri. Klebs și Toussaint au arătat și dinșii că bacilul lui Koch nu era singurul capabil de a produce tuberculosa, căci și simple granulațiuni puteau să se bucure de aceleași proprietăți. Pe de altă parte, Cornil și Babeș în 1883 au observat că păstrând spute putrefiate, bacili se rezolvau în granulațiuni, bucurându-se de aceleași afinități pentru materiile colorante. În fine, Malassez și Vignal au arătat că în unele leziuni tubercul $\acute{o}$ se nu existau bacili, ci numai nise simplii micrococi sub formă de zoogloes dificili de colorat, dar cari inoculați la iepuri au dat naștere unei tuberculoze generalizate, obținând chiar prin inoculațiune patru generațiuni succesive de această tubercul $\acute{o}$ să zoogloică, unde încă o dată nu s'a găsit de cât simplii micrococi.

Acăsta ar însemna, că bacilul lui Koch nu este o ființă constantă și absolut indispensabilă pentru dezvoltarea tuberculoasei, de ore-ce și alte microorganisme banale pot produce aceleași leziuni.

De aci unii autori nu s'au temut a înființa un nou capitol în patologie sub numele de pseudo-tubercul $\acute{o}$ să.

În adevăr, se observă mai cu sémă în afecțiunile pulmonare unele procese semănând foarte mult cu tuberculosa, dar unde examenul bacteriologic rămâne cu totul negativ în privința bacilului lui Koch, arătând însă în locul lui alte parasite animale sau vegetale, și în special o ciupercă cunoscută sub numele de *Aspergillus fumigatus*, fie singură — formând pseudo-tuberculosa aspergilară primitivă, fie în asociațiune cu bacilul lui Koch — pseudo-tuberculosa aspergilară mixtă (Arloing). Dar nise asemenea cazuri nu numai că sunt rari, dar după observațiunile lui Koch, sunt tot de natură tubercul $\acute{o}$ să; și că bacilul, dacă nu s'a observat, a fost sau un defect de tehnică, sau supra-a-

dăogarea de alți microbi într'o cantitate mai numărósă—bacilii fiind în număr mult mai restrâns. Și numai ast-fel se pôte explica inoculațiunile positive cu nisce asemenea produse, datorite bacililor ascunși, iar nu unor microbi ordinari.

Cu modul acesta discuțiunile sunt aprópe închise, stabilindu-se că bacilul lui Koch este unicul factor ce intervine în produțiunea orî-cărei leziuni tuberculóse. Remâne însă bine înțeleș, că și în acéstă chestiune ca și în întréga medicină, nu e nimic de matematic și fără esceptiune. Și precum meritul unui archeolog sau numismat este cu atât mai mare cu cât recunósce și specifică data la care aparține o piatră sau monedă ale cărei litere și inscripțiuni sunt aprópe șterse, tot ast-fel e și meritul bacteriologistului și anatomopatologului, care arată prin diferite raționamente și combinațiuni, existența bacilului chiar atunci când s'ar crede că nu esistă.

## CONTRACTAREA TUBERCULOSEI

O dată cunoscută natura tuberculósei precum și agentul ce produce acéstă bólă virulentă, ne rămâne a vedea cari sunt căile prin cari acest bacil intră pentru a ne ataca organismul, precum și mijlócele lui de propagațiune.

Acești bacili de sigur sunt fórte răspândiți, pentru că tuberculosa se găseșce aprópe în tóte părțile globului: probă statisticile ce ne dau teribilul adevăr, că aprópe a șéptea parte din genul uman móre de tuberculósă.

Bacilul tuberculósei ne póte ataca prin mai multe căi și în special pe *calea respiratorie, tubul digestiv și calea sanguină*.

I. *Calea respiratorie* este de sigur câmpul cel mai larg prin care bacilul strébate în organismul nostru, ceia-ce a și făcut a atrage atențiunea experimentatorilor din prima zi a descoperirii inoculabilităței; și aceasta cu atât mai mult cu cât plămâni sunt la om organele cele mai adesea atinșe.

Deja înainte descoperirii bacilului lui Koch, unii experimentatori s'au ocupat de această chestiune interesantă. Ast-fel avem pe Tappeiner, care în 1880 inchiđend 12 câini într'o mică cameră, unde pulverisând spute uscate luate de la ftisici, a ob-

ținut 11 casuri de leziuni tuberculose în plămâni, splină și ri-nichi.

În 1882 Giboux, făcând să respire nisce epurî tinerî închisi în lăđi în timp de 100 de zile aer expirat de ftisici, în cantitate de 25 de litruri pe fie-care zi, a constatat că aceste animale au devenit tuberculose; pe când o altă serie de animale inspirând același aer, dar filtrat prin vată, tuberculosa nu s'a declarat.

Alți autori au ajuns la acelaș rezultat tot prin mijlocul inha-lațiuneî de materie tuberculôsă, pe când cu substanțe netuber-culoșe inhalate, rezultatele au fost negative.

Drept probă că aerul expirat de ftisici conține bacili, avem experiența lui Smith, care puind pe un tuberculos cu caverne să respire printr'un strat de vată, a găsit bacili în acéstă sub-stanță. Pe de altă parte Williams, a găsit bacili tuberculoși în preparațiunile microscopice făcute din pulberea culêsă într'un tub de ventilațiune în spital.

Se pare însă, după experiențele lui Cadéac și Malet, că pul-berile tuberculose mai voluminoșe nu se însoțesc de un grad de infecțiune așa de mare ca cele fin pulverisate. În adevăr, acești autori experimentând asupra a 46 animale așezate în primele condițiuni, numai doué din ele au devenit tuberculose, și acestea încă, având deja căile respiratorii prealabil iritate; pe când din contră, pulverisând lichide ce conțineau aceeași materie infectantă dar trecută printr'un tifon, tóte animalele cari au respirat acest aer au devenit repede tuberculose.

Reese dar din aceste esperiențe, că aparatul respirator se a-pără mult mai bine contra particulelor gróse de cât contra pul-berilor extrem divisate.

Din aceste esperiențe rezultă că bacilul strébate prin căile respiratorii, și este conținut în aerul espirat de ftisici.

Mai 'nainte însă de a infecta organismul, bacilul trebuie, con-form legei stabilită de Tangl, să se oprască în părțile profunde ale organului respirator, și acolo să determine o leziune tuber-culoșă în locul de intrare, adică o tuberculôsă primitivă.

Dar pentru asemenea desvoltare se cere neapărat ca micro-bul să fie oprit în mersul său, fapt ce se realizază: fie printr'o ușoră escoriațiune a mucósei respiratorie, fie prin pierderea e-lasticităței unui teritoriū anumit al pulmonului în urma unor



vechi inflamațiuni, fie în fine prin faptul debilitărei organismului, în urma căreia ventilațiunea pulmonară fiind insuficientă, lacilul se oprește în ultimele ramificațiuni bronchice, pentru ca acolo pululând și dezvoltându-se, să determine o tuberculosă primitivă, de unde apoi să infecteze întregul organism.

Acésta ne esplică pe de o parte faptele clinice; prin cari indivizi cu bronchite vechi și alte afecțiuni pulmonare cronice sunt mai predispuși la tuberculosă de cât alți indivizi puși în aceleași condițiuni de receptivitate. Dar ne mai arată încă confirmarea în totul a legei stabilită de *Louis*, care proclamase că sediul tuberculoasei nu numai că e în plămâni, dar de preferință începe prin vârf. Aceasta probabil pe de o parte din cauza unei irigațiuni sanguine insuficientă în comparație cu cei-l'alți bobi, — de unde o nutrițiune mai slabă, iar pe de alta că vârful plămânilor este mai espus la intemperii, și deci în contact mai direct cu diferite pulbere și parasiți, — din cauza bronchelor mai scurte ca a celor-l'alți bobi.

**II. Calea digestivă.** Esperiențele lui *Chauveau* și *Paoli* deja citate, sunt foarte demonstrative în privința inoculării tuberculoasei prin calea digestivă.

*Gerlach* a tuberculisat vaci, porci, și epuri hrănindu-i cu lapte de vacă tuberculosă.

*Klebs* a tuberculisat și el pureei de India, alimentându-i iarăși cu lapte de vacă ftisică.

*Semmer* a ajuns la același rezultat cu porci și berbeci, pe când calul și câinele i s'au părut mai refractari.

În fine *Bouley* în scrierile sale, se declară partisan convins și elocuent al contagiosității ftisiei prin alimentație. (*Cornil* și *Babeș*).

Dar sunt încă și alte observațiuni și experiențe cari probéză acest lucru; și între altele faptul constatat că însuși pasările cari ciugulesc din spute tuberculose devin tuberculose.

Pe de altă parte clinica arată și dânsa, că ingestiunea cărnurilor luate de la boi, vaci și alte animale tuberculose, provocă tuberculosa la om.

*Hippolyte Martin* a făcut chiar experiențe pe animale, injectând în peritoneu lapte suspect de vacă ce se vinde la Paris, și a obținut alterațiuni tuberculose evidente.

Se credea până acum că era necesar o desquamare sau exul-

cerafie a mucósei pentru inocularea bacilului; Corneti însă și Dobrokvovsky au arătat că bacilul poate strebate mucósa fără să o atace.

**III. Inoculațiunea prin calea sanguină.** Sistemul limfatic este de sigur unul din căile principale ce servă ca pörtă de intrare și de propagare a tuberculosei. Calea sanguină propriu zis jöcă un rol mărginit, de alt-fel însă förte evident în casuri de generalisare venită în urma operațiunilor sângerânde, și când infecțiunea e förte puternică. De aceea unii autori consideră tuberculosa miliară sau granulia ca o tuberculosă ematică, adică propagată prin calea sanguină.

Dupe Arloing însă, am putea deduce că și granulia este tot de origină limfatică, dar produsă pe o altă cale. În adevăr, acest autor susține că bacilul lui Koch ar secreta niște produse solubile favorisátore, produse ce ar mări aptitudinea mediului, făcând să pululeze acești agenți morbizi. În această ipoteză, bacilii introduși în organism nu-și arată imediat efectul, trece un număr öre-care de zile până la prepararea terenului limfatic, până ce se efectuează secrețiunea acelor substanțe d'asupra punctului de inoculație. Aceste substanțe solubile, impregnând întregul organism, oferă un mediu de cultură förte mare bacilului, care la cea mai mică efracțiune intrând în sânge, se poate desvolta cu o repeziciune extra-ordinară. De aci granulia, de aci autoinoculația. Acastă teorie jöcă un förte mare rol în diatesa tuberculosă după cum vom vedea.

În arhivele de medicină din 1893, Lesage și Pascal studiază o formă particulară de tuberculosă limfatică, al cărui resumat a fost publicat în România medicală No. 12 de Dr. Tomescu.

Acastă tuberculosă limfatică se caracterisă prin *integritatea completă a viscerelor, constatată în timpul vieții și confirmată prin necropsie*. Cu alte cuvinte, bacilul tuberculos o dată intrat în sistemul limfatic, rămâne acolo și-l copleșește încetul cu încetul în totalitate. Și numai grație acestei forme particulare de tuberculosă, mai ales la copii, unde fără a constata absolut nici o leziune viscerală, ne esplică faptul că acești mici pacienți mănâncă förte bine, ba încă prea mult, mergând până la bulemie; totuși însă dinșii slăbesc și se cachectiséză. Examinați cu atențiune, nu găsim nimic de cât prinderea apröpe to-

tală a ganglionilor cari sunt mici, tari, mobili și indolenți—poliadenita bacilară rece.

Esemplele de infecțiune prin calea limfatică sunt destul de numeroase, observându-se mai ales în urma înțepăturilor anatomice, precum s'a întâmplat chiar lui Laënnec.

Se mai observă încă la Ebrei în urma obiceiului ce au Rabini de a uza ca mijloc emostatic în circumcizie de sucțiune; de sigur, operatorul fiind tuberculos, poate foarte bine să inoculeze pe micul operat, cu bacilul ce posedă în gură.

Un alt cas este acela unde Verneuil ne arată un bolnav atins de morbul lui Pott, după ce mai întâiu a contractat un tubercul anatomic.

Tscherning relatéză de asemenea casul unei fete, care rânindu-și degetul mediū prin spargerea scuiptătoarei de sticlă a stăpânului său ftisic, a căpătat un panarițiu urmat de un mic nodul, care de și estirpat, afecțiunea s'a însoțit de prinderea telor flexorilor, precum și a ganglionilor epitrocleei și axilari. Atât degetul cât și ganglionii ce s'aū extirpat, aū posedat în ei bacili tuberculoși.

În fine Karz a dat observațiunea unui băiat, care în urma unui tubercul anatomic a căpătat abcese pe antebraț, în cari iarăși s'a găsit bacili.

În afară de condițiuni anumite, tuberculisarea prin căile limfatice, în general se face încet, și de multe ori rămâne localizată în ganglionii, luând o formă torpidă. S'ar părea deci că virusul tuberculos încercă foarte mari greutăți a eși din limfatice.

De alt-fel chiar după Koch, bacili s'ar încorpora de celulele limfatice în punctul de inoculație, și împreună cu limfa ar fi duși în ganglionii cei mai apropiați unde s'ar opri spre a se multiplica.

Observațiunile clinice sunt în acord cu acest mod de a vedea; și numai grație posibilităței acestui lucru de localizare a tuberculosei, intervențiunile chirurgicale își aū rațiunea lor, căci prin ele obținem vindecarea unor tubercule locale extirpându-le. Și între alte casuri, vom reproduce cele două observațiuni datorite lui Tscherning din Copenhaga, și care se citéză de orice autor.

Este vorba de o servitoare care s'a rânit prin spargerea unei scuiptători a unui tuberculos. Drept consecință s'a produs des-

voltare de tubercule în téca tendinósă a degetului, însoțindu-se de tumefacția ganglionilor cotului și axilei. S'a amputat degetul ridicându-se și ganglionii cari, examinați la microscop, conțineau bacili în interiorul lor. Patru ani dupe operație, femeia era foarte sănătósă, fără să presinte absolut nici un simptom de tuberculosă.

Al doilea cas e relativ la un veterinar care s'a inoculat, făcând autopsia unei vaci tuberculóse. Plaga s'a vindecat, dar degetul s'a umflat ne mai putând executa nici o mișcare. Se face incisia și se constată o masă de tuberculi subcutanați, plini cu bacili lui Koch; și totuși nu exista nici o alterațiune a sistemului limfatic al brațului.

### Transmiterea tuberculosei prin organele genitale.

Relativ la inoculația tuberculosei prin limfatice, se pune și chestiunea inoculării acestei bóle prin organele genitale. Intrebarea este: o femeie tuberculósă póte transmite în urma coitului acest bacil bărbatului său? și vice-versa: un bărbat cu tuberculosă genitală, póte da o tuberculosă a organelor genitale esterne sau interne femeii cu care coabitéză și are raportul sexual?

Cadéac și Malet au făcut niște experiențe foarte instructive în această privință. Dinșii au pus în aceeași cameră animale tuberculóse și sănătóse, separate însă printr'un grilagiú, spre a le impiedica de a avea un contact direct, și n'au observat nici un cas de contagiune. Ridicând însă grilagiul și lăsând animalele a coabita, două din trei animale sănătóse au devenit tuberculóse.

Trasbot în 1888 inoculând două purcei de India, aceștia au infectat ei însuși sau indirect, alți 30 purcei și 20 de epurí.

Chestiunea această însă, încă nu e rezolvată. Verneuil și Cohnheim susțin lucrul, pe câtă vreme Guyon și Reclus combat.

Este adevérat că de multe ori putem constata ulceratiuni tuberculóse pe vulvă, vagin, colul uterului, etc; și póte chiar metritele și salpingitele, fără a mai numéra estiomenul, sunt de această natură la acele femei având un bărbat tuberculos. Și nu e nimic de extraordinar în această, când știm că după cercetările lui Weigert, sperma unui tuberculos conține bacilul.

Cornil și Babeș se exprimă în modul următor: ni se pare foarte probabil că acele casuri unde vaginul ulcerat și uretra

sunt acoperite de bacilul tuberculozei, infecțiunea poate să aibă loc prin coit. Și numai astfel s'ar putea explica tuberculoza inițială sau izolată a organelor genito-urinare.

Lăsând la o parte toate celelalte obiecțiuni, una însă pare a fi mai puternică, și anume aceea că nisce asemenea leziuni de tuberculoză genitală, se pot observa atât pe fete cât și tineri cari încă n'au avut nici un contact de coit.

Există iarăși un fapt cam greu de explicat: cum se face că bacilul luat în urma coitului dintr'un vagin infectat, dinsul merge să se stabilească d'adrechtul în epididim, fără să lase nici o leziune în vre un punct în lunga sa călătorie?

Cercetări și experiențe ulterioare vor răspunde de sigur la toate aceste întrebări.

Nu se știe însă dacă unele scurgeri uretrale cu totul vechi și rebele ori căruși tratament, nu ar recunoște prezența unui bacil.

Pentru noi lucrul ar sta cam astfel: Precum în tuberculoza cutanată inoculațiunea virusului poate să rămână limitată în locul de inoculație, producând o ulcerațiune *in situ*, sau intrând d'adrechtul în vasele limfatice să producă leziuni la distanță, tot astfel ne putem explica și tuberculoza genitală.

Nu mai încape îndoială, că o femeie tuberculoasă având bacili în vagin, aceștia pot intra în canalul uretrei, iar de acolo treptat prin limfatice sau mucosă să meargă drept la epididim unde să se stabilească. Și dacă mai luăm în considerație escesele venere, cari de sigur aduc o slăbiciune a acestor organe prin deșă lor escitație, avem un loc de mai mică rezistență, ce dezvoltarea microbului nu cere mai mult, mai cu seamă dacă există și o predispoziție prealabilă a individului.

Din micul resumat ce am dat cu privire la imensul domeniu al bacilului tuberculozei și a numeroșelor posibilități de infecțiune, ne putem întreba: cum încă mai poate exista un om fără a fi tuberculos, când știm că vecinic inspirăm, mâncăm și bem acești bacili?! Dar nu e numai atât: dinșii se găsesc în mare abundență în spute, la suprafața or-cărei ulcerațiuni, în cele mai mici abcese reci, în fluidele genitale a bărbaților și femeilor, în dejecțiunile alvine, în urină, în salivă, precum și în toate secrețiunile corpului.

Două sunt factorii cari provoacă infecțiunea organismului: *exal-*

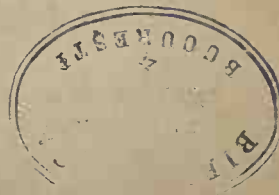
*tațiunea virulenței microbilor și lipsa de rezistență a organismului.*

Asupra primului factor se scie foarte puțin lucru. S'ar părea însă că secrețiunea substanțelor favorisătoare de cari am vorbit, precum și asociațiunea altor microbi, după cercetările D-lui prof. Babeș, ar contribui la desvoltarea mai repede și la exaltarea virulenței bacilului, căci Koch a arătat că crescerea bacilului tuberculos se face în general foarte încet, fapt căruia de sigur nu puțin îi datorim.

Relativ la acțiunea vătămătoare a diferiților microbi asupra tuberculozei, precum și la aptitudinea unui organism tuberculos de a înlesni strebaterea și desvoltarea altor specii de microbi, există observațiuni foarte demonstrative și puse în evidență, mai ales acum, prin diferite comunicări făcute la actualul congres de tuberculosă. Ast-fel Verneuil dă două cazuri tipice: unul e cu privire la o tinăra fată atinsă de morbul lui Pott și de adenopatie cervicală tuberculósă; aceste afecțiuni erau pe cale de ameliorațiune, când o febră eruptivă declarându-se, totă ameliorațiunea a fost distrusă. În al doilea cas era vorba iarăși de o fată, dar netuberculósă; dinsa capătă malaria, și în acest timp își produce o contusie pe frunte: s'a declarat o tuberculósă a frontalului, ce nimic n'a putut-o opri din mersul său.

Legroux comunică și el alte două observațiuni: aceia a unui copil atins de micropoliadenită, care după o ședere la mare s'a întors ameliorat; capătă însă o tuse convulsivă, în urma căreia se declară o coxalgie și o adenopatie bronhică tuberculósă. În al doilea cas, rugeola a provocat desvoltarea unei meningite tuberculóse, etc. etc.

D-nii profesori Babeș și Kalindero au comunicat de asemenea observațiuni foarte importante, din cari acești autori conchid că tuberculoza chiar latentă, poate servi ca pörtă de intrare la alte infecțiuni. Iată observațiile: O fată tinăra intra în serviciul D-lui profesor Kalindero cu semne de febră tifoidă sau tuberculósă acută; acest din urmă diagnostic se susține din cauză că sputele conțin bacili. La autopsie se găsesc leziuni intestinale tifoide caracteristice; bacilul lui Eberth în ficat și splină, plus bacilul tuberculozei în unele leziuni ale pulmonului. Leziunile tuberculóse a intestinului, servise de pörtă de intrare bacilului lui Eberth.



Un om móre cu semne de disenterie cronică și de tuberculoasă pulmonară veche. Plămânul drept e net tuberculos; în intestin, dar mai ales în cel gros, există numeroase ulcerăriuni cari sunt acoperite de o substanță cenușie, conținând pneumococ ce se găsește de asemenea în plămân și splină. Acest microb a strebătat, grație leziunilor tuberculose pulmonare.

Un tuberculos móre de septicemie emoragică; organele sale conțin un streptococ care dă epurilor septicemie emoragică; acest microb a strebătat în sânge prin leziunile pulmonare tuberculose. (Tribune médicale, 10 August 1893).

Din toate aceste și multe alte observațiuni reese, că tuberculoasă latentă se redeșteptă prin invasiunea unor noi specii de microbi în organism; iar pe de alta, că leziunile tuberculose înlesnesc această invasiune și favorisază repede lor desvoltare.

Clinica și observațiile au arătat, că în desvoltarea tuberculoasei este terenul, predispoziția individului care jôcă un rol mult mai principal de cât bacili. Și probă e că expunând două persoane la aceeași infecție și în aceleași condițiuni, una va cădea bolnavă, pe când cea de a doua va rămâne cu totul sănătósă.

Și această numai prin simplul fapt al predispozițiunei.

Dar ce este această predispozițiune?

Este un mod de a fi al organismului, venit saũ pe calea eredităței, saũ în urma diferitelor constituțiuni ce'și crează individul însuși.

Escesele numeroase, felurite bóle contractate, vegherile nocturne, traiul rěu, aglomerațiunile, alcoolismul etc. etc., sunt atâtea cauze de slăbire a organismului, cari puindu'l pe un punct de inferioritate, îl face incapabil de a lupta contra orí cãruí agent morbid, și cu atât mai puțin contra celui tuberculos.

Dar asupra tutulor acestor chestiuni am insistat pe larg în primul volum, și e deci inutil a mai reveni.

Dar în afară de această predispozițiune dobândită, creată de noi înșine, există o alta de care nu suntem întru nimic vinovați: această este *ereditatea*.

Chestiunea eredităței tuberculosei este așa de evidentă prin observațiile zilnice precum și prin statisticile făcute, în cât s'ar părea în afară de orí-ce demonstrație.

În adevăr, totă lumea știe că din părinți tuberculoși ies copii tuberculoși. Statisticile făcute în Germania de mai mulți autori,

dar în special de Bokendakler, precum și în Franța sub conducerea lui Valin, daū o proporție de 50% de tuberculoasă ereditară.

Intrebarea însă este: ne naștem tuberculoși având în noi leziunile materiale, adică însuși bacilul, sau posedăm numai o predispoziție pentru a căpăta această bôlă? Cu alte cuvinte, copiii ftisicilor sunt *tuberculisafți* sau *tuberculisabili*?

Autorii sunt în divergință de opinie în privința acésta. Unii susțin transmisiunea în natură a bacilului, pe cale directă, concepțională, formând ceia ce se chiamă *eredo-tuberculosa*; pe când alții susțin numai o aptitudine către acésta bôlă, adică *eredo-predispoziție*. În primul grup se află Landouzy și Martin, cari pe lângă observațiunile cunoscute că aborturile și moartea noilor născuți sunt foarte frecvente la tuberculoși, au arătat prin fapte palpabile prezența bacilului în organismul copiilor născuți din tuberculoși. În primul cas era vorba de un fet de 6 $\frac{1}{2}$  luni, eșit din o mană ftisică și mort 6 ore după naștere, fără însă să presinte nici o urmă vizibilă de tuberculoasă; inoculând însă fragmente din plămâni, la un purcel de India, s'a obținut dezvoltarea tuberculoșei.

În al II-lea cas, s'a obținut tuberculisarea prin inoculație de sânge, placentă și plămâni, iarăși la un fet de 3 luni, scos din uterul unei femei murtă de tuberculoasă miliară și cazeoasă.

În 1890, Birch-Hirschfeld a obținut aceleași rezultate pozitive, inoculând epuri și purcei cu ficat, splină și rinichi de la un fet scos dintr'o mamă ce murise de tuberculoasă difusă. Microscopul a arătat prezența bacilului în aceste organe, precum și mese tuberculose în placentă.

Pe de altă parte, cercetările făcute pe animale și în special pe vaci, de Chauveau, Semmer, Jessen, Arloing și Csokor din Viena, au arătat în mod indubitabil la autopsie, prezența bacilului în diferite leziuni tuberculose la vițeii.

Dar cu toate aceste constatări, casurile nu sunt nici generale, nici așa dese precum s'ar crede, ci putem zice cu totul excepționale; căci la din contra, ar fi un adevărat desastru dacă tuberculoșa s'ar transmite în natură la descendenți, dacă adică toți copiii ftisicilor ar eși din pântecel matern cu bacili și leziuni tuberculose. Pe de altă parte, zilnic se ved tuberculoși, cari nasc copii sănătoși și fără nici o leziune pe denșii.



Ast-fel fiind, mai toți autorii admit *eredo-predispoziția*, prin care posedăm numai terenul favorabil la desvoltarea tuberculozei, fără să avem în ființa noastră bacilul. (?)

Dar cum se efectuază această predispoziție?

Pină acum nu s-a dat un răspuns categoric.

Arloing însă susține, că acesta ar consta în proprietatea ce aă baciliilor de a secreta acea substanță solubilă și favorisătoare, despre care am vorbit. Baciliul, zice acest autor, aflați în organismul matern, secretă în mod continuu produse solubile, cari vërsate în torentul circulator, impregnăză fetul în tot timpul duratei gestațiunei. Un asemenea copil, vine deci în lume preparat gata și cu tot materialul necesar la desvoltarea bacilului, pe care însă, încă o dată, nu 'l posedă, ci trebuie să 'l procure el singur!

Socotese că acest mod de a vedea e foarte bine legat cu ceia ce ne arată Igiena, ce foarte adesea, prin bune îngrijiri și o alăptare necontaminată, reușește a conduce spre bine copiii tuberculoșilor, scăpându-i de o mörte sigură, nelăsându-i în aceiași cameră și nici alăptându-i cu laptele mamei ftisice.

Dar întręga medicină și terapeutică nu luptă atât contra tuberculozei confirmate—in potriua căreia mai nimic nu pöte face, cât a slăbi *eredo-predispoziția*, întărind forțele organismului contra or căruil atac. Dar or cum ar fi, teoria lui Arloing pare a se adeveri prin o experiență foarte demonstrativă făcută de Courmont. Acest autor, impregnând animale prin culturil filtrate, și în urmă inoculându-le virusul tuberculos, aă murit de 16 ori mai repede ca alte animale neimpregnate de aceste substanțe solubile.

Din tot ce am relatat pină aci, ereditatea tuberculozei rămâne bine stabilită și în afară de ori-ce discuție.

Mai rămâne încă a se ști: care din părinți aă influență mai mare în transmiterea *eredo-predispozițiunei*?

Chestiunile ce se pun în această privință sunt identice cu a-celea ale sifilisului, și se răspunde apröpe în același mod.

Celor ce doresc a citi mai pe larg, le recomand tesa mea de doctorat, tratând despre sifilisul ereditar la copii.

Este un lucru evident, că o mamă tuberculoasă, va avea o influență mult mai vätămătoare asupra fetului, prin simplul fapt că în tot timpul gestațiunei, copilul va fi alimentat cu un sânge

corupt, infectat. Statistica lui Leudet din Rouen și Vallin, a dat rezultatul că din 88 de familii tuberculose, 57 cazuri s'au transmis prin mamă.

Transmisiunea tuberculozei prin tată, e probată atât de observațiuni cât și de experiențele lui Landouzy și Martin, cari pentru a arăta prezența virusului în spermă, au făcut inoculații nu numai cu suc testicular, dar chiar cu spermă exprimată direct din vesiculele seminale de la animale tuberculose; rezultatele au fost din cele mai pozitive.

Pe lângă acesta, în experiențele lui Weigert și Baumgarten s'a găsit bacilul tuberculozei într'un ovul fecundat artificial.

Totuși, dacă numai tatăl este tuberculos, primejdia pentru copil e mai puțin mare: pe de o parte, că în timpul gestațiunii dinsul se va hrăni cu sângele mamei neinfectată, iar pe de alta, că dupe Guignard, Van Beneden etc., ovulul fiind format din un număr egal de elemente nucleare masculine și femele, nu este complect impregnat de virus, ci numai jumătate din nucleii săi. În asemenea cazuri, copilul are posibilitatea de a nu deveni complect tuberculos; și aci e poate origina scrofulosei saă a predispoziției.

Este socotesc absolut de prisos a mai arăta rezultatul funest când și mama și tatăl vor fi tuberculoși: copilul impregnat de două viruse, va cădea victimă, adesea mai înainte de a vedea lumina: de aci aborturile, facerile premature și mórtea repede a noilor născuți.

## ANATOMIA PATOLOGICĂ

Tuberculosa în majoritatea casurilor este o bólă locală iar nu o bólă infecțioasă generală, unde infecția generală predomină totul.

Dacă tuberculosa e o afecțiune pericolosă, acesta provine că dinsa atinge organele cele mai esențiale vieței, ca plămâni, creier etc., precum și din aceea că nu se mărginește tot d'auna la un singur organ, ci după cum am arătat, virusul are tendință a se respândi în tot corpul, atingând organele unul după altul, dacă nu mai multe de o dată.

Bacilul lui Koch intrând în organism lucrază întocmai ca ori ce corp strein iritant; ba ce este mai mult, producțiunile sale

sunt așa de identice cu acelea a materiilor inerte, în cât și acestea s'aũ numit leziuni tuberculiforme, discutându-se mult timp asemănarea cu tuberculele ftisiei. Ast-fel fiind, țesuturile vor căuta a se strânge în prejurul său pentru a'l isola, încarcera or sequestra.

Dar în afară de prezența bacilului și a rezultatelor pozitive prin inoculațiune, există încă și alte deosebiri, ale căror caractere aũ fost bine precisate de Köster, studiind leziunile pe membranele seróse.

Köster dădu numele de folicul tuberculos, la întregul proces ce se dezvoltă în jurul bacilului, care încă o dată, pare a avea de scop izolarea sea de țesuturi.

Acest folicul tuberculos, numit încă și foliculul lui Köster, se compune din următoarele trei elemente :

În centru se află una saũ mai multe celule numite gigantice, cu un diametru enorm, rotund, neregulat și cu protoplasma granulósă.

Nucleii sunt une-orî în număr considerabil, mari, dispuși în mod regulat, formând un fel de corónă și provezuți une-orî de același număr de bacili ai lui Koch.

Al II-lea rînd e format din nisce celule numite epitelioides, remarcabile iarăși prin volum și protoplasma lor, une-orî cu

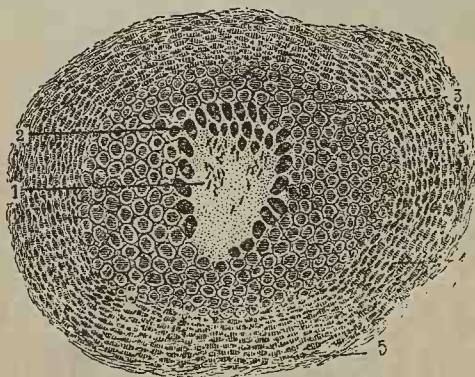


Fig. 3.

Folicul tuberculos al lui Köster ( $\frac{1}{2}$  schematic)  
 1) Celulă gigantică cu bacili în protoplasma sea.  
 2) Cîntură de nucleii. 3) Zonă de celule epitelioides;  
 4) Zonă de celule embrionare; 5) Zonă periferică  
 unde celulele embrionare sunt asociate cu elementele țesutului conjunctiv (Gr. 500 D. Arloing).

nuclei manifesti, iar alte dată cu simple granulațiuni. Dinsele formeză unul saũ mai multe straturi concentrice împrejurul celei gigantice.

În fine, un al treilea rînd e format din nisce celule embrionare, a căror întindere e mare, formate numai din nucleii și asociate mai mult saũ mai puțin cu țesutul conjunctiv normal vecin.

Daũ aci mai multe

modele de foliculi tuberculoși cu celule gigantice și bacili, unele împrumutate din diferiți autori iar altele personale, provenind din laboratorul prof. Obregia și desemnate de D. Tatușescu. Ast-fel avem fig. 3 luată din Arloing; fig. 4 luată din Cornil și Babeș, iar fig. 5, 6, 7 originale, unde se arată deferite aspecte de foliculi, ast-fel precum se presintă sub microscop.



Fig. 4.

Celulă gigantică; ici coeala se vād între nuclei grămezi de bacili.

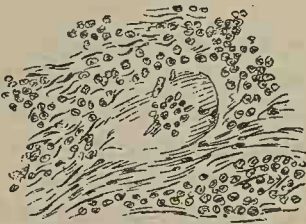


Fig. 5.

Celulă gigantică (originală).



Fig. 6.

Folicul tuberculos cu celulă gigantică în mijloc, provenit dintr'un estiomen al vulvei (originală).

Origina celulei gigantice e multiplă, iar modul formațiunei sale a fost interpretat în diferite moduri. Fără a intra în acest detaliu de istologie pură, rezumăm din Cornil și Babeș că, majoritatea autorilor atribue genesa celulei gigantice la confluența celulelor limfactice (Conheim); dupe Malassez și Monod ar proveni din celule vaso-formative și burgeonare vasculară; dupe Cornil, din hipertrofia și coalescența celulelor epiteliale a unor glande, a glandelor în grapă, iar după alții din celulele endoteliale a seroselor și a micelor vase.

De sigur, toate aceste origini sunt posibile, căci bacilul o dată intrat în ele, prin iritația ce determină le hipertrofiază, și ast-fel unindu-se la un loc constituie celula gigantică.

Toți istologiștii însă sunt de acord, că foliculul lui Köster e în strânsă legătură cu vasele, așa că Hippolyte Martin îl pune pe socotela inflamațiunei paretului intern al vaselor; ar fi deci o endovascularită tuberculosă.

Tripier însă, citat de Arloing, dă o altă teorie pe care o re-

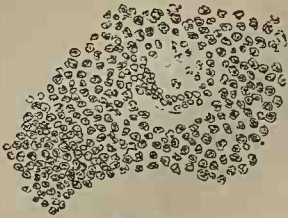


Fig. 7.

Foliculul tuberculos provenit dintr'un estomac al vulvei (originală).

sumăm: Tuberculul întreg ar deriva tot d'a-una din leucocite. Diapedesa ar fi însoțită de o exudațiune lichidă albumino-fibrinosă, permițând celulelor de a se mișca. Dinsele se pun în ordine ast-fel ca să formeze cercuri concentrice. Celulele centrale ale acestui vârtej ce învălesc agentul iritant, ar fi repede imobilizate, formând celulele epitelioides; acelea de la periferie însă continuând a se mișca, formeză zona embrionară; celulele epitelioides de la centru tind a muri și a se desintegra; ele se fusioneză pentru a forma celule gigantice.

Partea esențială însă o formeză zona embrionară, căci aceste celule infiltrându-se printre țesuturi, servă ca vehiculul bacilului; și după cum ele se organizează sau nu, foliculul poate crește la infinit sau să se oprască în mersul său.

Tendința finală a produselor tuberculoase este cazeificațiunea sau mórtea țesutului de neoformație.

Acastă cazeificare nu e de cât o necroză de coagulare, ce ni se manifestă chimicesce prin colorațiune galbenă a produsului tuberculos. Când acest fenomen se produce la suprafață, constituie *ulcerul tuberculos*; iar în viscere și în special în plămâni, *caverna*.

Se poate ca procesul tuberculos să producă o reacțiune puternică în jurul său, dând naștere unui cerc fibros care să strângă leziunea din toate părțile, ajungând ast-fel la vindecarea ulcerului sau la transformarea cavernei într'o escavațiune staționară. De alt-fel, aceste două procese merg paralel; și după cum predomină una sau alta, bóla progreseză or staționeză. Pentru această Grancher, a numit tuberculul o neoplasmie fibro-caseoasă.

În fine procesului fibros se poate adăoga une ori o infiltrațiune calcară, dând tuberculul cretaceu.

Alte dăți foliculul suferă degenerescenta caseoasă, grație obliterațiunii vaselor, în urma căreia, nutrițiunea devenind insuficientă, totă masa se transformă într'o materie puriformă; această constituie origina abceselor reci.

## TRATAMENTUL

Din cele ce am văzut deducem, că există în adevăr tuberculoze locale; și ast-fel fiind, putem a preveni mersul unei inoculațiuni progresive; putem aduce serviciu bolnavului ridicând acest focar limitat.

Acésta constitue cea mai mare glorie a chirurgiei moderne, distrugând cu totul teoria lui Louis, care susținea că tot-d'a-una și în mod inevitabil, cel mai neînsemnat abces rece este însoțit de tuberculoza pulmonară, și deci o intervenție este inutilă dacă nu absurdă, bolnavul fiind deja condamnat: ba încă, prin intervențiune s'ar putea agrava starea bolnavului grăbind terminațiunea fatală.

Verneuil, care s'a ocupat mult de acésta chestiune, de și recomandă intervențiunea, totuși face ore-cari rezerve aprobând întru cât-va ideile lui Louis; dar acésta chestiune se găsește pe larg dezvoltată în primul volum.

Azi intervenim în toate casurile de tuberculoze locale, și chiar în acelea unde Verneuil prescria abstențiunea.

De sigur nu vom neglija tratamentul ante-operator, constând în preparațiunea bolnavului, înconjurându-l de cele mai bune îngrijiri igienice, și prescrierea la interior a medicamentelor și alimentațiunei pentru susținerea forțelor.

În timpul operației, antisepsia va fi în primul rang. Și pentru a ne opune ori-cărei inoculațiuni posibile, vom ischemia organul de operat; iar pentru a preveni ori-ce recidivă locală, vom căuta a ridica toate părțile suspecte, căutând a trece dincolo de zona embrionară a foliculului tuberculos.

După operație, pe lângă aceeași igienă și alimentație ante-operatorie, vom pune pe bolnav, dacă e posibil, în noi condițiuni de trai instalându-l la un aer curat, la marginea mării, sau diferite stațiuni balneare cu reputațiuni căștigate.

Cu modul acesta, putem cu îndrăsnélă întreprinde operațiuni în casuri desesperate, atunci chiar când organele viscerale sunt atinse; când plămânii au caverne; când în urină există albumină, când în fine bolnavul se află în deplină cahexie; căci în definitiv, pe cât vom lăsa focarul de infecțiune în loc, pe atât nu

vom aştepta nici o ameliorare, necum vindecare. Din contra, prin suprimarea lui, adesea căpătăm rezultate neaşteptate.

Intre multele cazuri ce am avut a trata în aceste condiţiuni este şi acela al individului G. G., care fiind afectat de o tumoră albă a genuchiului stâng, complicată de supuraţie, fistule şi anchilosă complectă a genuchiului drept, era coprins de o cahexie foarte înaintată, de ralură umede în plămâni, şi în plus avea şi 7 grame de albumină în ud în timp de 24 ore. Ei bine, cu totă această stare deplorabilă, am făcut resecţia genuchiului acestui individ, care după trei luni de zile, nu numai că operaţia a reuşit în mod complect, bolnavul putând umbla cu cea mai mare înlesnire, dar albumina a descrescut treptat, iar dînsul a luat o schimbare în bine, îngrăşîndu-se aşă de mult în cât a devenit necunoscut.

Cu toate că această observaţie va fi descrisă pe larg la locul competent, totuşi pentru a arăta triumful antisepsiei, voi spune că în timpul rezecţiei, am găsit leziuni aşă de întinse pe femur, în cât nu era nimic de făcut de cât amputaţia. Cu toate acestea m'am opus, şi am întreprins un lucru încă nepracticat de nimeni, adică am răzuit canalul osos mergând pînă la o înălţime de 7 c. m., scoţînd totă măduva bolnavă cu lingura lui Volkmann. După aceea am trepanat osul la limita superioară a răzuirii trecînd un tub de drenajiu. Astăzi bolnavul vine la spitalul Colţei pe jos de la bariera Rahovei, distanţă mai mult ca 2 kilometri, şi fără să aibă nici un aparat protetic.

Intr'un alt cas identic, am procedat în acelaşi mod şi tot cu acelaş succes operator.

Tot ceia ce am spus pînă acum în privinţa tratamentului, se referă în cazurile de tuberculosă confirmată; şi dacă acest tratament chirurgical constituie o bine-facere pentru bolnav, extirpându-i réul deja declarat, ar fi însă o bine-facere mult mai mare dacă am putea preveni acest réu; cu alte cuvinte dacă am putea scuti pe bolnavi de apariţiunea tuberculosei.

Trebue dar să ne oprim puţin şi asupra acestor mijloce de prevenire cari constituie *tratamentul profilactic al tuberculosei*.

De sigur nu avem să insistăm mult asupra acestui capitol, de ore-ce dînsul aparţine mai mult igienei.

Totuşi vom reaminti câte-va modalităţi ale acestui bacil, precum şi gradul său de rezistenţă în faţa diferiţilor agenţi fisici

saŭ chimici, de unde cu înlesnire putem deduce óre-cari principii de prevenire, precum și înarmarea Chirurgului de substanțe antiseptice în timpul operațiunei.

În mod prealabil, vom spune că tótă silința nóstră ca și a întregéi mediciní, trebuie să aibă în vedere un singur lucru: să facem organismul nostru un mediŭ prost saŭ rěu pentru cultura bacilului. Bacteriologia nu ne arată óre că bacilul tuberculos nu se póte desvolta pe orí-ce cultură? Ei bine, să imităm experiențele din laborator, și încă o dată, să punem în imposibilitate pe bacil a se desvolta în noi, oferindu-i un teren prost de cultură. (!?) Aci stă tótă medicina, tótă igiena, tot meritul științei!

Am arătat deja cum organismul uman póte fi atacat de bacilul tuberculosei prin calea respiratorie, digestivă, tegumentară etc.; cum îngrămădirile, aerul confinat, prósta alimentație, sunt favorabile desvoltărei tuberculosei. Dar mai ales alcoolismul, precum și diferitele escese de tot felul, prin vegheri nocturne, prin abusuri venerice etc., toate crează în ființa nóstră tot atâtea cauze favorabile pentru desvoltarea bacilului, odată intrat în organism.

Deduțiunea deci se impune: *sobrietate, alimentație suficientă și aer curat.*

Dar lucrurile nu se pot mărgini aci, căci aceste precauțiuni s'ar aplica mai mult pentru ómenii cu totul sănătoși; pentru aceia ce ne propunem a'i preveni d'a nu deveni tuberculoși; în alți termeni, prin aceste mijlóce luptăm contra tuberculosei de a fi dobândită.

Cu mult mai severe vor fi precauțiunile ce vom lua, având în fața nóstră un individ deja predispus pentru acéstă hólă, adică un individ cu o eredo-predispozițiune.

Prima indicațiune va fi a separa copilul noŭ născut pentru a nu coabita cu părinții săi tuberculoși. Vallin în ancheta cu care a fost însărcinat în privința eredităței tuberculosei, cu drept cuvânt a conchis că multe casuri mortale, trebuiesc puse pe efectul contagiunei familiare, iar nu pe transmisiunea ereditară directă.

Și în adevěr, este lesne de înțeles cum persóne tuberculóse, prin sėrutările de tandrețe ce dau copiilor, precum și prin îngrijirile asidui, crezënd că le face bine, îi nenorocesc inoculându-le acest bacil. Și dacă ne aducem aminte de atâtea experiențe decisive făcute de Tappeiner, Smidt, Giboux, Koch, Cornil



și Babeș etc. etc., lesne putem deduce la ce mari pericole se espune copilul, inspirând un aer expirat de tuberculoși, care e plin de bacili. Dar nu e numai atât, sputele tuberculoșilor uscându-se și transformându-se în pulberi, se răspândesc și ele în aer, pe care din nou îl conrupe prin virusul intact de cari sunt înpregnate.

Aceste spute, după experiențele lui Schüler și Fischer ca și a altor autori, nu devin inactive de cât ținându-le mai mult timp în alcol absolut, amoniac caustic, sau ferbându-le până la eluțiune etc. Sublimatul corosiv  $\frac{1}{1100}$  nu e sigur; numai acidul fenic foarte concentrat poate distruge microbii. De aci oprirea ftisicilor de a scuipa ori unde, obligându-i a depune sputele într'un vas prealabil umplut cu soluții fenicate. Imersiunea simplă în apă, după experiențele lui Galtier, Cadéac și Malet este aproape fără efect asupra bacilului.

Temperaturile scăzute sunt și ele puțin eficace, de ore-ce prin experiențe s'a arătat, că bacili rezistă chiar la o temperatură de  $-100^{\circ}$ . Până și însuși putrefacțiunea nu reușese de cât foarte târziu a distruge acțiunea virulentă a bacilului tuberculos, de ore-ce Galtier, chiar după 167 zile, a reușit să obție desvoltarea tuberculoșei prin inoculațiuni făcute cu suc de splină și plămâni putrefiați.

Cornil și Babeș au găsit virulența bacililor în spute putrefiate chiar după 90 de zile. Acesta de sigur își are importanță în igienă cu privire la inhumățiunea cadavrelor, de care însă nu ne vom ocupa.

De aci rezultă că virusul tuberculos rezistă foarte mult timp mai la toate cauzele de distrucțiune naturală, căci și însăși putrefacțiunea, după cum văzurăm, pare a nu fi mai de loc vătămătoare acestui virus.

Vedem dar cât de multe precauțiuni și ce griji mari trebuie să avem, când e vorba a ni se încredința o ființă ce posedă într'insa eredo-predispozițiunea; cu ce precauțiuni trebuie alésă doica, și câte analize ar trebui făcute aerului precum și alimentelor ce vom prescri. Și în prima linie trebuie să fim severi foarte mult de proveniența laptelui, care pe cât constituie unul din cele mai indispensabile alimente, pe atât poate servi la propagațiunea tuberculoșei, posedând în el bacilul virulent, și pe

care numai o fierbere dincolo de 100 grade l'ar putea face inofensiv.

Nu ne putem însă întinde mai mult asupra acestei chestiuni, mai ales în ceia-ce privesce inspecțiunile și măsurile de luat în privința debitării carnei, acesta fiind cu totul de resortul pur al igienei.

Iarăși nu ne putem opri asupra ultimelor mijloace, cari sunt de cea mai înaltă importanță, având în vedere imunitatea indivizilor contra tuberculozei, căci acesta ar cere desvoltări mari și în afară de marginele lucrării noastre.

Se scie sgomotul cel mare ce a produs în întreaga lume, marea descoperire pe care o anunțase Koch, că ar fi găsit mijlocul de a vindeca tuberculosa, prin niște injecțiuni descoperite de dînsul. De și acest miraculos remediū era un secret profesional, totuși toate capacitățile științifice l'au experimentat, dar cu rezultate îndoișoare, așa că astăzi este părăsit mai de toți.

Niște asemenea experiențe s'au făcut și la noi de d-niū prof. Assaky, Kalindero, Babeș etc. dar cari le au încetat fără a mai fi reluate.

Nu mai încape indoială, că acest nesucces este o nenorocire a omenirii întregi, dându-se, că flagelul ce ne hântue rămâne încă inexpugnabil.

De sigur, cea mai mare glorie a lui Koch, ar fi fost aceia de a descoperi mijlocul pentru a'și omorâ copilul pe care dînsul l'a născut(!); e vorba bine înțeles de copilul tuberculozei.

Lucrul însă nu este imposibil de a ajunge la acest rezultat, cu atât mai mult cu cât ađi tuberculosa este o bōlă eminentemente concretă, avându-și microbul său, și de care uzăm așa de ușor reproducēnd bōle identice, cunoscēndu-i modul de traiū și toate condițiunile de desvoltare saū distrugere.

Mirarea deci ar fi a nu se găsi mijlocul distructor al acestui bacil, când deja cunōștem toate substanțele ce-l pot omorâ, dar cari nu se pot întrebuița la interior, din caūsă că am face mai mult rău bolnavului de cât microbului.

Insuccesul lui Koch însă nu a descurajat lumea științifică, căci în toate părțile se fac cercetări în acest sens, iar la noi D-l prof. Babeș se ocupă în special de acēstă chestiune, pe care o urmărește încă din 1883 împreună cu Cornil și Leloir.

La congresul de tuberculosă din anul acesta, D-l D-r Babeș

a făcut o comuncare, arătând încercările sale contra tuberculosei prin injecțiuni de serum-sanguin luat de la câini prealabil imunizați; și se pare că rezultatele ce a căpătat sunt încurajătoare pentru a se continua pe această cale.

Terminăm dar acest capitol atât de vast, încheind că cel puțin până azi, singură chirurgia este care în multe cazuri dând luptă bacilului, de multe ori reușește a-l distruge, scăpând viața indivizilor.

## CHESTIONAR

Definiția bôlelor virulente și a tuberculosei. — Caractere. — Inoculabilitate. — Istorical tuberculosei: Laënnec, Villemain și Koch.

Teoria unicistă. — Teoria dualistă. — Obiecțiuni și desbateri.

Experiențele lui Villemain confirmate de Chauveau, Débove etc., combătute de Conheim etc.

Experiențele lui Hippolyte Martin; confirmarea lor prin experiențele lui Conheim convertit.

Descoperirea bacilului de Koch. — Istorice. — Caracterele bacilului și a culturii sale. — Caracterele sporelor și rezistența lor. — Diferite experiențe. — Relațiunea virusului tuberculos în raport cu bacilii. — Experiențele lui Straus și Gamaleia; Concluziunile lui Kostenitsch.

Revendicările diferiților autori asupra bacilului lui Koch, precum și experiențele contradictorii acestei descoperiri: Baumgarten, Spina, Klebs, Babes, Malassez și Vignal etc. — Pseudotuberculoasă.

Căile de invasiune a tuberculosei.

I. Calea respiratorie; experiențele lui Tappeiner, Giboux, Smith, Williams. Observațiunile lui Cadéac și Malet în privința acțiunii pulverisăreii fine a materiilor tuberculose. Modul de acțiune a bacilului introdus pe această cale; legea lui Tangl, aplicațiuni clinice confirmând legea lui Louis.

II. Calea digestivă. Experiențele lui Chauveau și Paoli, Gerlach, Klebs, Semmer, Martin etc.

III. Calea sanguină. Origina tuberculosei miliare; opiniunea lui Arloing.

Diferite experiențe și observațiuni clinice în favoarea inoculațiunii prin căile limfatice. Caracteristica tuberculosei limfatice stabilită de Lesage și Pascal. — Deducțiuni clinice.

Transmisiunea tuberculosei prin căile genitale; — Opiniuni diverse. Experiențele lui Cadéac, Malet și Trasbot.

Factorii ce provăcă infecțiunea organismului prin bacili: Exaltațiunea virusului și terenul individului.

Ereditatea tuberculozei. — Diferite chestiuni: eredo-tuberculoza și eredo-predispoziția. Cercetările lui Landouzy și Martin precum și experiențele pe animale.

Teoria lui Arloing în privința predispozițiunei la tuberculosă; experiențele lui Courmont.

Diferite chestiuni relativ la ereditate prin mamă ori tată tuberculos; discuțiuni și opinii diverse.

**Anatomia patologică.** Foliculul lui Köster; compoziția sa. — Origina celulei gigantice. — Teoria lui Tripier.

Evoluția și efectele degenerărei sau transformărei fibróse a foliculului tuberculos. — Rolul zonei embrionare.

**Tratamentul.**— Intervențiuni chirurgicale în raport cu legea lui Louis. — Precauțiunile înainte, în timpul și după operație ce trebuiesc luate.— Observațiunea autorului.

Tratamentul profilactic, considerațiuni.

Mijlőce preventive contra eredo-predispozițiunei. — Aplicațiuni igienice.

Rolul tratamentului tuberculozei prin inoculațiuni cu scop de a aduce imunitatea.

Încercăriile lui Koch și Babes.

---

## ABCES RECE

---

S'a numit ast-fel această afecțiune de cei vechi, din cauza modului său de evoluțiune, ce se face absolut fără nici o reacțiune inflamatorie.

Boyer, cu spiritul său pătrunzător, a dat o definiție în scrierile sale care e în acord chiar cu datele moderne asupra tuberculosei. In adevăr, nimic mai caracteristic de cât această frază: *se dă numele de abcese reci, la acelea cari resultă din topirea purulentă a unei tumori și unde simptomele ce caracterisă inflamațiunea, nu au fost cătuși de puțin observate, mai ales la începutul bólei.*

Astăzi este sciut, că această afecțiune resultă în adevăr din ramolirea unui deposit de foliculii tuberculoși așezați în țesuturile subcutanate, deposit care formeză ceia-ce se numesce gomă scrofulosă or tuberculosă, dar care în definitiv nu e de cât o tumoră, așa precum a observat Boyer.

Am arătat în primul volum diferitele varietăți de abcese reci, cari de și sub numiri deosebite, au însă una și aceeași origină — ramolirea sau topirea foliculilor tuberculoși:

Abcesul rece idiopatic, osifluent, prin congestie, periarticular și circumvecin, sunt varietăți de tuberculosă deja menționate în primul volum, dar al căror studiu mai amănunțit îl vom arăta la locul competent, adică în bólele tuberculose ale óselor și articulațiilor.

Pentru moment ne vom opri la abcesul rece propriu zis.

## ABCES RECE PROPRIŪ ZIS

**ANATOMIĂ PATOLOGICĂ.** Sediul de predilecțiune a depositului de foliculî tuberculoși, ce prin aglomerațiunea lor vor forma goma tuberculósă, iar acesta abcesul, este țesutul celulo-gresos sub cutanat. Deci tóte regiunile provézute cu acest țesut, sunt apte pentru desvoltarea abcesului rece. Ast-fel avem trunchiul, regiunea fesieră, regiunea anală, membrele superióre și inferióre etc. In special însă, fața internă a gambelor, prin tegumentele sale subțiri și espunerea la traumatism, favoriză fórte mult desvoltarea acestor abcese, măi ales pe indivizî predispuși.

Abcesul rezultând din topirea saŭ degenerescentța meselor tuberculóse conținute într'o cavitate bine limitată, va presenta de studiat trei lucruri: *conținutul, fața internă a părțelui și fața sa esternă.*

1) *Conținutul* e format de un lichid neomogen, măi mult seros, rău legat, și conținând în suspensiune materii floconóse, grăunțóse etc., după origina sa.

Cantitatea e variabilă după mărimea abcesului, care une-ori fiind ca o alună saŭ o nucă, iar alte dăți de mărimea unui pumn, puroiul va fi și el în cantitate măi mare, din causă că și depozitele tuberculóse, fiind în aceiași proporție, topirea lor va da neapărat nascere la un lichid mult măi considerabil. Pe lângă acestea, măi putem găsi coagulî negri saŭ în parte decolorați, proveniți din ruperea vaselor, ceia ce va da puroiului o culóre de cafea cu lapte, portocalie saŭ măi închisă, făcându'l mult măi gros și semănând cu conținutul vechilor ematocele.

Păretele abcesului rece nu este neted și uniform; din contra, are un aspect neregulat, provézut cu ridicături și adâncături. Pe suprafața lor se află o materie pultacee, de o culóre cenușie, gălbue, dispusă în grupuri saŭ întinsă pe largi teritorii, constituind ceia-ce se numește fongosități și cari nu sunt alt-ceva de cât depozite de foliculî tuberculoși.

Cercetările microscopice, în special ale lui Lannelongue, aŭ arătat, că păretele abcesului rece este format din o masă de produse tuberculóse în evoluțiune. Cele măi interne fiind cele măi vechi saŭ măi înaintate în evoluție, degeneréză, se topesc și produc ast-fel conținutul abcesului; cele măi externe, fiind de

o formațiune mai recentă, progresază, copleșesc și distrug țesuturile vecine.

Dați aci fig. 8 luată din monografia lui Lannelongue și unde se pot vedea foliculii primitivi precum și al lui Köster.

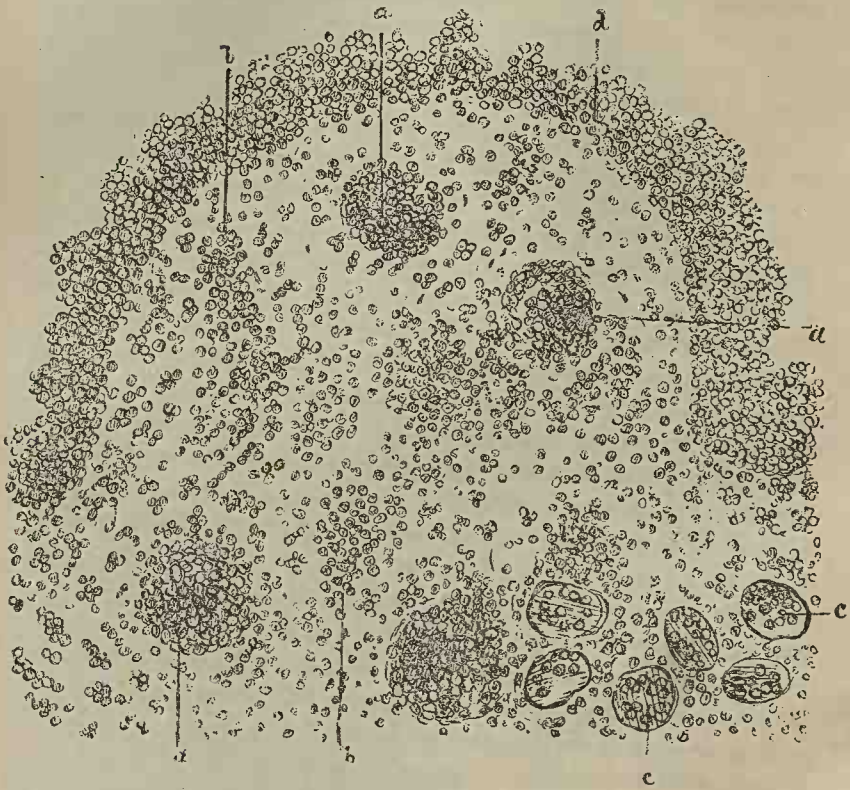


Fig. 8.

Secțiune în grosimea păretelui unui abces rece. *a, a, a*, tubercule elementare. *b, b*, țesut de celule embrionare cari constituiesc păretele. *c, c*, celule gigantice. *d*, straturi de celule embrionare pe cale de distrugere și pe punctul de a se deslipi de părete pentru a cădea în cavitatea abcesului.

Am insistat destul asupra foliculului tuberculos său a lui Köster, pentru a fi dispensați de o descriere mai largă.

Trebue însă să știm, că în păretele abceselor reci, pe lângă acești foliculi ai lui Köster cu său fără bacili, mai găsim după Lannelongue și alte mici mese rotunde, de aceeași formă și di-

mensiuni ca și foliculul propriu zis, dar exclusiv formate din celule embrionare. Conturul acestor mese este bine limitat, de și sunt înconjurate de alte celule analoge risipite ici colea. Pe unele din ele vedem că se formază la centru un prim proces de disociațiune, constând într'o stare granulósă, în celule embrionare și interpozițiunea unei substanțe opacă și amorfă răspândită între ele. Este posibil că acest din urmă aspect să indice un drum, un prim pas către formarea celulei gigantice centrale, dupe cum crede Gombault și Brissaud.

Faptul interesant în privința păretelui abcesului rece, este confirmarea ideii ce Delpuch avea de acest părete, numindu'l *membrană piogenică*, din cauza proprietății ce i se dedea de a secreta puroi.

Credința acésta nu era falsă, căci în adevăr puroiul e produs de acea membrană, nu însă prin secrețiune precum credea Delpuch, ci prin topirea foliculelor tuberculóse, prin degenerescenta lor cazeóasă.

Neregularitatea feței interne a abcesului, mai resultă și din relieful ce fac diferitele organe ale regiunii, ca nervi, vase, porțiuni de tendóne, aponevrose etc., acoperite sau copleșite de aceste fungosități. Când distrugerile sunt înaintate, aceste diferite organe trec de la un părete la altul întocmai ca niște cordóne, transformând cavitatea în tot atâtea compartimente deosebite, asemănându-se cu aspectul ce ni'l oferă ventriculele cordului; de aci *cavități mono* sau *multiloculare*.

Dar afară de aceste lucruri, Lannelongue a arătat pe peretele intern niște umflături și ridicături cu totul particulare, semănând cu chemosisul conjunctival. Unele sunt palide (chemosis seros) iar altele roșii (chemosis inflamator). Une-ori aceste umflături forméză niște diverticule libere, semănând cu valvulele conivente ale intestinului; alte dăți iaă forma unei membrane cu totul liberă ce plutește în lichid, semănând cu o pungă idatică, în fine câte o dată constatăm un adevărat diafragm în interiorul abcesului.

Daca prin mijlocul unui tampon sau cu o pensă ridicăm stratul pultaceu, floconos, aflat pe acésta față internă, constatăm dedesubtul și în grosimea sea o mulțime de striiațiuni roșii. Acestea sunt arborisațiuni vasculare, formate din vase capilare fine, cu pereți embrionari ce șerpuesc în diferite sensuri, și cari rupându-se cu multă înlesnire, produc emoragii frecvente.



O dată abcesul rece format, dînsul are tendință a crește.

Mecanismul evoluțiunei abcesului rece este astăzi bine stabilit, și constă în aceia-că după ajungerea la maturitate, ca să zicem ast-fel, a foliculului tuberculos, dînsul intră în degenerare, cazeificîndu-se, fragmentându-se, lichifiindu-se etc. Dar în ace-lași timp zona periferică de celule embrionare se mărește, din-sele străbat în țesuturile de prin prejur, unde din nou se des-voltă celula gigantică, care iarăși intrînd în periôda de dege-nerescență, adaugă un nou lichid purulent la cel deja existent. Și tot ast-fel, grație acestei proprietăți de progresiune a celu-lor embrionare, pe măsură ce o colecție de puroiuri s'a făcut, pe atît o alta nouă se adaugă. De aci rezultă o tendință la creșterea și mărirea volumului abcesului primitiv, prin aceia că vechiul părete distrus, se adaugă un altul de o nouă forma-țiune. Și probă pentru acêsta avem, că *fața esternă a cavităței* este în conexiune cu părțile de prin prejur prin tracturi în spe-cial vasculare și copleșite de acele celule embrionare, cari îm-pregnate de bacili, constitue nisce muguri, ce mereu au tendință a se infiltra printre vase, nervi, mușchi etc.

Zona embrionară dar, servește întocmai ca nisce adevărați e-misari, grație cărora, abcesele reci iaă une-orî nisce desvoltări colosal de mari.

Din conexiunea vaselor cu fața externă a păretelui, reese că desvoltarea abcesului rece nu e pasivă și datorită numai ex-tensiunei cavităței prin acumularea conținutului, ci este un fe-nomen vital, datorit progresiunei și copleșirei țesuturilor vecine.

Dar pentru a înțelege mai bine evoluția abcesului rece, repro-ducem din Lannelongue următoarele rînduri: în năuntru, din partea cavităței, elementele organizate sunt obiectul unui trava-liu neîncetat de desagregațiune și distrucțiune, de unde rezultă creșterea de volum a conținutului. În afară, în țesuturi, există din contra o proliferațiune plină de activitate, unită cu o orga-nizațiune mai puțin înaintată. În intervalul acestor două limite, elementele înclină către una sau alta din aceste două tendințe: sau se distrug și rămășițele lor se grămădesc în caverne, în fo-liculi tuberculoși, sau se unesc unele cu altele pentru a forma țesut conjunctiv, formînd ast-fel un obstacol la or ce progres ulterior.

Vedem dar că tendința copleșitoare a abcesului nu pôte să mîergă la infinit. În adevăr, abcesul pôte să fie oprit în mersul său prin obsta-

cole rezistente ce oferă aponevrozele, tendónele, periostul, ósele etc. Dar mai cu sémă acest obstacol și'l crează însuși celulele, prin faptul că nu tóte din ele sunt copleșite de procesul distructor, așa că dacă ne închipuim o atenuare sau absență de bacilí, atunci celulele embrionare se pot organiza transformându-se într'un țesut fibros, înconjurând ast-fel de jur împrejur masa tuberculósă deja degenerată, pe care o sequestréză, o limitéză.

În acest cas se observă urmétóarele fenomene: sau că abcesul rămâne staționar, sau că partea lichidă resorbindu-se și rămânând numai cea solidă ne dá *abcesul residuos* sau concret al lui Paget; sau că tótă masa transformându-se în lichid, această rămâne pe loc, formând *abcese închistate*; sau în fine, masa tuberculósă se póte infiltra de diferite concrețiuni calcare, formând *degenerescența cretacee*.

În casuri excepționale, masa tuberculósă trecând prin anumite degenerescențe, întregul său produs póte fi resorbit dindu-ne ast-fel vindecarea spontanată a abceselor tuberculóse.

**SIMPTOME.** La început abcesul rece ni se presintă ca un mic nodul așezat sub piele, având o formă rotundă, oblungă sau cilindrică; mai mult sau mai puțin mobil, de consistență tare or elastică și fără nici o schimbare de colorațiune a tegumentelor.

Volumul mic și indolența acestor abcese, face că bolnavul nici n'are cunoștință de prezența lor, și numai un examen minuțios al medicului le póte descoperi, de și une ori există un număr fórte mare, trecând de cifra 10.

Acești tuberculí constituie vechile gome scrofulóse, dar a căror natură tuberculósă a fost fórte bine stabilită, mai întâi de Brisaud și Josias.

Une ori însă abcesul rece, din diferite împrejurări, se póte însoți de óre-carí reacțiuni inflamatorii locali: pielea devine roșie, ușor edemațiată, durerósă, mai caldă, iar prin palpație simțim manifestându-se prezența unei fluctuațiuni.

Cu timpul, dacă nu intervenim, pielea se póte perfora într'unul sau mai multe puncte, prin carí conținutul abcesului iese afară; tumora se turtesce în diferite locuri și vedem nisce fișii în formă de punți formate din piele subțire lividă. Mărginile sale sunt deslipite, subțiri, fundul cenușii murdar, arătându-ne

o ulcerațiune fără vitalitate, atonă, ceea-ce formeză tipul gomelor tuberculose ulcerate.

Aceste abcese cari pot fi subcutanate, subaponevrotice și chiar intermusculare, une-ori nu supurează, ci micșorându-se probabil în urma unei resorptiuni, dispar; dar acéstă vindecare nu e de cât aparentă, căci abcesul dupe un timp óre-care revine. Și daca un asemenea fenomen se repetă de mai multe ori, atunci avem o varietate numită *abces rece intermitent*.

Une ori abcesul rece se înconjoră de un țesut conjunctivo-fibros izolându'l din tóte părțile și împedicându'l de a progresa; acésta constituie abcesul *rece inkistat*. Alte dăți, partea lichidă se resórbte și nu rămâne de cât cea solidă, luând o consistență tare, cazeósă; atunci avem *abcesul residuos al lui Paget*.

Dar ori-care ar fi evoluțiunea abcesului rece, dinsul fórtre rare-ori este însoțit de simptome generale, așa că totul se pe-trece în mod local, ceia-ce ne esplică casurile în cari indiviđii pórta pe suprafața lor nisce asemenea produse de un timp fórtre îndelungat. Cu tóte acestea, dindu-se natura abcesului, putem observa câte o dată complicațiuni, mai ales din partea vaselor, dând emoragiū, une-ori pe atât de rebele pe cât și de periculose.

Aceste emoragiū provin din acțiunea distructivă a pereților vasculari de care baciliū sunt înzestrați, și grație căreia vase de calibru mare ca femorală și carotida etc. pot fi deschise în urma șederei lor în contact cu cavitatea unui abces rece.

Diagnosticul în general nu este greū, luându-se bine înțeleș în considerațiune starea generală a individului și antecedentele sale. Cu modul acesta vom putea mai tot-d'auna să deosebim un abces rece de o gomă sifilitică, ce cu atât va fi mai ușor de făcut cu cât ne vom afla în perióda de ulcerație. Goma sifilitică are măriginile tăiate drept, lipite și în continuitate cu fundul ce conține o materie celulo-gresósă, analogă cu burbioul furunculului, lucruri ce după cum am vėđut, sunt cu totul diferite de cele ce ne presintă o gomă tuberculósă.

În casuri de îndoială, tratamentul specific va da o hotărâre decisivă.

Kistul sebaceū, pe lângă cele-lalte caractere, mai are și acesta că fórtre rar supurează; dinsul se găsește în grosimea pielei iar nu sub piele ca goma tuberculósă.

Lipomul iarăși are caracterele sale proprii, plus că sediul său e cu totul deosebit de al abcesului, găsindu-se mai mult pe cefă, spate, fața esternă a membrilor etc.

Vom avea tot-d'auna în vedere a stabili origina abcesului rece, adică dacă provine din dezvoltarea tuberculozei în țesutul celular, în ganglion, or în oase etc.

**TRATAMENTUL.** Nu trebuie să avem iluzii asupra vindecărilor spontane a abceselor reci. De aceea nu trebuie a ne mai pierde timpul cu diferite încercări inutile ca revulsivele, compresiunile, punctele de foc etc.

Cunoscând dar patogenia acestor abcese, precum și tendința lor la nouă copleșiri, ne vom gândi la un tratament radical, care va constata în ablațiunea totală a acestei tumori neoplasmice, tuberculoasă.

Imputarea ce se aduce acestei metode, de a da naștere unei autoinoculațiuni, unei recidive locale, cu determinarea unei cicatrice întinse etc, a răsunat în mod răsunător, atunci când operațiunea este incompletă; căci ridicând răul dincolo de limitele lui, recidiva nu poate să-și aibă locul; precum de asemenea uzând de mijloace antiseptice energice, inoculațiunea este de fapt înlăturată. Cicatrița însă neputându-se evita, și acest lucru trebuie mai cu seamă luat în considerație când răul s'ar afla pe regiuni expuse, ca față, regiunea supra și sub-claviculară, de aceea, în deosebire la sexul frumos, dînsa trebuie pe cât posibil înlăturată.

În asemenea cazuri, *tratamentul repede*, care constă în inciziuni largi antiseptice și estirparea răului, poate fi înlocuit prin *tratamentul lent*, care constă fie în punțiunea aspiratrice, sau injecțiuni deterșive în special cu eter iodoformat—sistemul Verneuil; ori în inciziuni mici urmate de răzuirea buzunarului și introducerea de filțuri impregnate de substanțe antiseptice, ca acid fenic, clorur de zinc sau iodoform.

În toate celelalte cazuri, metoda repede și sângerândă este de preferat. Și aci avem două procedee: sau că recurgem d'a dreptul la ridicarea tumorii în totalitatea sa, obținînd apoi reușirea imediată a părților rămase sănătoase; sau inciziunea simplă a abcesului, urmată de diseecțiunea sacului, și în urmă reușirea imediată cu sau fără tub de drenaj; ori în fine după inciziune, distrugem buzunarul sau punga prin răzuire cu lingura lui Volkmann, cauterizarea cu substanțe antiseptice și reușirea imediată în parte or în totalitate, sau prin calea secundară.

Nu mai încapă îndoială că în cestiunea abceselor reci nu se p<sup>o</sup>te sta<sup>l</sup>ili un singur mod de a trata, totul depinzând de volumul abcesului, regiunea unde se găsește și starea bolnavului de operat. În multe cazuri am obținut reuniri per priman dupe ce am incizat, răzuit și cauterisat abcesul. Recomand însă mai mult a se lăsa plaga deschisă, căci adesea, sub o reunire perfectă a pielii, se pot desvolta noi abcese ce fac o surprisă urâtă atât bolnavului cât și chirurgului, amândoi crezând într'o vindecare, pe când din nou se cere o intervenție. Recomand încă în special de<sup>s</sup>a atingere a plăgei cu acid fenic 10% și pansament cu creolină 5% cari sunt adevărați suverani ai tuberculozei locale.

În timpurile din urmă, Lannelongue a preconisat injecțiuni împrejurul abceselor reci cu soluțiuni de clorur de zinc, în scop de a determina o zonă selerósă ce s'ar opune ast-fel la progresiunea ulterioară a abcesului, practică însă care nu s'a putut vulgarisa.

Metóda lui Verneuil, care constă în a evacua punga abcesului de puroiú, umflându-se apoi prin injecțiunea unei soluțiuni de eter iodoformat, în proporție de 5%, nu se întrebuintează de cât în casuri rari, dar mai ales în abcesele prin congestie; ba încă și aci, grație mijlócelor antiseptice, astăzi recurgem d'a dreptul la deschiderea lor antiseptică, cu atât mai mult cu cât injecțiile iodoformate, pe lângă că sunt dureróse, trebuiesc repetate de mai multe ori și încă adesea cu rezultate negative.

## CHESTIONAR

Definiția abcesului rece.—Definiția lui Boyer.—Anatomia patologică.—Sediul. Părțile constitutive ale abcesului rece: I) Conținutul.—Caractere.—II) Părțile abcesului.—Aspectul.—Foliculul lui Köster și noduli primitivi.—Cercetările lui Lannelongue.—Explicarea membranei piogenice a lui Delpech.—Factorii ce se opun la extensiunea abcesului.—Rolul zonei embrionare a foliculului tuberculos.—Fața externă a peretelui abcesului. Caractere.—Transformațiune fibrósă, cretacee și vindecare spontanată a abcesului.—Simptome.—Abcese reci intermitente, chistice și reziduóse. Diagnosticul în raport cu goma sifilitică, furuncul, chist sebaceú. Tratamentul chirurgical sau repede; tratamentul lent prin puncțiuni, injecțiuni deterdive etc.—Indicațiuni.—Diferite procedee în tratamentul chirurgical.—Opinia autorului.



# CARBUNELE

(*Pustula malignă, antrax malign, micosa intestinală. Dalac.*)

---

Cărbunele formeză tipul bólelor virulente, și este cea dintâi, putem zice, care a dat ocaziune ómenilor de sciință la descoperirea caracterelor virusului pe calea inoculației. Numele său se datorește producțiunei unei escare negre, ce apare pe tegumentele inoculate, având cu totul aspectul unui tăciune sau cărbune, de unde vechiul nume ce i s'a dat de antrax din grecescul *άντραξ* cărbune. Acesta a provocat óre-carī confuziuni, puindu-se alături bóla numită antrax precum și diferite inflamațiuni gangrenóse ce nu aũ absolut nici o legătură cu cărbunele, ast-fel precum îl cunóstem azi.

Cărbunele este o bólă generală, eminentamente virulentă și infecțiósă.

Cărbunele se caracteriză printr'o stare spumósă a sângelui, prin deformarea și aglutinarea globulelor roșii, dar mai ales printr'o tumefacțiune și ramolire totală a splinei, din care cauză se numesce încă și sânge de splină (sang de rate).

Cauza principală a acestei bóle stă în introducerea și multiplicarea în organism a unui bacil special numit *bacterie carbonósă*.

Dinsa se observă la om ca și la animale, precum: berbec, boi, cal, la cari de odată ia caracterul unei infecțiuni generale; pe câtă vreme la om, infecțiunea generală vine în urma unei leziuni locale — numită pustula malignă.

În adevăr, cărbunele presintă trei forme: *pustula malignă, edemul malign și micosa intestinală sau pulmonară*. Tóte

însă au aceeași origină, adică străbaterea bacilului, fie în piele, mucosa digestivă sau respiratorie.

Acastă bôlă a fost deja observată în 1762 de Morand, la un măcelar care tăiașe un boiu cu aparența bolnavă.

Adevărata natură a bôlei însă datéză din 1850 în persôna lui *Davaine* și *Rayer*, cari arătară cei dintâi, că în sângele bolnavilor afectați de cărbune, există mici corpi filiformi, neprezentând nici o mișcare spontanată, și având o lungime dublă ca un globul sanguin.

Acêsta constituie primul pas sciințific făcut asupra acestei bôle.

Dar mai înainte de a veni la alte cercetări și mai sciințifice, trebuie să recunoscem că încă de mult cestiunea cărbunelui se impusese studiului medicinei, prin vastele pierderi ce provocase.

În adevăr, Academia de medicină din Dijon, în 1780 puse la concurs studiul cărbunelui malign. Lucrări numeroase se premiară, și ast-fel cărbunele ajunse a fi studiat în mod cu totul magistral prin memoriile lui *Chambon* și *Thomassin*, *Enaux* și *Chaussier*, arătându-i-se tôte caracterele clinice.

Etiologia însă în esența ei era încă obscură, căci abia ici coela se emise ideia asupra naturei infecțioase și de contagiune a acestei bôle, dar fără a se stabili nimic sigur și precis.

Lui *Davaine* decî și *Rayer* le revine tótă onórea, căci ei au demonstrat în mod irefutabil, că acastă bôlă este inoculabilă la animale, ce o pot contracta în mod spontanat; că dinsa pôte să se transmită la epurii de casă chiar prin injectînnea unei picături de sânge fôrte diluată; că tôte organele, țesuturile și sângele sunt egal virulente, și că acastă virulență se măresce prin inoculațiuni succesive.

Imediat după acêsta, un alt învățat german *Pollender* precum și *Brauell* ajunseră la conclusiunea prin cercetările lor, că intima causă a cărbunelui, constă în prezența în organism a unui microb analog cu vibrionii și aparținând după dînșii la regnul vegetal. Acest microb, cu o rezistență fôrte mare la acide și la base, se putea însă colora prin iod.

Ceia-ce dar constatase *Davaine*, se confirma acum și mai bine de *Pollender*, prin descrierea complectă a acestui bacil, agentul esențial al bôlei. Lucrările lui *Koch* și *Pasteur* au risipit cea mai mică îndoială ce ar fi putut exista, căci dînșii cultivând bacteridiile cărbunelui în afară de organism, și obținând culturi

din acest microb, au reprodus bóla în tótă integritatea sa pe diferite animale, pe calea inoculațiunei.

Acești autori au stabilit bazele naturei bacteriene a cãrbunelui, arãtând cã îndoialã în acestã privințã nu mai póte fi, precum nimeni nu mai póte nega cã rãia e provocatã de acarus scabiei. Acești bacili se presintã sub formã de niște bastonașe cilindrice, drepte, unice, mai rar flexibile or unite doue sau trei, cap la cap.

Acești bacili fórte avizi de oxigen, îndatã ce ajung în sângele animalelor inoculate, se multiplicã cu mare repeziciune, prin scisiparitate.

Prin culturi artificiale, Koch a arãtat cã dinșii cresc și formezã fibre lungi, în cari dupã puțin timp apar corpusculi strãlucitori și ovoizi, având aspectul unor celule. În interiorul acestor celule se gãsesc granulațiuni refringente, cari nu sunt de cât sporele bacteriilor, descrise pentru prima órã de Koch.

Dacã mediul nu este favorabil, sporul conservã la infinit acest aspect; din contra, mediul fiind propice, sporul se umflã, pierde refringența, se tumefiazã la unul din poli; membrana ce-l acopere se rupe și ast-fel bacilul e nãscut și începe a crește

fórte repede, luând o formã încolãcitã în diferite sensuri.

Fig. 9 luatã din Duplay și Reclus aratã acest lucru. Dupã cum vedem, sporele sunt cari asigurã viața bacilului.

În adevêr, experiențele au arãtat, cã bacili fãrã spore sunt inofensivi, de óre-ce sucul gastric îi distruge, pe când sporele sunt inatacabile.



Fig. 9.

Culturi de bacteridie. Bacteridii în sãlinã redusã în pulpa.



Koch pentru a demonstra aceste fapte a dat să înghiță la berbeci, bacili în cartofi, provenind din culturî și posedând spore. Animalele aũ murit de cãrbune prezentãnd leziuni intestinale cu dezvoltarea foliculelor și plãcilor lui Peyer; invers, dãnd la un berbec fragmente de splinã de cobai cãrbunos, în care însã bacili nu conțineau spore, animalele aũ trãit. (Cornil și Babeș).

Tot grație puterii virulente a acestor spore se esplicã astãdi impresiunea penibilã ce provocase spaima ómenilor, rãmãind și astãdi clasic numele de *cãmpii blestemate* ce fusese date unor cãmpii din Beoția, unde ori-ce turmã pusã la pãșune muria de acẽstã bõlã. Faptul se esplicã dupã cum a arãtat Pasteur în aceia-cã, animalele mórte de cãrbune și îngropate în acele locuri, sporele bacilului eșiau la suprafața solului, prin mijlocul viermilor ce se dezvoltã în cadavre, și cari viermi, depunãndu-se pe erburî și fãnẽtã erau înghițite de animalele ce voiau să pascã. Era destul decî o simplã escoriațiune a mucósei bucale pentru inoculațiune, în urma cãria se provoca mórtea animalului în mod inevitabil.

Tot prin mijlocul sporelor și a tenacitãței lor, se esplicã încã o mulțime de alte fapte unele mai triste de cãt altele. În adevér, tãbãcirea peilor animalelor mórte de cãrbune nu distruge sporele. De aci rezultã cã tãbãcarii, mãnușarii, etc., sunt adesea expuși la pustula malignã; și ca probã evidentã este cã s'a observat adevãrate epidemii de pustulã malignã în armatele Rusesci, provenite dupe Koch prin faptul încãlțãminteî fãcutã din asemenea piei de berbec. Pãnã și mãnușele sunt capabile a provoca acẽstã bõlã. Se susține chiar cã și lucrãtorii cari fabricã sãpunuri și manipulezã untura acestor animale pot fi inoculați.

Virchow susține cã și însuși cleiul fabricat din untura animalelor mórte de carbuncul, põte transmite bõlã.

Dar sã revenim.

Acești bacili rezistã la temperaturi fõrte scãzute sub zero. Dinșii nu se dezvoltã însã la o temperaturã înaltã, așã cã mediul cel mai favorabil pentru dezvoltarea lor este acela ce ne oferã temperatura mamiferelor, adicã 38, maximum 39 grade. De aci rezultã cã pasãrile cari aũ o temperaturã mult mai ridicatã și anume: 41 și chiar 42 grade sunt scutite de acẽstã bõlã.

Probã pentru imposibilitatea cãrbunelui de a se dezvolta la temperaturi înalte, avem experiențele lui Pasteur și Straus, cari

nu au putut obține inoculațiunii la porumbei și vrăbii de cât scăzând temperatura acestor animale, puindu-le într'o baie de 37 până la 38 grade.

Experiențe inverse au fost făcute de *Gibier* obținând rezultate pozitive de inoculațiunii pe brósce și pesci, ridicându-le temperatura printr'o baie locală. Cu toate acestea, s'a observat de Koch că păsările și în special găinele și vrăbiile, hrănindu-se cu ierburi împregnate de spori sau bacili, pot contracta această bôlă, și ca probă sunt unele casuri de pustulă malignă, contractată de ómeni în urma ciugulirei sau loviturilor date cu ciocul de găini și cocoși.

De și se citéză de Rayer un fapt în care un student în medicină inoculându-și sub epiderm serosităate din pustula malignă nu a căpătat nici un rezultat pozitiv, totuși, dându-se natura virulentă și contagiósă a hólei, toți autorii admit transmisibilitatea de la om la om.

Intre alte probe de inoculabilitate sunt patru observațiuni fórte demonstrative ale lui Iacobi, unde carbunele s'a dezvoltat în urma unor injecțiuni subcutanate de soluție arsenicală, injecțiunile fiind făcute cu aceeași siringă ce servise la un pacient atins de această bôlă.

Un medic Neydig din Moscua a publicat cazul unui servitor de amfiteatru, care fu atins de pustulă malignă în urma unei autopsii făcută asupra unui individ mort de carbune.

Este astă-zí stabilit, că pentru dezvoltarea bacilului se cere prezența de oxigen, soluțiuni alcaline, puțină umiditate și o temperatură minimum 35 grade, plus un teren favorabil; în condițiuni inverse, bacilul încetéză de a se dezvolta; spora însă resistă, asigurând ast-fel perpetuitatea speciei.

**Căile de introducere a bacilului în organism.** Opiniunea lui Chausier că bacilul póte străbate chiar și prin tegumente intacte, forméză de sigur casuri rari și condițiuni cu totul speciale.

Calea cea mai sigură pentru străbaterea organismului stă în soluțiune de continuitate; și în această direcțiune deschiderea vaselor sanguine și limfatice este pórtă cea mai largă ce se póte oferi bacilului. În adevăr, cazurile de inoculațiune se observă mai ales la persóne ce vin în contact direct cu animalele infectate, sau cu organele lor după mórte, precum am arătat în diferitele profesiuni ale individului.

Este destul deci o simplă escoriațiune pentru ca bacilul, dar mai de obicei spora, să străbată în organismul unei persoane ce vine în contact cu animalele contaminate, sau cu fabricarea pieilor date în industrie. De aceea, la om pustula malignă apare pe degete, mâini, brațe, antebrațe, față, piept, cefă, spate etc. regiuni descoperite și espuse la contactul direct al pieilor.

Davaine a arătat deja posibilitatea inoculațiunii acestor regiuni descoperite chiar prin mușcătura unor muște venite de la animale sau cadavre infectate.

Inoculațiunea prin căile digestive este astăzi demonstrată, de și Pasteur și Toussaint vedeau aci o simplă inoculațiune printr'o escoriațiune a gurei. Experiențele însă ale lui Koch, Gaffky și Loeffler au ajuns la concluziuni opuse, admitând posibilitatea infecțiunii prin ingestiunea de materii carbonose.

Pe de altă parte, Perroncilo și Sirena au demonstrat că bacilii și chiar sporiile nu sunt distruși de sucul gastric, ci din contra, pot trăi foarte mult în sucurile stomacale, deși Straus și Würtz susțin contrariul.

În orice cas, e mai prudent a evita mănecarea cărnurilor de la animalele carbonose, cu cât însuși maniarea lor e periculoasă. Și acesta cu atât mai mult că infecțiunea se poate produce chiar și prin lapte.

Un autor Karlinski, dă observațiunea unui cas în care un tific a sucombat în urma unui cărbune intestinal, din pricină că bolnavul fusese hrănit cu lapte de la o vacă ce avea cărbune.

În fine Straus și Sanchez-Toledo, arată prin experiențe posibilitatea infecțiunii chiar și prin organele genitale.

**Infecțiunea prin căile respiratorii.** Modul acesta de infecțiune este cu totul demonstrat și în afară de orice îndoială. Autorii descriu o infecțiune numită a șifonierilor adică a acelor cari au meseria de a aduna sdrențe și rufe vechi.

Plăpămarii, dărăcitorii, sunt adesea expuși la infecțiune, și acesta numai grație străbaterii bacililor prin căile respiratorii și dând varietatea numită *micosa respiratorie*.

Experiențele lui Buchner și Tchistovitch sunt foarte demonstrative arătând că bacilii cărbunelui străbat ușor în sânge prin căile respiratorii, de ore-ce pulverisând un lichid ce conținea spori de cărbune, s'a putut determina mórtea unor purcei de India, prezentând leziunile acute ale cărbunelui generalizat.

Intocmai acelaş lucru se petrece, zice Straus (Duplay și Reclus), la plăpămări, unde praful ce se degajează în timpul dăracirii lânii conține spore, cari străbătând prin inhalațiune în căile respiratorii, determină la acești indivizi o infecțiune antracică destul de gravă, întocmai ca și la animalele supuse experimentațiunei.

Deși unii autori între cari și Flügge susțin că bacteria nu poate străbate în organism fără o alterațiune prealabilă a mucósei respiratorie, cercetările însă ale lui Büchner au arătat, că energia fagugitosei din plămâni nu e suficientă pentru a lupta contra bacilului, așa că aparatul respirator represintă o cale destul de întinsă pentru introducerea agentului infecțios.

**ANATOMIA PATOLOGICĂ.** Odată bacilul intrat în sânge, copleșește globulele roșii unde se stabilește, transformându-le și deformându-le. Ele devin crenelate și cu tendința a se lipi unele de altele, pe când globulele albe se măresc în mod considerabil. Sângele devine negru și spumos, mult mai confluent și umple visceralele cari sunt congestionate.

În special plămâni, ficatul, splina și ganglionii nu numai că sunt tumefiate, dar capătă o difluență și ramolire așa de întinsă, în cât constituie un semn patognomic de leziune a cărbunelui. Organele în totalitatea lor sunt transformate într'o adevărată mocirlă. Mucósele sunt profund alterate; presintă infiltrațiuni echimotice; nucleii indurați, sunt urmați de ramolire, iar mucósa se ridică prezentându-ni-se sub forma pultacee.

Tóte aceste leziuni încep prin nisce forme cu totul analóge a unor furuncule, a căror basă se lărgesce, intră în denutrițiune, se transformă în escare și se pot întinde de la stomac în tot traectul intestinului subțire și cel gros.

Toți acești noduli furunculoși sunt cuiburi de bacterii, dându-ne forma clinică numită *cărbune intern* sau *febra intestinală* ori *pulmonară* de óre-ce leziuni identice se desvoltă și în aceste organe.

Forma acésta este cea mai gravă, de óre-ce leziunile se întind și la ganglionii mezenterici. Peritoneul, mediastinul sunt coprinse de distrugerii întinse și dau porțiuni sfacelate mari, murdare, sanguinolente, grăbind mórtea individului.

Pe lângă acésta, în țesutul conjunctiv se pot desvolta gaze și edem gelatinos mai ales după mórte. Pielea ne oferă plăci ne-

gre de gangrenă, iar sistemul venos o stare de turgescență foarte mare.

**SIMPTOME.** După cum deja am arătat, cărbunele se poate prezenta în general sub două forme. Prima constă într-o afecțiune primitiv locală și cutanată, iar a doua sub forma unei infecțiuni generale acute. La cea dintâi varietate aparține pustula malignă și edemul malign, iar la a doua, cărbunele infecțios propriu zis cu două sub varietăți: cărbune gastro-intestinal și pulmonar, constituind *micosa*.

Vom da o repede descripțiune fie-căreia din aceste forme.

1. PUSTULA MALIGNA este cea mai frecventă manifestație a cărbunelui venită în urma unei inoculațiuni directe.

Forțe rar apare în mod brusc, căci cere minimum 3 sau 4 zile de incubațiune.

Pustula malignă își are de regulă sediul pe părțile descoperite ale corpului.

Din statistica lui Koch reese că din 1077 casuri, pustula malignă a ocupat de 601 ori fața și capul; 370 ori membrele superioare; 45 ori gâtul și céfa; iar 63 ori membrele inferioare.

Ca semne locale avem întâi prezența unei mici pete în locul de inoculație, semănând cu o mușcătură de purice și însoțită de o ușoră mâncărime. Bolnavul se scarpină, vesicula se rupe, rămâind în loc o depresiune de un roșu violaceu acoperită de concrețiuni galbene. În timpul acesta mâncărimea se calmază, iar cu dinsa se termină *perioada întâia*.

După 36 sau 48 de ore începe *perioada a doua*, caracterisată prin înlocuirea petei primitive printr'un mic tubercul lenticular, tare dar mobil și așezat sub tegumente.

De-asupra acestui tubercul se observă o placă cu o suprafață ușor neregulată semănând cu o cójă de portocală, de o colóre cenușie lividă, iar apoi négră.

În jurul său se formază ceia ce Chaussier numesce aureolă, unde pielea e mai roșie și mai caldă.

Acum totul este constituit și tipul pustulei maligne ni se oferă cu caracterele următoare: În centru avem o parte escarificată, gangrenată. În jurul său unul, două sau trei rinduri de vesicule ori mici slictene transparente, formând ca un fel de gules și semănând ca cum ar fi compus din mărgăritare fine. În afară de această corónă se află aureola inflamatorie precum a-

rata figura 10, figură schematică luată din Duplay și Reclus precum și figura 11 originală din serviciul meu, reprezentând o pustulă malignă pe plica cotului la o țărancă ce s'a prezentat la consultații gratuite, fără însă a voi să rămână în spital.

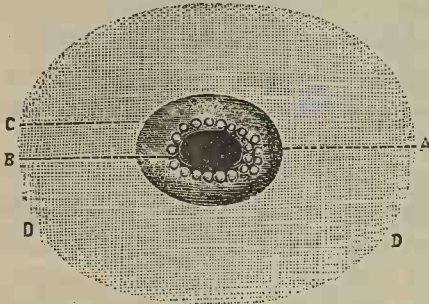


Fig. 10.

Pustulă malignă. *a)* Eschară centrală. *b)* inel vesicular, *c)* nucleu de indurație a pustulei, *d)* areolă eritematoasă.

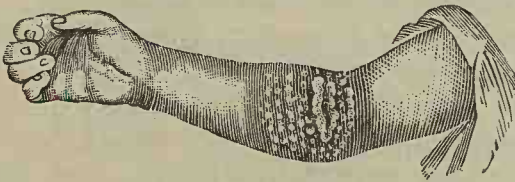


Fig. 11.

Pustulă malignă la plica cotului luată după natură.

Pielea de și nu prezintă semnele proprii unei limfangite, totuși ganglionii sunt măriți de volum și dureroși.

Dacă se aplică o intervențiune chirurgicală energetică, sau din fericire avem a face cu forma benignă de pustulă malignă, fenomenele descrise rămân localizate și cu tendință la descrescere. Din contra, bóla lăsată la mersul său, iar organismul fiind slăbit, réul progresază, dând naștere la fenomene cu totul alarmante formând a *patra perioadă a bólei*.

Aci țesutul celular se desorganizează înlocuindu-se prin colecțiuni putride, sanguinolente, gazóse, fenomene de limfangită întinsă, dând naștere la trombose oftalmice sau ale sinusului durei-mater—dacă leziunea are sediul pe față sau cefă. In asemenea casuri, simptomele unei meningo-encefalite mortale nu întârzie să apară.

**Periódă a treia** se caracterisă că escara centrală să întinde. Se va nota însă că escara rămâne superficială, căci nu atinge de cât maximum țesutul celular, și nici odată țesutul muscular. Zona inflamatorie progresază și dinsă, dând părților o consistență tare. Țesutul celular subcutanat e coprins de un edem foarte mare, ce în regiunile unde acest țesut e lax, ia dimensiuni colosale. Ast-fel, când bóla se dezvoltă pe piept, buze și gât, extensiunea edemului poate produce fenomene de asfixie.

În această perioadă, fenomenele generale proprii orîi căreî intoxicaţiunii merg crescînd, caracterisîndu-se printr'o febră intensă, pielea uscată, limba încărcată şi pătăsă, respiraţia fetidă, urinele rari dar fără albumină. Artralgiî, vîrsături şi cefalgii nu lipsesc mai nici o dată.

Dacă terminaţia e neapărat fatală, fenomenele generale se agravază şi mai mult: individul este coprins de vîrsături incoercibile, meteorism, diaree fetidă, luînd un caracter choleriform. După 12 sau 15 zile de suferinţă, bolnavul mîore, une-orî în deplină conştiinţă, alte dăţi în colaps algid şi sincopă. Fenomene convulsive, tetaniforme, epileptiforme şi delir furios, vin în casuri de tromboze ale sinusurilor durei-mater sau venei oftalmice.

Trebue iarăşi să scim, că une-orî bolnavii mor în mod subit, fără ca prin nimic să putem prevedea acesta.

**II. Edemul malign** e mult mai grav ca pustula malignă, căci deja dupe 3 sau 4 zile fenomenele generale infecţioase priméză totul.

După cum numele îl indică, această bôlă este caracterisată numai printr'un edem mîore, mare, tremurător, difus şi indolent. Póte însă căpăta o consistenţă mai tare.

Edemul malign e în stare să deformeze cu totul o regiune, producînd chiar fenomene de asfixie, prin întinderea şi desvoltarea sea, mai ales dacă îşi are sediul pe pleópe, obraz, gât, limbă şi buze.

Dar această varietate avînd aceiaşi origină ca şi pustula malignă, nu întârzie a îmbrăca caracterele sale: ast-fel pielea repede se acopere de mici pete, de una sau două rînduri de flictene or vesicule, precum şi de o escară negriciósă, reamintind în totul pustula malignă, când orî-ce confusiune dîspare.

### III. Septicemia cîrbunósă ; micosa gastro-intestinală şi pulmonară.

Acastă formă aparţine mai mult medicinei interne, de óre-ce se manifestă numai prin simptome generale şi avînd o terminaţiune repede fatală. Cu tóte acestea, şi aci de multe orî, înainte de mórte apar adenite, parotidite, flictene şi escare pe epiderm, însoţite de un edem enorm, arătîndu-ne şi dînsa aceiaşi origină comună cu pustula malignă.

Forma gastro-intestinală sémănă fôrte mult cu febra tifoidă, de care însă se deosebesce prin începutul brusc, vërsături frecvente, diareï sanghinolente, precum și prin mersul sêu repede, plus că și aci leziuni externe de natură cãrbunósã pot sã aparã pe diferite regiuni ale corpului.

În fine terminãm spuind cã unii autori și în special Arloing și Thomas, admit un cãrbune spontanat, produs de un bacil mobil și anaerob, ale cãruï leziuni constau în produciuni gangrenóse sémãnând cu gangrena gazósã.

Dar în privința acéstã cercetãrile încã continuã a se face, în deosebi de D-l Profesor Babeș, și de aceia nu vom insista mai mult.

Cum se produce mórtea în urma cãrbunelui sãu pustulei maligne?

Dupã Pastenr, mórtea provine din desoxigenarea sãngelui, de ôre-ce bacilul este un microb aerob și fôrte avid de oxigen.

Dupã Toussaint, mórtea ar proveni în urma emboliilor pulmonare sãu cerebrale.

Se obiectözã însă acestor teorii cã adesea constatarea bacililor în sânge e fôrte micã, dacã nu une-ori lipsesce cu totul; plus cã fenomenele cu cari mor indiviziï nu sunt câtuși de puțin propriï asfixiei. Opiniunea lui Bollinger, cã mórtea ar proveni dintr'un esces de acid carbonic în sânge e combătutã de Nencki, care a probat cã puterea respiratorie a sãngelui este normalã la animalele cãrbunóse.

Chauveau a emis ideea cã mórtea provine din producerea unei secrețiunii a bacilului numitã ptomainã, și cã acest alcaloid respândit în sânge, omörã pe individ grație proprietãtei sale toxice. Dar și contra acesteï teorii s'a obiectat iarãși absența bacililor în sânge, precum și constatarea pozitivã a ziseï ptomaine. Nu este însă mai puțin adevërat cã difluența organelor splashnice ca splinã, ficat, ganglionï etc., existã, cu tótã absența bacililor din sânge.

Un singur lucru s'ar putea admite, cã acești bacili trec prin sânge fãrã sã lase nici o urmã de prezența lor, concentrându-și tótã activitatea în anumite organe splashnice ca ficat, splinã, ganglionï etc., unde gãsind un teritor plãcut pentru desvoltarea lor, le distrug în totalitate prin crescerea și pululațiunea exageratã.

Pe lângã experiențele pozitive ale lui Chauveau obiținute prin



injecțiuni cu sânge cărbunos, mai avem acelea ale lui Hofa, care a găsit o bază toxică dându-i numele de *antracină*, precum și acelea ale lui Sydney Martin ce a găsit iarăși un alcaloid și materii albuminoide toxice (proto-albuminosă și deuterio-albuminosă). Aceste substanțe injectate, au dat fenomene identice cu infecțiunea cărbunosă.

În fine Buchner a demonstrat că protoplasma bacteridiei, ar conține o substanță piogenă. (Cornil și Babeș).

**Prognosticul și Diagnosa.** Cu toate caracterele clasice ale pustulei maligne, totuși se citéză casuri de confuziune și în special cu următoarele bóle: ectima, furuncul și antrax. Ectima însă are relațiuni foarte depărtate cu cărbunele. Dînsa se însoțește de fenomene inflamatorii, de plăci multiple, dar fără resunet asupra organismului general.

Cât pentru furuncul și antrax, singura constatare a burbioului și a semnelor locale, e suficientă pentru a depărta orice confuziune.

Pustula malignă e caracterisată prin lipsa de puroi, absența de durere spontanată, prezența unei areole vesiculare și o escară centrală caracteristică.

Cât pentru cărbunele intern, aste adevărat că la început diagnosticul e mai dificil de stabilit între febra tifoidă și unele intoxicațiuni; mersul însă precum și fisionomia bólei nu întârzie a ne arăta cu ce anume avem a face.

Mersul cărbunelui după cum am văzut este foarte acut, evoluțiunea terminându-se de la 6 până la 9 zile, rar 15 zile; s'au semnalat casuri de mórte chiar după 24 sau 48 ore.

**Prognosticul în general grav,** se póte formula ast-fel: atât timp cât leziunea rămâne locală, mai tot-d'auna bóla se vindecă; dar când infecțiunea s'a generalizat, mórtea mai tot-d'auna este inevitabilă. Dar ca la orî ce regulă generală, avem și aci excepțiuni.

În adevăr, pustula malignă de și e o afecțiune eminentemente gravă și în majoritatea casurilor mortală, totuși sunt observațiuni autentice de vindecare spontanată, unde escara eliminându-se, a lăsat în locul său o suprafață ulcerată, care deși urmată de cicatrițe foarte vițioase, nu e însă mai puțin adevărat că bolovaniî au scăpat.

Tot același lucru vom dice de micosa pulmonară și intesti-

nală, de cari bolnavii s'au vindecat, de și după lungi și periculoase convalescențe.

**TRATAMENTUL.** Primul lucru este de a preveni bóla. Arderea animalelor mórte de acéstă afecțiune; îngroparea lor în locuri depărtate de orașe or comune; punerea cadavrelor în locuri adânci peste cari se va turna var nestins, forméză baza tratamentului profilactic. Nu mai începe îndoiială, că poliția sanitară în vederea mijlócelor profilactice trebuie să fie fórte atentă, atât în privința debitărei animalelor infectate de acéstă bóla, precum și în măsurile luate pentru îngroparea lor. Mai ales proi-birea pieilor acestor animale spre a nu se da comerțului și industriei, trebuie strict observată.

Tot ca tratament profilactic putem menționa vaccinațiunea Pastoriană, care micșorând bóla la animale, micșoréză în același timp contaminațiunea la om. Acéstă metódă chemată a aduce serviciu enorme, nu a dat până acum rezultatele anunțate de Pasteur.

Esperiențele lui Koch și a altor autori, au arătat că inoculațiunea conferă imunitatea numai contra cărbunelui artificial, fiind fără efect contra bólei cărbunose propriu zise. Cu tóte acestea, Chauveau a ajuns a atenua virusul prin presiune, iar Arloing prin raze solare.

Alți autori, au căutat a conferi imunitatea inoculând diverși microbi, ca streptococul erisipelului (Emmerich), sau un saprofit din aer și apă analog cărbunelui (Hüppe și Wood). În fine cercetările lui Hankin (1893) tind a demonstra că bacilul cărbunos ar avea proprietatea de a secreta o materie albuminosă, grație căreia imunitatea s'ar putea obține.

De sigur tóte aceste experimentațiuni științifice vor avea o acțiune bine făcătoare, dar până în present lucrul încă nu este stabilit, așa că nu ne rămâne de cât a spera într'un viitor plin de mari promisiuni.

Când însă prin mijlócele profilactice nu s'a putut nimic preveni și deci bóla s'a declarat, care va fi conduita noastră?

Luându-se în considerație gravitatea pustulei maligne, autorii au recurs la mijlóce fórte energice, având de scop a distruge focarul virulent în punctul de inoculație, precum și a ne opune pululațiunei germenului în organism.

De aci excisiunea, cauterisațiunea și injecțiile ipodermice cu

lichide fenicate, clorur de zinc, sulfat de cupru și aplicațiuni de puncte adânci cu ferul roșu.

Dintre toate metodele însă, injecțiunile împrejurul pustulei maligne cu soluțiuni de iod în proporție de  $\frac{1}{400}$  după Davaine, sau  $\frac{1}{250}$  după Verneuil au dat cele mai bune rezultate. Anger injectează 2—3 picături de tinctură de iod, iar unii chirurghi fac un tratament mixt, precum e Verneuil, care după ce extirpază tumora prin termo-cauter, dupe principiile lui Fournier, face apoi injecțiuni cu tinctură de iod în țesutul edemațiat.

Dr. Apostoleanu încă fiind intern în 1882, a obținut un frumos succes de vindecare a unui edem malign al feței, prin medicațiunea iodică intus et extra.

Casul e publicat în Spitalul 1882.

Se recomandă două soluții:

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| I) T-ra Iodi.                             | <i>1 grm.</i>         |
| Iodur potassium                           | <i>2 grm.</i>         |
| Apă distilată                             | <i>un Kilo.</i>       |
| D. S. Injecții sub cutanate și compresii. |                       |
| II) T-ra Iodi.                            | <i>0,50 (centgr).</i> |
| Iodur potassium.                          | <i>un grm.</i>        |
| Apă distilată.                            | <i>un Kilo.</i>       |
| D. S. Intern.                             |                       |

Tratamentul general iarăși nu va fi neglijat, căci pe lângă tinctura de iod luată la interior în doze de câte-va picături, vom da tot ce va fi capabil pentru întreținerea forței bolnavului.

---

## CHESTIONAR

---

Cărbunele. Diferite numiri. Istoric.

Cercetările lui Davaine și Rayer. Pollender, Koch și Pasteur.

Definiția cărbunelui. Descrierea bacilului. Caracterele sporei. Mediul favorabil al dezvoltării bacilului. Imunitatea păsărilor. Experiențele lui Pasteur și Straus. Experiențele lui Koch demonstrând puterea virulentă a sporelor. Aplicațiuni clinice. Contagiositatea cărbunelui de la om la om. Dife-

rite probe: Jacobi și Neydig. Căile de introducere a bacilului în organism. Opinia lui Chaus sier. Faptele clinice. Inoculațiunea prin muște (Davaine). Inoculațiunea prin căile digestive. Diferite experiențe ale lui Koch, Gaffky și Loefler. Aplicațiuni practice și observațiuni clinice (casul lui Karlinski). Infecțiunea prin căile respiratorii. Experiențele lui Büchner. Opinia lui Straus. Bóla plápámarilor.

Anatomia patologicá. Alterațiunea globulelor roșii. Ramolirea splinei și a altor viscere. Alterațiunea mucóselor și a seróselor precum și a țesutului conjunctiv. Simptome. Pustula maligná. Caracterele locale, evoluțiunea. Diferite període în număr de patru. Caractere.

Edemul malign. Caractere.

Micosa gastro-intestinalá și pulmonará. Simptome și caractere.

Mecanismul morței. Opiniunea lui Pasteur prin desoxigenarea sângelui. Opiniunea lui Toussaint prin formarea de embolii pulmonare sau cerebrale. Obiecțiuni. Opiniunea lui Bollinger. Obiecțiunile lui Nencki. Teoria lui Chauveau, Hofa, Martin și Büchner.

Prognosticul și Diagnosa. Deosebirea între ectimá, furuncul și antrax.

Vindecare spontanată.

Tratamentul profilactic. Inoculațiuni. Tratament chirurgical. Diferite metode.





## DESPRE TUMORI

Cuvântul tumoră luat în sens general și ast-fel cum a fost conceput de cei vechi, înseamnă or ce umflătură sau tumefacție, or ce creștere sau ridicătură, fie aparentă, ascunsă, interioară sau exterioară.

Intréga chirurgie era împărțită în vechime în 5 cărți, formând *pentateuchul chirurgical* ce conținea: plăgi, ulcere, fracturi, luxații și tumori.

Tot ceia ce nu intra în primele 4 cărți, făcea parte din a cincea, adică din tumori. Ast-fel fiind, zice Broca, dacă nu în întindere, cel puțin în importanță, cartea tumorilor era de trei ori mai mare ca restul chirurgiei.

Vedem dar că studiul tumorilor de la început a fost întins și dificil. Dinșul a exersat foarte mult spiritul autorilor, și de aceia istoricul său e pe atât de instructiv și necesar, cu cât de el se lęgă nume din cele mai ilustre și teoriile cele mai filosofice. Astăzi mai ales, microscopul și bacteriologia au făcut din tumori o știință cu totul a parte, înlesnind mult explicarea fenomenelor clinice.

Cu tótă extensiunea însă luată de tumori, dinsele încă fac parte din chirurgie și continuă a fi descrise în or ce tratat chirurgical. Vom întreprinde deci și noi acest studiū, însă în mod cât se póte de scurt, descriind numai ce va fi de folos practic, și pe cât ne permite cadrul restrâns al tratatului nostru.

Galien împărția tóte tumorile în trei mari categorii: *Tumores secundum naturam, supra naturam* și *praeter naturam*.

*Secundum naturam* erau cele produse în mod fiziologic: ca

desvoltarea sânului în timpul lactațiunei, a uterului în timpul gravidității etc.

**Supra naturam** erau cele produse prin dislocarea unor organe în urma diferitelor accidente în special traumatice; aci intrau răni, căturile osose, consecință a fracturilor și luxațiilor.

**Praeter naturam** conținea toate tumorile zise umorale, cari la rindul lor se sub-divideau în 4 clase, după cum se credeau formate din *sânge*, *bilă*, *pituită* și *atrabilă* formând fie-care o anumită bolă: flegmon, erisipel, edem și cancere. Dar aceste diviziuni n'au putut persista, de ore ce alături de cancer, se putea pune anevrismele, erniile și chiar scabies (râia) ce nu'și găsiu locul în cele alte clase.

**Hunter**, la începutul secolului al 18-lea, înlocui teoria lui Galien, atribuind origina tumorilor la limfa coagulabilă. Pentru Hunter, tumorile își aveau origina în secrețiunea unei substanțe plastice, coagulabilă, eșită prin transudațiune din pereții vaselor sanguine. Acastă substanță respândită în intersticiile organice, devenia prin solidificare punctul de plecare al or căru travaliu de organisațiune.

Meritul cel mare al lui Hunter este că prin teoria sa, tumorile nu mai erau considerate ca un produs strein organismului (praeter naturam), ci provenind din el însuși. Cu alte cuvinte, tumorile sunt elemente noi adăogate la economie, cari nasc, cresc și se desvoltă după aceeași normă că și însuși lichidul extra-vasat, lichid ce conține deja în sine o putere vitală și din care de alt-fel provin toate elementele normale.

Teoria lui Hunter saă a limfei coagulabile, de și a făcut epocă în știință găsind chiar azi apărători, totuși nu a stabilit nici o clasificare în tumori, căci toate erau puse sub aceeași origină comună și unică.

Prin 1800, apare în Franța un om de o capacitate extraordinară; un om din aceia cari, după cum zice Broca, conțin în creerul lor o lume întregă, și căroro le este dat a împinge repede spiritul uman în nisce carieri cu totul noi. Acesta fu *Bichat*, al căruia destin este fără analog în istoria științei.

Acest mare geniū, la etatea de 28 ani — abia cunoscut în cercul chirurgilor, din care făcea parte, — părăsi acastă ramură pentru a întreprinde regenerarea întregei medicinī. Două ani și jumătate 'i-au fost destul pentru a'și îndeplini acastă imensă o-



peră prin scrierile sale. Dar acest mare om, móre în 1802 în etate abia de 30 ani și ceva, fără să fi avut timpul să stabilească în scris, principiile ce trebuiau să servescă la clasificarea tumorilor.

Dînsul însă a fost mai fericit de cât Hunter, prin elevii săi Bayle, Dupuytren, dar mai ales *Laënnec* care deveni tot atât de mare ca și profesorul său.

În adevăr, Laënnec, sub cea mai modestă haină, sub o simplă *notă asupra anatomiei patologice*, citită societăței facultăței de medicină din Paris în 1808, stabilește bazele fundamentale a unei întregi și noi științe: anatomia patologică generală.

Prin Laënnec, leziunile morbide și în special tumorile, se găsesc pentru prima oră împărțite și clasate după natura lor anatomică. Tumorile erau comparate cu țesuturile normale, și deosebite ca și acestea după principiile de anatomie generală.

Ast-fel, zice Broca, Bichat nu murise cu totul; ființa sa se simțea în primii pași ai tînărului său discipol, care nu numai că a imortalizat pe profesorul său, dar s'a imortalizat el însuși încă și mai mult, prin descoperirea auscultațiunei și în special a tuberculosei, a cărui victimă în cele din urmă a fost și el.

Laënnec dar, observând că unele tumori prin constituțiunea lor, au foarte mare analogie cu celulele țesuturilor normale din economie, iar altele se deosebesc cu totul, părănd a nu avea absolut nici o asemănare cu dênsele, a stabilit pentru prima oră diviziunea remasă clasică a tumorilor, în *homeomorfe* și *heteromorfe*. În prima grupă intrau tumorile benigne, iar în a doua cele maligne.

Mai târziu, vom vedea că Lebert a ajuns la aceleași rezultate, întrebuițînd însă alte expresiuni de *homologe* și *heterologe*.

Să spunem însă după acum, că aceste cuvînte, formeză o subdiviziune din clasa tumorilor homeomorfe ale lui Laënnec. Ast-fel: *homolog* este când tumora se desvoltă în locuri unde normal există acel țesut, iar *heterolog* când tumora se desvoltă în regiuni unde în stare normală nu există țesutul din care dînsa e formată. De exemplu: *Lipomul* este o tumoră *homeomorfă homologă* dacă se desvoltă în țesutul gresos; este însă *homeomorfă heterologă* dacă se desvoltă în mușchi or aponevrose. Un alt exemplu: *Chondromul* e o tumoră *homologă* dacă se desvoltă în țesutul cartilagos, căci dînsul conține în stare normală același țesut din care e

format chondromul; pe când aceeași tumoră este heterologă dacă se desvoltă în glanda parotidă, testicul, tegumente etc., căci aceste regiuni nu conțin în mod normal țesutul cartilaginous.

Fără a merge mai departe spre a arăta diferitele discuțiuni ce s'au urmat, vom spune că lupta începuse a deveni foarte mare, de ore ce faptele clinice păreau a nu fi în acord cu ceia ce se impunea în numele anatomiei patologice generale.

În această perioadă de îndoială, apare Broussais în 1821, care aplicând tumorilor teoria inflamatorie, stabilește că aceste producțiuni au o singură și unică origină: *iritațiunea organică*. „Cancerul — zicea Broussais — nu este o boală particulară nici primitivă; și dacă îmi este permis a recurge la experiența mea, voi adăoga că de când m'am propus a stinge de la început în mod complect or ce iritație, nu mai observ aceste degenerescențe, afară numai la persoanele cari au neglijat mijlocele de vindecare în principiu, sau cari și-au procurat recidive multiple“ (Broca). Și cu toate acestea, el însuși (Broussais) a murit de un cancer al rectului, consecința unei inflamațiuni cronice, pe care nici o dată n'a putut-o combate!! Dar această teorie, de și Broca o numește extravagantă, totuși dinsa rămâne și azi în vigoare, însă sub patronagiul altor ómenii, altor idei! (vom reveni).

Cât privește definiția tumorilor numinduse *producțiuni accidentale*, această este mai atacabilă ca toate cele alte. În adevăr, dupe cum zice Follin, o asemenea definiție lasă în spirit ideia tuturor producțiunilor solide, lichide sau gazóse, organizate sau nu, cari pot în mod accidental să se arate în iconomie. Și ast-fel fiind, s'ar putea foarte bine pune în clasa tumorilor și deci alături cu cancerile, emfisamele sub cutanate, edemul, până și calculele salivare or vesicale; căci în definitiv și ele nu sunt de cât tot producțiuni accidentale ca și cancerul, sarcomul, lipomul etc.! Dar cine ar putea admite o asemenea deviziune?! căci atunci n'ar mai fi vorba de 112 specii de tumori numerotate de Plenck, ci de un număr mult mai considerabil, dându-se atâtea leziuni accidentale, ce absolut nu au a face cu tumorile, dar cari dupe această definiție toate ar intra în aceeași clasă.

Relativ la definiția ce s'a dat tumorilor de *Abernethy* și *Boerhaave* numindu-le *producțiuni de nouă formație*, de unde a eșit și numele de *neoplasm*, întrebuițat cu multă profusiune mai ales de Germanii, a întâmpinat și dinsa foarte mari dificultăți.



În adevăr, dacă am considera tumorile ca produse de nouă formație, am fi siliți a introduce în această clasă mugurii cărnosi, neoplasiile inflamatorii, fungositățile etc., lucruri cu totul deosebite și fără nici o legătură cu ceia-ce înțelegem prin tumoră; și cu toate acestea ele nu constituie mai puțin niște adaose la economia generală, niște produse de neoformație. Și în special inflamațiile cronice sunt niște produse așa de apropiate de tumori, în cât deosebirea între ele e foarte deficilă dacă nu chiar imposibilă: probă diferitele specii de muguri și adenite cronice, unde abia microscopul ne-ar putea spune, dacă e vorba de o pură inflamație cronică, tuberculoasă or sarcomatopsă (!?)

Clinica însă a observat, că produsele inflamatorii au în definitiv un sfârșit și anume: sau reproduc cu timpul țesuturile din cari au provenit (mugurii cărnosi), sau intră în calea de degenerescență, sau în fine în urma unui tratament or mijloce apropiate ca compresiuni etc., zisul neoplasm dispăre.

S'ar putea dar propune următoarea definiție: *că tumora este o neoformațiune sau neoplasm cu totul deosebit de oricare producțiune inflamatorie, și care deci nu are tendința nici a reproduce un țesut, nici a se termina prin vindecare, ci din contra, a persista și a crește într'un mod constant, contra oricărui tratament intern sau extern.*

Acăsta se apropie de definiția lui Cornil și Ranvier cari cuprind tumorile în acești termeni: *Or-ce neoplasm cu tendință în a persista sau a crește*, precum și de a lui Heurtaux ce e concepută ast-fel: *O tumoră este o masă mai mult sau mai puțin circumscrită, născută sub influența unui proces strein de procesul inflamator, constituită de un țesut de nouă formație și având tendința a persista sau a crește.*

De sigur și aceste definițiuni sunt cu totul departe de a satisface toate dorințele, căci pentru a nu lua ca exemple de cât tuberculosa, observăm și într'insa aceleași caractere de persistență și tendință la creștere, fără cu toate acestea să fie o tumoră în înțelesul propriu al cuvântului; pe când un lipom care nimic nu are în el de neoplasic, de malingn, totuși intră în clasa tumorilor.

Pentru a fi justți, trebuie să spunem că Follin a dat o definiție cu un mult mai mare bun simț și o mai puternică logică științifică ca cele ce arătarăm. În adevăr, acest autor zice: *tu-*

*mora este o producțiune organizată dar de formațiune morbidă.* Prin această definiție, mugurii cărnosi de a dreptul se exclud, căci dinșii de și sunt producțiuni organizate și de nouă formație, nu au însă caracterul morbid, ci din contra, acela de a reconstitui, de a regenera un țesut. Inflamația însă ca și tuberculoza și sifilisul etc. nu pot fi scose din această definiție, căci ele sunt și producțiuni organizate, având în același timp și caracterul morbid.

De sigur, nu vom fi noi cari vom da o definiție exactă, dar în chestiunea tumorilor or ce ipoteză fiind permisă, am putea din punctul de vedere clinic să zicem: *tumora este o producțiune ipertrofică ce nu stă nici sub dependența sifilisului, nici a tuberculozei, nici a vre-unui agent virulent cunoscut; nu depinde de un proces franc inflamator, și nu e consecința diferitelor degenerescențe; în fine e în afară de obstacolele ce se pot ivi în secrețiunea naturală a unor organe. Tumora dar e un produs cu totul particular, ce rezultă dintr'o predispoziție individuală, congenitală sau ereditară. Une-ori poate proveni chiar dintr'o iritație cronică locală, ce cu timpul poate sau nu imprima organismului un anumit mod de a fi, dupe cum va avea loc o infecțiune specifică, lentă și progresivă.*

Acésta este poate cea mai lungă definiție din câte există, dar prin ea putem elimina tot ce nu face parte din înțelesul strict al tumorilor, fie benigne sau maligne.

Dar să revenim la istoricul tumorilor.

Robin și Broca susținură cu mult talent formațiunea autohtonă a tumorilor, grație unui *blastem formator*, dar care în definitiv nu era de cât limfa coagulabilă a lui Hunter. Pentru Broca, exista tot atâtea blasteme ca și însuși producțiunile patologice. Ast-fel dînsul susținea un blastem canceros, sarcomatos, fibroplastic, chondromatos etc. etc.

Pentru a înțelege mai bine ideile lui Robin și Broca, este necesar un mic istoric.

Schleiden, părintele teoriei celulare, susținea că întreaga organizațiune vegetală procede din celule. La rândul său, Schwann introduse, inspirat de predecesorul său, *teoria metamorfozei*, dupe care toate țesuturile organice animale fie normale sau patologice, nasc din celulele embrionare primitive: fibra muscu-

lară, nervoasă, conjunctivă, fibră, etc. nu erau de cât rezultatul lungirei, juxtaposițiunii și a fusiunii celulelor embrionare, deci a unei metamorfoze. Se susținea chiar că globulele de puroi, celulele cancerose și elementele tuberculului nu erau iarăși de cât tot celulele normale, modificate însă în forma și esența lor.

Mai târziu însă, metamorfosa, fu înlocuită *cu teoria substituțiunii*, cel puțin pentru țesuturile animale. Dupe această teorie, se admitea că toate celulele embrionare primitive dispar, se dizolvă, și că această soluțiune servă ca punct de plecare a tuturor elementelor noi.

Acestei mese amorfe, lichidă sau semilichidă, i s'a dat numele de blastem; din βλάστημα ce însemnă germinațiune. Aceasta este origina teoriei lui Broca și Robin.

Deja însă cercetările microscopice începură în Franța, mai ales în persoana lui Lebert. Și pentru a răspunde obiecțiunilor acestui autor, că elementele din tumori își găsesc analogul lor în economie, Robin și Broca au recurs la cuvântul de *analogie de formațiune* instituit de Vogel. Dinșii ziceau: blastemele de și au o tendință proprie, intrinsecă, de a da naștere la elemente noi, totuși ele sunt influențate de o putere extrinsecă, venită din partea țesuturilor vecine, și în urma căria, aceste celule noi pot lua tipul celor deja aflate în organism.

Cu progresul științei, microscopul nu a întârziat a arăta că în definitiv, ori ce tumoră este formată din celule. Și luându-se în considerație că întregul organism e format numai din aceste elemente, s'a stabilit *teoria de dezvoltare continuă* numită *legea lui Müller*, arătându-se că *or ce tumoră ca și întregul organism, provine din dezvoltarea unei celule, fie în stare de maturitate sau embrionară.*

Legea lui Müller, nu este de cât aplicațiunea marelui descoperiri a lui Schleiden și Schwann, cari cei dintâi au arătat că întreaga organizațiune vegetală și animală se datorește unei celule. Broca însă susține, că în realitate meritul revine națiunii Franceze și anume în persoana lui Raspail, care încă din anul 1825, adică 12 ani înainte de Schwann, descrie elementele organice sub numele de *vesicule*, admitând că într'o vesiculă deja formată, puteau să se desvolte alte vesicule (generație endogenă). Și ca probă este următoarea frază foarte remarcabilă a lui Raspail care a rămas celebră: „Da-

*fi'mi o vesiculă în sânul căria să se pôtă desvolta alte vesicule, și vă voi reconstitui întréga lume organizată!"*

Dar or cum ar fi, prin acéastă teorie celulară, ce reducea tóte produsele patologice la aceeași origină unică ca și țesuturile normale, nu mai era posibil a face absolut nici o diviziune în tumori. Ideia blastemului și a eteromofismului nu mai avea rațiunea de a fi; totul acum era homeomorf, homolog, căci tóte tumorile proveniaũ din una și aceeași materie—celula. Dar o clasificare se impunea; și ast-fel constrâns, vedem pe Müller silit a recurge la procedee chimice, spre a satisface o cerință imperiósă, pretinsă mai ales de clinică. El supuse atunci tumorile la ferbere, și tratându-le cu diferiți reactivi, obținu din unele grăsimi — în cari puse lipómele și diferiți kiști conținând materie grasă; altele procurându-ı un fel de gelatină — forméză din ele chondrómele, tumorile osteoide, precum și cele compuse din țesut celular și fibros; în fine al treilea grup dând ca rezultat albumina, coprindeau restul tumorilor, în cari intrau tóte producțiunile serofulóse împreună cu cancerul.

Dar acéastă clasificare fiind cu totul artificială și contrarie atât anatomiei cât și fiziologiei patologice, Müller fu în cele din urmă silit să recurgă la datele clinice, împărțind tumorile în canceróse sau maligne și în necanceróse, dar cari s'ar putea confunda cu cancerul!!

În 1845, *Lebert*, unind la un loc caracterile anatomice, microscopice și clinice ale tumorilor, puse baza unei noi clasificățiunii naturale, ce era menită a împăca mai ales spiritul chirurgilor, ce se resculase contra microscopului, declarându'l ca un instrument inutil, și în care orı-cine cu puțină imaginațiune, putea să vadă tot ce voia!?

În fața unei asemenea situațiunii critice, *Lebert*, prin activitatea și ardórea sea de muncă, reușeste a grupa în jurul său o pleiadă de medici tineri ca *Robin*, *Broca*, *Follin* și *Verneuil* ridicându-se contra teoriei celulare exclusive a lui Müller.

Întreprinderea acésta nu a avut de scop a propaga numai studiile micrografice în Franța, dar a avut ca rezultat ceva mult mai superior ca ideie, adică a stabili *specificitatea elementelor celulare a tumorilor*. În adevăr, școla lui *Lebert*, în loc de a vedea în celula cancerului, de exemplu, un element normal modificat, precum s'ar fi putut deduce din teoria lui Müller, se con-

sidera ca o celulă cu totul deosebită, neavând absolut nici o analogie cu acela, grație aspectului și modificărilor intime de structură ce dînsa presenta. De aci se conchise doctrina celulelor specifice; de aci a eșit blastemele; de aci aș eșit celule cu anumite caractere pentru fie-care tumoră benignă sau malignă, de aci Broca și Robin aș dedus teoria blastemelor.

Lebert dară, reuși a da o clasificățiune considerată ca mai naturală și metodică, împărțind tôte tumorile în heterologe și homologe, care însă nu era de cât cea deja propusă de Laënnec.

Cu tótă favoarea însă de care fu primită teoria lui Lebert, și cu tot sprijinul ce puneau Robin și Broca de a răspândi și instala în știință teoria blastemului formator, ideile lui Müller, tocmai atunci când se credeau mai sdruncinate, fură reînviat și restabilite putem zice pentru tot-d'a-una de Virchow, care inspirat de ideile lui Remak, puse teoria celulară pe niște baze mai solide ca ori când.

Se știe că Remak în 1852, studiind modul formațiunei celulelor, ajunse la rezultatul că tôte celulele nasc unele din altele pe cale endogenă, și de aci stabilise sub acéstă formulă, aforismul *omnis cellula in cellula*. Dînsul merse și mai departe zicend că, după tótă probabilitatea, legea desvoltărei endogene ce se face pe socoteala celulelor preexistente, se regăsește și în formațiunea neoplasmelor.

Virchow însă, arătând că multiplicațiunea celulelor se face mai mult prin scisiparitate și burgeonare, modifică formula lui Remak stabilind aforismul: *omnis cellula e cellula*.

De aci, Virchow prin raționament trase conclusiunile următore: Or ce producțiune organică procede din celulă; în tôte țesuturile embrionului și adultului există celule sau germeni de celule, cari prezidă la creșterea și nutrițiunea țesuturilor; țesutul conjunctiv fiind cel mai răspândit în tôte părțile corpului și acela care tot-d'a-una conține un ore-care număr de corpusculi—ultimul vestigiū al celulelor embrionare, formeză ast-fel elementul germinativ prin excelență, și deci dînsul este care dă naștere la tôte producțiunile accidentale, când în urma unor cauze, mersul regulat și desvoltarea sea fiziologică vor fi impeditate sau deviate.

Din aestatea reese, că Virchow a stabilit și el o teorie cu totul exclusivă și unică, atribuind origina tuturilor tumorilor la un sin-

gur țesut, țesutul conjunctiv. Autoritatea lui Virchow însă a făcut ca teoria stabilită de dinsul să domnească pînă acum.

Adevărul este, că teoria celulară este singură admisă astăzi, atât în ceia ce privește formațiunea organismului cât și patogenia tumorilor. Sunt însă diferite moduri de a presenta lucrul, ceia ce constituie tot atâtea teorii; baza însă, încă odată, o formeză celula.

Mai întăiu, acest monopol dat de Virchow numai țesutului conjunctiv de a produce tumori, a fost atacat de Thiersch și Waldeyer, cari au demonstrat că acea tumoră malignă numită cancer, își are origina în celulele epiteliale.

De aci două grupe de tumori: tumori de origină conjunctivă și de origină epitelială.

Alți autori, susținură că endoteliul este adevărata cauză a neoplasmelor, de unde ar resulta trei grupe de tumori: conjunctive, epiteliale și endoteliale.

În fine Bard, dădu o extensiune și mai largă acestei chestiuni, susținând că toate speciile de celule ale economiei, și în toate periódele vieții lor, sunt capabile să dea nascere tumorilor.

Bard consideră tumorile ca o monstruositate celulară.

După dinsul, organismul întreg este format dintr'o înlănțuire armonică și misterioasă a celulelor. De aci ar resulta că, dacă un grup din aceste celule ia o dezvoltare mai mare și caută a cresce într'o altă direcțiune de cât cea stabilită, atunci se produce un fel de revoluțiune în organism, o luptă între restul confederațiunii celulare contra celor ce voesc a se emancipa. Decî acest fapt monstruos, această revoluțiune a unui număr de celule din organism, constituie tumora.

## **Teoria embriologică și parasitară în geneza tumorilor**

Cunoscințele embriologice au căutat și ele să introducă influența lor în studiul și clasificarea tumorilor.

Se știe că viața embrionară, începe prin formarea a trei tunici blastoderme numite: fóia externă, (ectoderm, epiblast sau archiblast, după His); fóia internă (endoderm, ipoblast), și fóia medie (mezoderm, mezoblast sau parblast după His).

Din fóia externă iese epidermul cu anexele sale: unghii, păr, glandele tegumentare, sistemul nervos și părțile esențiale ale

simțurilor. Din fôia internă, iese în special epiteliul intestinal, glandele și organele genitale; pe când din cea medie, destinată la formarea țesutului conjunctiv, provine scheletul osos, cartilajele, muschii și vasele.

Din cunoștința acestor lucruri, s'a stabilit teoria numită *a celor trei fôii embrionare*, susținută mai ales de Remak, Rindfleisch și Lanceraux, prin care toate tumorile sunt împărțite în două grupe: una provenind din fôia medie, în care intră sarcómele, miómele, fibrómele, lipómele și chondrómele; iar alta din fôia internă și esternă, dând naștere epiteliómelor, adenómelor și carcinómelor.

Se știe însă că fôia medie, compusă numai din celule embrionare, dă naștere la corpul lui Wolf, din care derivă apoi organele genitale interne. Dar există în ovare tumori de natură epiteliomatósă; cum dar se esplică acest lucru, când în fôia medie nu se află celule epiteliiale? Ar trebui deci a se admite genesa organelor genitale din fôia internă, ce conține celule epiteliiale, fapt care încă este în discuție.

Cu această ocaziune, spre a înțelege mai ușor cele ce vor urma, trebuie să ne reamintim că celulele din fôia externă și internă, încă de la început caută a-și lua o formă definită, fie de celule cubice, cilindrice or prismatice ca în fôia externă; fie de celule epiteliiale, turtite, ca în cea internă, pentru a da naștere diferitelor organe cu anume tip. Celulele din fôia medie însă își păstrează caracterul lor embrionar, chiar și după dezvoltarea completă a organismului; și ca probă avem persistența celulelor embrionare, ovulul, spermatoblastul, globulul alb, celula țesutului conjunctiv, cari nu sunt de cât aceleași celule embrionare, ce le găsim la începutul ființei noastre.

Cunoștința acestui fapt, ne face să înțelegem în mod clar ultima teorie, care de și combătută și dinsa, o credem însă ca cea mai probabilă; este *teoria lui Conheim*.

Acest autor admite, că într'o periódă a vieții embrionare, se produc mai multe celule de cât e trebuință pentru dezvoltarea totală a diferitelor părți a corpului; sau în alte cazuri, avem o *inclusiune* a unui grup celular. Dar or cum ar fi, rezultatul este o diseminațiune de mese celulare în mijlocul țesuturilor, ce rămân neintrebuițate.

Aceste celule, reprezentantele foilor embrionare, pot să stea totă viața în stare latentă.

În urma unei cauze însă neprevăzute, dar în general cu proprietăți iritante, acest grup de celule începe să crească, și din dezvoltarea lor naște tumora, a căreia evoluțiune se va face pe socotela țesuturilor normale. Fie-care tumoră va aparține foiei esterne, interne sau medie a blastodermului, după felul celulelor din care va fi formată, putând da naștere la neoplasme, analoge țesutului ieșit din ectoderm, endoderm sau mesoderm, precum am arătat mai sus.

Din acest mod de a vedea al lui Conheim, și care de sigur e foarte ingenios, am putea deduce două lucruri principale: întâi, că tumorile nu pot fi de cât congenitale; căci dacă în viața embrionară nu s'a făcut nici o incluziune a vre unei foi, sau nu s'a produs nici un exces de celule, suntem incapabili a poseda vre-o tumoră; și al doilea, credem că prin această teorie ne explicăm mai ușor formele benigne și maligne ale tumorilor observate de clinică.

Am arătat deja, că imediat ce foile blastodermice se constituiesc, celulele ectodermului și endodermului iaă un tip epitelial și cu tendință la creșterea și dezvoltarea matură. Ast-fel fiind, tumorile ce vor naște din incluziunea acestor foi, vor fi provăzute de o putere irezistibilă către creștere, prin urmare către distrucție, grație proprietății de care ele sunt dotate chiar de la naștere. Dar astăzi se știe, că aceste tumori epiteliale nu sunt de cât cancerele, ce tot-d'a-ună au servit ca tip de malignitate.

Din contra, tumorile eșite din tunica medie sau din mesoderm, vor avea caractere cu totul diferite, căci celulele embrionare, după cum am văzut, nu numai că nu iaă un tip anumit și definit, dar încă pot rămâne în această stare și în perioada adultă.

Deci, incluziunea acestor celule, dând naștere ulterior la o tumoră, dinsele, conform calității primordiale, nu vor avea tendință a progresa, și deci se vor mărgini într'o simplă creștere locală.

Dar nise asemenea tumorii formate din celule embrionare sunt toate benigne. Până și sarcómele, clinica ni le arată de multe ori ca tumori benigne, bine înțeles dacă nu sunt amestecate și cu alte elemente ce represintă tipul adult (?).

Nu mai încapă îndoială că și această teorie nu satisface toate cerințele, dar în lipsă de alta trebuie adoptată.

Unii autori critică această teorie zicând: Cum se poate admite ca



un mic grup de mese celulare să rămâe închise și în stare de inerție în timp de zecimi de ani, într'un organism complect dezvoltat și ale cărui țesuturi sunt într'o continuă transformare, iar dinsele (adică celulele incluse) să stea într'o complectă indiferență de această mișcare vitală, așteptând 40 și 50 ani în aceeași stare embrionară ce a avut-o la formarea individului? Și cum apoi, în urma unei simple congestiuni sau iritațiuni, de odată să intre în activitate, întrecând toate cele-lalte țesuturi și chiar distrugându-le?

De sigur nu putem pătrunde toate misterele și răspunde la toate întrebările.

Clinica însă pare a adevăra teoria incluziunii, prin aceia că neoplasmele se dezvoltă de preferință în punctele de reunire a organelor în timpul vieții embrionare, precum este colul uterului, regiunea anală, pilorul etc. Dar mai cu seamă această teorie se aplică în totul la chiștiu dermoizi, a căror patogenie de incluziune blastodermică este în afară de orice discuție.

Dar o obiecțiune destul de serioasă ce s'ar putea aduce acestei teorii, ar fi dezvoltarea cancerului sau epiteliomului pe suprafața unor cicatrici: nu se observă ore pe cicatricile de arsuri tumorii maligne din cele mai clasice? Unde este atunci incluziunea în aceste cazuri? De aceia credem, că e foarte greu a se da o teorie generală și aplicabilă în toate cazurile.

Noi credem iarăși, că dezvoltarea tumorilor în punctele de unire a două organe în perioada embrionară, ca de exemplu anusul și rectul etc. nu poate fi atribuită atât unei incluziuni de foi blastodermice, cât faptului că aceste puncte, tocmai din cauza lipirei lor, constituie părți mai slabe în organism. Este lesne atunci de înțeles, că o iritațiune mai mult timp aplicată în aceste locuri, va da naștere unei leziuni neoplasmice, ca lucrând asupra unui punct de mai mică rezistență, iar nu prin faptul incluziunii: (vom reveni).

Dar să trecem mai departe.

Or-care ar fi teoria ce se poate da, un lucru rămâne stabilit, că tumorile au origină celulară, ast-fel precum a arătat Müller. Și probă despre acesta, sunt cercetările microscopice ce au arătat, că în creșterea celulelor din tumorii, se observă fenomene analoage de *mitosă* sau *kariokinesă*, ca și în creșterea celulelor normale. Și numai bazați pe acest fapt, Cornil și alți autori

aŭ putut combate teoria lui Virchow relativ la origina conjunctivă a cancerului, arătând că acest țesut nu e supus la kariokineză, ci numai celulele epiteliale conținute în alveolele conjunctive; prin urmare este evident, că o asemenea tumoră e de natură celulară și în special epitelială, iar nici decum conjunctivă.

Relativ la fenomenul de Kariokineză ce se observă în tumori, și grație căria neoplasmale cresc și se dezvoltă, profesorul Le Dentu în clinicele sale din 1892—precedat de alt-fel de Klebs—arată că fenomenul Kariokinetik în celulele tumorilor, numit de dînsul *Citodieresă*, se depărtază cu totul de diviziunea normală, efectuându-se în mod *desorientat*.

În adevăr, zice acest autor: în or ce epitelium normal, fie el pavimentos sau cilindric, observăm la partea sea superficială o modificare gradată a elementelor sale. Proliferațiunea celulară efectuându-se la partea cea mai inferioară (stratul generator) după o orientațiune determinată, împinge în mod constant elementele către partea exterioară, așa că acestea sunt așezate dintr'o ordine perfect cronologică: cele mai vechi sunt eliminate după ce au suferit degenerescentă.

În acest cas, toate celulele stratului generator se divid după o aceeași orientațiune generală, iar planul lor de diviziune este paralel cu stratul generator.

Dacă alături de acest epiteliu normal, se adaogă o proliferațiune epitelială patologică dar benignă, ca un papilom de exemplu, constatăm că orientațiunea celulară nu suferă nici o modificare. Stratul generator proliferază în mod normal, iar planul de diviziune al celulelor rămâne și dînsul paralel cu cel generator; singurul lucru ce se adaogă este grosimea stratelor celulare în cale de diviziune, ce se mărește în număr, și al cărui rezultat final este o produțiune mai considerabilă de elemente degenerate respinse la periferie.

Nu este tot ast-fel în cazul de tumori maligne; aci citodiereza se efectuează în totă grosimea epiteliului precum și în toate direcțiunile; în alte cuvinte, citodiereza este desorientată. Și numai singurul fapt al acestei desorientațiuni ne permite de a ne explica creșterea anormală, ulcerațiunea și degenerescentele celulare a acestor tumori.

Sôrta or cărei celule epiteliale fiind de a suferi la un moment dat o degenerescentă fisiologică, iar acest fenomen ne mai gă-

sindu-se așezat la periferie prin depunerea cronologică a elementelor, dinsul se efectuează în sinul chiar al țesuturilor și în mod cu totul neregulat, producând în acelaș timp creșterea de volum a tumorii ca și constituția sea anormală.

Pe de altă parte, părțile cele mai externe, ne mai găsindu-se protegiate de o suprafață normal degenerată, și fiind constituite de elemente tinere, nu vor întârzia a se ulcera.

Cu cât dar citodierea va presenta o desorientațiune mai mare, cu atât vom constata leziuni celulare mai profunde, cari sub forme de detritusuri se vor stabili în mijlocul tumorii. Și cu drept cuvânt se întrăbă profesorul Le Dentu: Retențiunea în sinul tumorii și absorpțiunea de organism a acestei mese enorme de principii degenerate acumulate în mod continuă fără eliminațiune, nu sunt suficiente ôre pentru a explica cahexia cancerôsă?

Dar tocmai această otrăvire generală produsă de o masă de țesut bine localisată și puțin considerabilă în raport cu greutatea totală a corpului, a făcut pe unii autori, mai ales în acești din urmă ani, să bânuiască că numai niște micro-organisme ar putea secreta o substanță activă capabilă de a cauza turburări generale atât de grave.

Din aceste considerațiuni în adevăr științifice ale prof. Le Dentu, conclusiunile sunt foarte naturale: că o tumoră va fi cu atât mai benignă cu cât citodierea, adică creșterea celulelor prin segmentarea nucleilor (Kariokineza) se va apropia de diviziunea normală, va avea o orientațiune stabilită; și din contra, cu atât o tumoră va fi mai malignă cu cât citodierea va fi mai desorientată.

Dar acesta nu e de cât efectul observat, fără să posedăm cauza pentru ce o anumită tumoră produce o citodiereză desorientată iar alta nu?

Trecem acum la o altă chestiune, a cărei rezolvare definitivă până acum nu s'a dat. Iată de ce e vorba: Fiind admis că tumorile nasc din celule preexistente aflate în organism, dinsele, în desvoltarea lor patologică, păstra-vor tipul celor de origină, sau se pot înlocui unele cu altele.

Acosta constituie *chestiunea specificității sau indiferenței celulelor.*

Unii autori, bazându-se pe faptul că embrionul la început e

format numai de celule embrionare, din cari apoi ar eși celulele epiteliale ce căpтуșesc foile blastodermice, susțin că aceste celule epiteliale pot să revie la starea lor primitivă; și de aci posibilitatea transformării unei tumori epiteliale într'o tumoră pur embrionară. Dar această teorie de indiferență a celulelor a fost susținută chiar de Virchow, prin faptul că dinsul punea în țesutul conjunctiv, origina nu numai a dezvoltării țesuturilor normale, dar chiar și începutul tuturilor neoplasmelor până și a însăși tuberculosei.

În sprijinul indiferenței celulare se citéză tumorile gingiilor, cari de și formate din epitelii, se pot transforma în formă embrionară; precum de asemenea Albaran a arătat că tumorile bășiciei de și la început epiteliale pot însă deveni și ele embrionare.

Bard însă susține specificitatea tumorilor, zicând că elementele cari le compun, nu numai că vor trebui să semene cu acelea din cari au ieșit, dar vor trebui să evolueze, să secrete și să degenereze întocmai după modul special al celulelor normale din cari au provenit; ba încă, chiar țesutul conjunctiv necesar dezvoltării lor, va trebui să aibă un caracter în raport cu acela ce posedă în starea normală.

Ziegler este foarte afirmativ în această privință, căci iată cum se exprimă în tratatul său de anatomie patologică ce se găsește tradus în franțuzește în 1889. „În prima linie trebuie să stabilim ca lege, *specificitatea țesuturilor*. Elementele anatomice cari derivă din diferitele foi blastodermice și a căror separațiune se efectuează în urma dezvoltării embrionare, nu pot nici odată să dea naștere de cât la țesuturi de aceeași origină și proveniență blastodermică. În nici un cas o celulă epitelială nu va putea forma cartilagiū sau os, precum de asemenea nici odată o celulă conjunctivă nu va putea produce o celulă epitelială de învaliși, sau o celulă glandulară“.

Dar această chestiune fiind încă în studiu nu este definitiv rezolvată.

Din toate teoriile ce am expus, putem conchide că există cauze predispozante la tumori. Pentru dezvoltare însă, se cere neapărat o cauză determinantă, ocazională, fără de care ori-ce inclușiune sau predispozițiune rămâne fără efect, și deci tumora nu va putea apare. Această cauză determinantă e cunoscută sub numele de *agent iritant*.

Faptul acesta a fost întrevăzut deja de cei mai vechi autori, fie sub forma unei inflamațiuni cronice, a unui traumatism, a unei acțiuni fizice sau chimice etc. Mecanismul consta în producerea unei iritațiuni, a cărei consecință era o proliferațiune celulară, de unde apoi dezvoltarea sau nascerea tumorii. Broussais era cel mai mare apărător al acestor idei.

Astăzi iritațiunea în genesa tumorilor este admisă, dar cu tendința că acest agent iritant fizic sau chimic, să fie înlocuit printr'un alt agent organizat, prin *intervenirea acțiunii unui parazit*, probabil un protozoar.

Se obiectează acestei teorii parazitare, că dacă ar fi admisă, grupul nosologic al tumorilor și-ar pierde orice individualitate. Dar cel puțin pentru moment, paraziții nu trebuiesc considerați și luați ca singura și unica cauză a tumorilor, ci pur și simplu ca un agent iritant, cu putere de a determina un exces de activitate formativă a celulelor, pentru a produce neoplasmul.

S'a mai obiectat încă de Bard, că în general microbii au mai mult o acțiune distructivă a celulelor de cât formativă. Dar și aci se răspunde că lucrurile nu se petrec tot-d'a-una astfel. Și ca exemplu putem lua sifilisul, care de și o bătă microbienă, dă naștere însă la leziuni foarte analoge cu neoplasmul ordinare; probă diferitele scleroze vișcerale ce ni se prezintă cu toate caracterele unei tumori, dar cari ajunse în această stare, rămân cu totul indiferente la orice tratament apropiat; precum între altele avem sifilomul anorectal.

De alt-fel, este bine stabilit astăzi, că microbii pot da naștere la țesuturi de neoformație, și acesta după gradul de concentrare a toxinelor ce dinșii secretă; așa, când toxinele sunt prea concentrate, țesuturile suferă o necrosă; iar când concentrarea e mai slabă, efectul toxinelor este de a mări activitatea formativă sau puterea de regenerare a celulelor, a căror consecințe sunt țesuturi patologice de formație nouă.

Intervențiunea microbilor deci în genesa tumorilor nu distruge întru nimic nici origina lor celulară, nici individualitatea, servind pur și simplu ca niște agenți iritanți, ca o cauză ocazională.

Deja s'a început cercetări bacteriologice pentru descoperirea microbului cancerului, de către Scheurlen. Astăzi însă se

caută a se găsi origina iritativă a tumorilor în prezenta *coccidiilor*.

Prima idee în această privință se datoresce lui Malassez, Darier și Albaran, asupra unui caz de bătă a lui Paget, și două epiteliome a maxilarului superior (Soc. de biologie 13 Aprilie 1889). Vin apoi din nou cercetările lui Wikham, Fabre-Dermogues și Vincent (1890).

Caracterile acestor coccidii ar fi dupe acești autori, niște corpuri rotunzi, provezuți de o membrană de învâliși mai mult sau mai puțin grosă, formată uneori de strii concentrice. Acești corpuri se găsesc câte o dată în mijlocul stromei tumorei, iar alte dați în centrul globilor epidermici.

Nu putem intra în mai multe detalii asupra acestei chestiuni, cu atât mai mult că sunt autori, între cari și însuși Cornil, cari cred că aceste coccidii nu presintă de cât resturi sau chiar celule epiteliale degenerate.

Or cum ar fi însă, teoria parasitară a tumorilor de și în stare născândă, e singură zice Butlin, ce are mai mare perspectivă ca or care altă teorie. Dinsa ne poate explica mai ușor infecțiunea ganglionilor limfatici și generalisațiunea tumorilor; modul dupe care tumorile maligne se dezvoltă în părți ale corpului foarte depărtate unele de altele; rapiditatea ce se observă uneori în acest transport a elementelor morbide de la un punct la altul; asemănarea producăunilor secundare cu neoplasmul primitiv, care în unele casuri e atât de complectă în cât secțiunile unui ganglion canceros pot să fie ușor confundate cu acelea ale cancerului primitiv ce a determinat leziunea ganglionară. În adevăr, nu numai celulele au acelaș tip, dar sunt dispuse în acelaș mod și separate prin aceeași substanță intercelulară, ceia ce probează transportul direct al aceluiași agent, a aceleiași ființe. În fine teoria parasitară ne-ar explica mai ușor recidiva locală — prin distingerea incomplectă a germenului infecțios, precum și aparițiunea sea în viscere — prin strebaterea acestui agent în intimitatea organismului.

Am terminat ast-fel acest studiu preliminar al tumorilor, care deși în aparență pare a fi lung, este însă destul de succint și chiar incomplect. Suntem însă siliți să ne oprim aci, pentru a nu ne depărta de limitele unei cărți elementare.

Conclusiunea la care ne putem opri este că, tôte teoriile e-

mise își pot găsi aplicațiunea lor în diferite circumstanțe, fără însă ca nici una din ele să aibă o putere generală și aplicabilă la toate cazurile.

S'ar părea că opiniunea lui Bard, prin care toate celulele organismului sunt capabile de a prolifera în urma unui agent iritant, are perspectiva cea mai mare de a fi admisă, de ôre-ce dinșă se poate aplica în cazuri mai numeroase de cât ori-care altă teorie.

Pentru noi ca clinicieni, lăsând la o parte chestiunile microscopice și embriologice, ne-am putea opri la definițiunea ce am dat-o, care în afară de prea marea sa lungime, este cred destul de potrivită, de ôre-ce prin ea, să scöte tot ce nu intră în clasa propriuș dîsă a tumorilor benigne sau maligne.

Credem de a noastră datorie a expune cu această ocaziune a studiului tumorilor, opiniunea savantului nostru prof. Dr. Babeș, a cărui competență în materie e în afară de or ce discuție. Notele ce le dau, le datoresc unei comunicări proprii și înscrise ale însuși autorului.

Eatäle :

I) Pentru cele mai multe tumori, D-nu prof. Babeș, admite o predispozițiune care constă într'o perturbare a planului organizării. Însă pentru a se putea manifesta creșterea într'o direcție rătăcită a țesutelor deranjate, trebuie o cauză ocazională, de ôre-ce țesutele normale împedică această tendință eronată sau patologică.

II) Germeni rătăciți dupe opinia lui Waldeyer și Conheim, trebuie admiși, în cazuri când aflăm într'un organ noduli limitați, aparținînd unui alt organ.

Ast-fel se află de multe-ori noduli din pancreas în păretele stomacului, noduli din capsula supra-renală în rinichi, porțiuni din derm în ovar etc.

Se mai știe de asemenea că tocmai atari părți rătăcite dau de multe-ori naștere la tumori. Trebuie însă să ne ferim de a da o generalizare prea vastă acestei origine.

III) Parasitismul este documentat pentru anumite proliferaări glandulare, precum este coccidiosa, însă suntem departe de a putea afirma natura parasitară a unor incluziuni celulare ce se observă în carcinóme și sarcóme.

IV) Din momentul în care atribuim multor tumori o origină embrionară, trebuie să recunóștem un rol ôre-care credităței.

Ast-fel există tumori ereditare caracterisate de regulă prin multiplicitatea lor, precum sunt osteómele etc. Atari tumori precum și acelea care 'și derivă origina lor la o epocă primitivă a embrionului, se mai caracteriză și prin aceea că în desvoltarea lor se adaptează până la un punct óre-care legilor structurii organismului normal. De alt-fel, aceste tumori sunt de multe ori complicate, fiind formate de mai multe țesute și chiar organe.

Să trecem acum la un alt capitol.

## Teoria localistă și constituționalistă a tumorilor

Unii autori, basați pe diferite cercetări și observațiuni, susțin că tumorile se desvoltă în urma unei acțiuni iritante locale, fie fizică, chimică sau microbică; dupe alții, tumora e efectul unei stări generale constituționale, iar alții în fine admit și una și alta, adică o predispoziție generală cerând însă pentru manifestarea sa intervențiunea unei iritații. De aci trei teorii: a *localiștilor*, *constituționaliștilor* și *eclecticilor*.

Constituționaliștii invocă următoarele două fapte principale: întâiu, multiplicitatea tumorilor pe același individ, ca de exemplu lipóme multiple, fibróme, adenóme, osteóme, etc. Lucrul însă nu e frecuent în ceia-ce privesce aparițiunea de mai multe tumori maligne pe același individ, ca de exemplu cancererele; căci nu s'a observat încă aparițiune simultanată de mai multe cancerere pe aceeași persoană de cât foarte rar,—daca eliminăm recidivele și infecțiunile secundare.

Al doilea fapt principal este ereditatea, care înainte ca și acum este pusă în afară de ori-ce îndoială. Dintr'un canceros va nasce adesea un alt canceros, ce ne va da o tumoră fie a organului de care a suferit părintele său, or în alte organe și regiuni diferite. Și pentru a nu face citațiuni prea numeroase, vom spune numai că Broca a observat o familie unde 16 membrii au murit canceroși.

Din partea sea, Sir James Paget citéză casul următor: o damă a murit de un cancer al stomacului; cele două fete ale



sale a  murit iar si de un cancer al stomacului, iar alta de un cancer al s nului. Dintre copiii acestora, două a  murit de cancer al s nului; doi de cancer al uterului, unul de un cancer al ganglionilor axilari, iar altul de un cancer al rectului.

Nu mai incape îndoială că fie-care din noi, în observațiunile ce facem, nu lipsim a găsi elementul eredit tei, ori de c te-ori e vorba de tumoră malignă. Greutatea constă în stabilirea unei anchete serioase  i în urmărirea bolnavilor ca  i a colateralilor, fapt ce nu tot-d'auna este u or de făcut; de aceia  i exemplele convingătoare de legătura eredit tei din tată în fiu etc. sunt rari.

Da  aci ca o curiositate, în extenso, urm torul tablo  luat din opera lui Broca, ce va servi ca proba cea mai elocinte în privin a eredit tei cancerului.

**Genera ia I.** D-na Z m rt  de cancerul s nului în etate de 60 ani. Ea pierduse mai mul i copii. Ii rămăsese patru fete *A. B. C. D*  i cari a  f st t te măritate.

**Genera ia II.** Cele patru fete ale d-nei Z:

1) D-na *A* m rt  de cancer al ficatului în etate de 62 ani.

2) D-na *B* m rt  de cancer al ficatului în etate de 43 ani.

3) D-na *C* m rt  de cancer al sinului, în etate de 51 ani.

4) D-na *D* m rt  de cancer al sinului, în etate de 54 ani.

**Genera ia III.**

A) D-na *A* a avut trei fete cari trăesc încă  i a  et ile : 68, 72, 78 ani. Ele a  murit nemăritate.

B) D-na *B* a avut cinci fete  i doi fii :

*Int iul fiu* mort necanceros la etatea de 28 ani fără copii.

*Al doilea fiu* mort de cancer al stomacului la etatea de 64 ani fără copii.

*Int ia fată* m rt  de cancer al s nului la etatea de 35 ani, după operație  i recidiv .

*A doua fată* m rt  de cancer al sinului fără operație.

*A treia fată* m rt  de un cancer al sinului fără operație.

*A patra fată* m rt  de cancer al ficatului.

*A c ncea fată* măritată, fără copii, m rt  la etatea de 60 de ani.

C) D-na *C* a avut 5 fete  i doi fii.

Int iul fiu a murit în armată fără copii.

Al doilea fiu a i în etate de 72 ani este s natos.

Ele a  murit câte- i patru între 35  i 45 de ani fără a lăsa copii.

a avut un fiu mort paraplegic la 48 ani,  i o fată unică a i în etate de 24 ani nemăritată.

Intăia fată mórta de cancer al sênului de 27 ani; lăsând doi fii și trei fete.

Intiul fiu ađi e de 58 ani sánatos. El are trei fii sánatoși din cari cel mai mare are 40 ani.

Al doilea fiu mort ténér in colonii fără copii.

Intăia fată mórta gravidă între 27—30 ani.

A doua fată mórta de cancer al sênului la 40 de ani. Ea a lăsat douê fete dintre cari cea mai mare este ađi de 22. Ambele sunt sánatose.

A treia fată mórta de ftisie la 41 ani.

A doua fată mórta la 40 ani de cancer al sênului.

Ea a lăsat un singur fiu care este sánatos până ađi.

A treia fată mórta de cancer uterin la 47 ani nemăritată.

A patra fată mórta de cancer al sênului in etate de 55 de ani.

Ea a lăsat doi fii ađi sánatoși.

A cincea fată mórta de cancer al ficatului (saú de abdomen) la 61 ani, nemăritată.

D) D-na D a patra și ultima fată a D-nei Z a avut un singur fiu, care trăesce încă, are aprópe 70 ani și este sánatos.

Acésta este genealogia acestei numeróse familii, și asupra căria or-ce comentarii sunt de prisos.

Șese-spre-șapte casuri de mórte prin cancer într'o singură familie in mai puțin de 70 de ani, constitue in adevăr o probă îndestulătóre de ereditatea acestei teribile maladii.

Intrebarea este: ce moștenim de la părinți? germenul însuși al tumorii, saú numai o stare de slăbiciune limitată la unele organe or țesuturi, făcându-le mai susceptibile de a da nascere la tumori, când sunt supuse la óre-cari iritațiuni? Și aci ca și la tuberculosă trebuie să admitem opiniunea a doua, cu atât mai mult că observațiunile clinice demonstră acésta.

In adevăr, étă ce se póte întâlni in practică: că o mamă de

exemplu canceroasă, poate transmite d'adrechtul copiilor săi cancerul; alte dăți însă, un epiteliom sau chiar în fine un lipom, fibrom etc.

Din acesta se deduce, că ereditatea transmite numai *aptitudinea constituțională, diatesa neoplasică*, grație căreia însuși tumorile benigne se pot transforma în tumori maligne, și vice-versa.

Se mai poate încă susține că aptitudinea neoplasică, cu timpul se atenuază, așa că adesea vedem persoane sănătoase, cu totă existența diatezei neoplasice ce se găsește în strămoșii lor. Se admite dar, că părinți canceroși, pot transmite la succesori tumori din ce în ce mai puțin maligne, apoi benigne, până când în cele din urmă diatesa dispare, găsindu-se ast-fel descendenți din canceroși fără a fi purtători de nici o neoplasié.

Se cere însă în această privință cercetări foarte numeroase și anchete întinse, spre a se vedea întru cât diateză canceroasă e susceptibilă de a dispare cu timpul, precum de asemenea și posibilitatea transformării tumorilor benigne în maligne.

Până acum nu e nimic stabilit și sigur asupra acestui punct de o importanță în adevăr foarte mare.

Metamorfosa tumorilor unele în altele, în curând va deveni obiectul de căpetenie a unor vaste cercetări.

Clasificațiunea ce vom urma este cea dată de Quenu în cele opt volume, admisă de alt-fel mai de toți autorii.

## TABLOU DE CLASIFICAȚIUNEA TUMORILOR

### I

Tumori cu tip epitelial . . . . .	}	Adenóme
		Epitelióme
		Carcinóme.

### II

Tumori cu tip vasculo-conjunctiv. . . . .	}	Sarcóme
		Mixóme
		Fibróme
		Lipóme
		Endotelióme
		Chondróme
		Osteóme
	Limfadenóme.	

### III

Tumori cu tip muscular . . . . .	Mióme	}	cu fibre striate
			cu fibre netede.

### IV

Tumorile cu tipul nevus. . . . .	}	Glióme
		Nevróme adulte.

### V

Tumori complexe. . . . .	}	Kiste dermoide
		Tumori Kistice
		Tumori solide

Din această clasificățiune, clinica face două mari grupe, împărțind toate tumorile în benigne și maligne.

Cu această ocaziune trebuie să facem următorea deosebire: nu trebuie să confundăm malignitatea unei tumori, cu gravitatea sea clinică. Uă tumoră e malignă istologiceste când e formată din elemente cu totul tinere și cu tendință neîncetată la creștere; și din contra e benignă, când elementele țesutului coplesit au ajuns deja în stare de maturitate. Ast-fel, un miom sau fibrom, formeză tumori relativ benigne, în comparație cu un sarcom sau cancer etc. Dar în același timp, un miom sau fibrom al uterului, va fi mult mai grav din punctul de vedere clinic, de cât un sarcom sau cancer al sânului, căci extirpația uterului nu pôte fi comparată cu extirparea mamelei. Și iarăși, tot aceeași gravitate va avea un lipom al mezenterului cu un cancer al buzei inferioare? Socotesc că nu!

Dar or cum ar fi, se numesc tumori benigne, acelea cari sunt provăzute cu o membrană de înveliș numită capsulă, ce le separă de țesuturile vecine, făcându-le ast-fel foarte ușor enucleabile. Dinsele odată extirpate, nu se mai reproduc nici local și cu atât mai puțin la distanță. Nu au deci absolut nici un răsunset asupra organismului, putând ast-fel să stea în mod indefinit, neaducând de cât unele turburări prin volumul lor, sau prin compresiunile ce provocă.

Tumorile maligne au caractere cu totul contrarii și anume: ele nu sunt învelite de o capsulă, și deci contracteză aderențe cu țesuturile vecine, prin diferitele prelungiri la cari dau naștere și de unde rezultă contaminațiuni ulterioare.

Deci sunt greu de extirpat; sau odată ridicate, au tendință irezistibilă în a se reproduce—când se impută extirparea incomplectă a tumorei. Une-ori fenomenul se observă chiar în locul unde s'a operat; această constitue recidiva prin *continuitate*. Alte dăți, răul apare în cicatrița sau alături de dinsa, și pörtă numele de *recidivă regională* sau prin *pululațiune*. Această se întâmplă când țesut neoplasic a fost lăsat în limfatice sau ganglionii. În fine, recidiva vine mult mai târziu câte o dată, și anume după operație, atunci când se credea într'o vindecare complectă, precum iarăși recidiva apare într'un loc mai depărtat de regiunea operată, anume în ganglionii — *recidivă prin infecțiune*; sau în fine în organe vișcerale — *recidivă prin*

*metastasă*. — În acest caz fenomenul se datorește diatezei neoplasice de care individul e provăzut.

Dar pe lângă acestea, tumorile maligne au un răsănet asupra întregului organism, producând o stare cu totul particulară, cunoscută sub numele de *Cahexie*, ce residă într'o alterațiune profundă a lichidului nutritiv — sângele, alterațiune ce ia numele de cancerosă.

În urma acestei cahexii, individul e coprins de o slăbiciune progresivă și generală, însoțită de paliditatea mucoșelor și a tegumentului ce ia o coloră caracteristică de *foie mărta*, precum și de emaciațiunea întregii mese musculare. Este multă probabilitate, că această stare cahectică provine, după cum crede Malassez, din răpirea hranei organismului de tumoră, și înlocuirea acestui element nutritiv prin produse desorganizate, prin excrețiuni deletere fabricate de celulele neoplasice.

Acastă opiniune pare a se adevăra prin cercetările lui Adamkiewicz, Bard și Linnossier cari au constatat prezența de substanțe toxice nu numai în suculele canceros luate din tumorile primitive, dar chiar și din cele secundare. Pe de altă parte, Cadéac și Bournay făcând injecțiuni cu suc canceros filtrat în vine la câini și pisici, au provocat o vaso-constricțiune și salivare intensă, perderea sensibilității precum și o slăbiciune generală foarte pronunțată. De aci rezultă în mod evident, proprietatea toxică a produselor date de celulele neoplasice, ceia ce dupe cum am arătat, a fost punctul de plecare în a se bănuși, că aceste produse sunt efectul mai mult a unei secrețiuni bacteriene de cât a unor simple celule.

Între aceste două grupe se așeză *tumorile mixte*, cari unori țin de cele benigne iar alte dați de cele maligne; aci intră *sarcómele*.

Să mărturisim însă, că nu trebuie să avem iluziuni mari asupra benignității tumorilor, de óre-ce foarte adesea s'au văzut cazuri de fibróme, chondróme etc. cari cu toată reputațiunea lor de inocență, totuși au îmbrăcat mai târziu haina malignității tumorilor. Și lucrul este cu atât mai desăperant, cu cât însuși lipomul își schimbă caracterele sale, transformându-se în sarcom și chiar în epiteliom.

Dar câte tumorile ale mamelei declarate de microscop ca pure fibróme or adenóme-, nu au recidivat după extirpare ca și în-

suși cancerul? Până și acele mici tumori erectile, astăzi se consideră ca fiind adesea punctul de plecare în dezvoltarea unui epiteliom.

Ar trebui să continuăm studiul tumorilor făcând diagnosticul, prognosticul și tratamentul considerate în sens general. Nu numai însă că un asemenea studiu ar mări în mod demăsurat acest capitol, dar ar fi să repetăm același lucru la fie-care clasă de tumori. De aceia preferim a nota în dreptul fie-cărei tumori diagnosticul, prognosticul și tratamentul ce-i convine; lucru mult mai practic și folositor.

## CHESTIONAR

Semnificarea tumorilor dupe cei vechi.

Diviziunea lui Galien: *tumores secundum naturam, supra naturam și praeter naturam*. Perioada lui Hunter și Bichat.

Prima clasificare a lui Laënnec în tumori omeomorfe și eteromorfe.

Teoria lui Broussais: iritațiunea organică. Numirea tumorilor de Abernethy și Boerhaave ca producțiuni de nouă formație sau neoplasm. Obiecțiuni. Concluzii.

Definiția lui Cornil și Ranvier precum și a lui Heurtaux. Obiecțiuni.

Definiția autorului.

Teoria lui Robin și Broca — blastem formator. — Obiecțiuni.

Legea lui Müller sau teoria de dezvoltare continuă.

Clasificarea lui Lebert.

Teoria lui Remak și Virchow. Deducțiuni.

Teoria lui Thiersch, Waldeyer și Bard.

Teoria embriologică. Obiecțiuni.

Teoria lui Conheim sau de inclusiune. Clinica în fața acestei teorii. Obiecțiuni diverse și ale autorului cu opiniunea sa.

Kariokinesa celulelor din tumori. Deducțiuni.

Opiniunea lui Le Dentu prin citodiereză desorientată. Concluziuni teoretice și practice.

Specificitatea tumorilor. Opiniunea lui Bard și Ziegler.

Teoria modernă parasitară. Istoric. Obiecțiuni.

Teoria localistă, constituționalistă și eclectică. Probe în sprijinul eredității tumorilor. Observațiunile lui Sir James Paget și Broca.

Aptitudinea constituțională.

Clasificarea adoptată în acest tratat.

Clasificarea clinică în tumori benigne și maligne. Caractere și consecințe.

## CAP. I.

# TUMORI CU TIP EPITELIAL

---

Acestea sunt formate din creșterea sau hiperplasia celulelor epiteliale, or unde s'ar afla niște asemenea elemente.

Une-ori aceste tumori represintă întocmai tipul normal al celulelor supra-feței din cari provin și nu sunt pasibile de cât de o foarte ușoră metamorfoză.

Dinsele deci, se mărginesc numai în a respinge țesutul conjunctiv ce oferă o barieră, și ajungând la ore-care creștere, termină prin formațiuni glandulare mai mult sau mai puțin regulate. Acestea sunt *Adenome* sau *tumori epiteliale tipice*.

Alte dăți, procesul hiperplasic este mult mai activ; mugurii epiteliali forméză mese neregulate fără formă bine definită; dar celulele lor își păstrează încă caracterul epitelial, având și ore-care coeziune între dinsele. Acestea forméză grupul *tumorilor epiteliale atipice* unde intră *epiteliomele propriu zise*.

În fine în a treia grupă, proliferațiunea este și mai activă, iar mugurii ce forméză sunt prevējuți de nisce celule ce nu se mai asémănă cu cele epiteliale, fiind în același timp lipsiți și de ori-ce coeziune. Aceste celule deformatate pot fi embrionare și de forme variate, rotunde, ovoide, turtite, fusiforme, radiate, stelate etc., adesea de un volum considerabil și cu nucleii multipli. Aceste celule polimorfe au tendința de a străbate în țesutul conjunctiv vecin, ale cărui fășii depărtându-se, forméză alveole neregulate și de diferite forme, în cari se sefestréză ca să zicem ast-fel aceste celule copleșitoare. Grupul acesta constituie *tumorile epiteliale metatipice*, al cărei reprezentant este *cancerul*.

Vom studia dar fie-care grup și varietățile ce conține.



## I. ADENOAMELE

Sunt tumori formate din ipertrofia glandulară.

Cornil definește adenómale: tumori cari au aceeași structură ca și glandele.

Unii autori nu admit producțiunea acestor tumori.

Virchow, Labbé și alții, susțin că țesutul conjunctiv ce se găsește între elementele glandulare, adică între acini, este singurul capabil a se ipertrofia și prin urmare a da naștere la fibrome ori sarcóme.

Țesutul propriu al glandei nu se ipertrofiază de cât cel mult în mod secundar iar nu primitiv.

Și probă este că nici chiar examenele microscopice nu pot demonstra în mod manifest existența adenómelor pure, adică formate numai din ipertrofia fundurilor de sac glandulare, ci tot d'auna aceste producțiuni se găsesc în mijlocul țesutului conjunctiv, el însuși ipertrofiat.

Se crede deci că acest țesut periacinos, ia primitiv o dezvoltare mai mare, și că în urmă acinii glandulari, printr'o iritațiune ulterioară se pot ipertrofia.

O altă probă este, că din punctul de vedere clinic, tumori la început manifest glandulare, degenerază în epitelióme sau sarcóme; și că în fine, nisce asemenea adenóme, odată extirpate se pot reproduce. Și ce este mai mult, avem faptul că recidiva nu mai reprezintă un adenom, ci un sarcom sau fibrom. Butlin zice și dinsul că trebuie foarte mult răstrâns întrebuițarea cuvântului adenom, și să nu fie aplicat de cât la tumori compuse exclusiv de țesut glandular; să nu existe țesut conjunctiv de cât în cantitate strict necesară pentru a uni acinii sau tubii or conductele excretorii într'o masă compactă; ba încă, dinsul mai pretinde că aceste tumori, trebuie nu numai să aibă o asemănare foarte mare cu țesutul glandular, dar să fie compuse din acini și tubi provezuți de o lumină sau cavitate, și înconjurate de o membrană proprie.

Dar ast-fel restrinse, adenómele pure devin foarte rari.

Cu toate acestea, adenómele există, cel puțin în unele cazuri,

și ele forméză tumori benigne, caracterisându-se printr'o dezvoltare lentă, prin lipsa de coplesire a vaselor sanguine și prin tendința de a se isola de țesuturile unde au luat naștere; și în fine prin pediculisarea lor, fie la suprafața organului său în interiorul parenchimului, unde se pot chiar înclista. Rămâne însă bine înțeles, că dinsele dând naștere unei proliferațiuni prea mari de celule epiteliale, acestea pot distruge membrana de învăliș, și sub formă de muguri să se răspândescă în țesuturile vecine, luând toate caracterele unui epiteliom.

Acésta forméză după Quenu un teren favorabil la dezvoltarea cancerului, care puțin fiind ajutat de óre-care circumstanțe, pòte fórte ușor să ia naștere pe o glandă deja ipertrofiată, adică pe un adenom, de cât pe ori care alt element epitelial normal. Și ast-fel fiind, indicațiunea terapeutică este că imediat adenomul constatat, trebuie extirpat.

Adenómele se observă în toate regiunile provezute de glande. Ast-fel avem pielea, unde atât glandele sebacee cât și sudoripare pot deveni sediul acestor producțiuni neoplasmice; vin apoi mamele, mucoșele intestinale etc.

Adenómele glandelor sebacee, studiate deja de Broca sub numele de poliadenóme sebacee, se observă pe față, pielea capului și alte regiuni, formând tumori multiple, în general mici ca gămălia de ac sau bóba de linte; une ori sesile, dar mai des cu tendința a se pediculisa.

Ni se prezintă sub trei aspecte la microscop:

a) *Forma acinóasă*, când tumora e formată din lobuli perfect circumseriși de un țesut fibros.

b) *Forma tubulósă*, când țesutul lor este format de tubi plini, și în fine

c) *Forma reticulară* când între fie-care din acești acini sau tubi, există fâșii conjunctive, ce le separă ori le reunesc unele cu altele.

Adenómele sudoripare oferă după Verneuil iarăși trei forme: o ipertrofie chistică, o ipertrofie generală și o ipertrofie cu infiltrațiune de celule epidermice.

Din acésta ultimă varietate s'a căutat a se face e formă particulară de cancer, numit epiteliom sudoripar, lucru care nu este susținut de unii autori, fiind chiar contestat.

Adenómele mucoșelor, ca a glandei lacrimale, vélul palatin, mucósa labială și farinxul, aparțin la varietatea acinóasă.

Adenómele glandei mamare vor fi studiate mai târziu de și sunt contestate de mulți autori. Adenómele glandelor mucóse intestinale și a uterului sunt bine stabilite, formând tumori moi, puțin vasculare, compuse din tubi cu înveliș epitelial cilindric și cu foarte puțin țesut conjunctiv. Ele au foarte multă tendință a se pediculisa, formând polipii rectului, ai uterului și a fosei nasale.

Adenómele glandelor anexate la diferitele aparate ca ficat, rinichi, ovare, glanda tiroidă sunt cele mai contestate, căci ele mai tot-d'auna, dacă nu de la început, dar repede se transformă în cancer. În cazurile cele mai favorabile, rămân sub formă de chiști.

Dar nu putem intra mai mult în studiul acestor tumori ce aparține anatomiei patologice pure.

În fig. 12 luată din articolul lui Quenu din pat. externă, se reprezintă un model de adenom glandular.

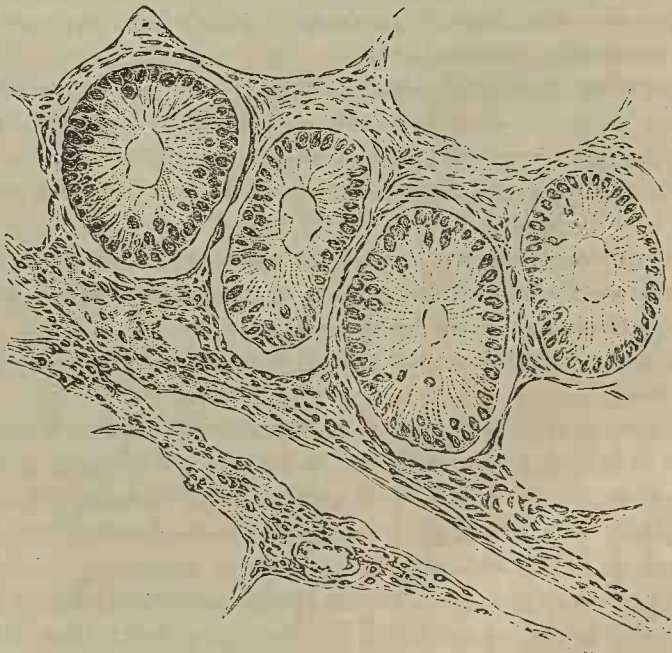


Fig. 12.

Adenom cilindric al rectului (preparațiune de Nicolle).

## II. EPITELIOM ȘI CARCINOM

Aceste două feluri de tumori formează tipul neoplasmelor eteromorfe a vechilor autori, cari impresionati de aspectul bizar al celulelor din cari erau compuse, emisera idea că ele sunt fără analog în iconomie.

Prin cuceririle însă microscopice, aceste idei începura a fi vii atacate, în urma cărora specificitatea celulei maligne apărata cu multă ardore de Lebert a dispărut cu desăvârșire.

Thiersch în 1865, este cel dintâiu care a arătat și a stabilit în mod definitiv origina epitelială a canceroidelor, arătând marea analogie, dacă nu o identitate perfectă, între aceste tumori și elementele pielei, după cum vom vedea imediat.

O dată acest lucru stabilit, rămânea chestiunea cancerului, care totuși, de și mai cu greutate a fost însă și dinșă seosă din supozițiunile sau ipotesile ce o înconjurau.

Se știe că asupra acestui neoplasm a existat diferite teorii.

Întâiu, teoria blastemului apărata de Lebert, Broca și Follin, după cari celulele cancerose luau naștere în mijlocul unui blastem numit el însuși canceros.

Al doilea, teoria lui Virchow care a fost cea mai serioasă bazându-se pe niște date microscopice precise. Acest autor, luând în considerațiune structura cancerului, ce constă în formarea unor ochiuri sau alveole înconjurate de țesut conjunctiv, și că în aceste alveole fiind conținute celulele polimorfe ale cancerului, stabili că acest neoplasm, rezultă din hipertrofia și modificarea țesutului și celulelor conjunctive.

Acastă teorie a fost primită de toți autorii, și mai ales în Franța fu sprijinită de Cornil și Renvier, cari de și mai târziu constatară prezența unei mari proliferațiuni epiteliale, nu le dădu însă altă importanță de cât aceia a unui epifenomen; baza însă era cea stabilită de Virchow.

Onoarea deci revine lui Waldeyer, care pentru prima oară în 1867 a arătat că origina cancerului nu stă în țesutul conjunctiv,

ci într'o involuțiune a epitelului normal, din a cărui modifi-  
cațiunii succesive iese cancerul alveolar.

Așa că azi, prin cancer se înțelege un epiteliom difus, cons-  
tând într'o proliferare exagerată de celule epiteliale, și cari sub  
formă de muguri, strebat și copleșesc țesuturile, fără nici un  
scop de cât acela de distingere.

Malassez a arătat în mod evident tranșițiunea epiteliomului  
în cancer. Ast-fel, la început canceroidul său epiteliomul propriu  
zis, este format din porțiuni sau cavități chistice căptușite de ce-  
lule întocmai analoge cu cele epiteliale, formând epiteliomul  
tipic. Dar mai târziu, proliferațiunea împingându-se prea departe,  
celulele nu pot atinge complecta lor dezvoltare; de aci unele  
vor rămâne în stare embrionară, formând nisce celule epiteliale  
constituite de mari celule polimorfe, anastomosate și ramificate  
în diferite sensuri, luând aspectul alveolar și clasic al canceru-  
lui, dar cari în realitate nu sunt de cât un epiteliom metatific.

Acastă teorie este susținută și de Lancereaux, care numește  
cancerul un *epiteliom alveolar*. De alt-fel am arătat deja că și  
Cornil, bazat pe fenomenele de Kariokineză, nu e mai puțin a-  
părătorul originii epiteliale a cancerului.

Astăzi deci este bine stabilit că, cancerul nu are nimic de spe-  
cific într'ânsul și nu se deosebește de canceroidul său epiteliom prin  
nici un caracter absolut și definit. Cu toate acestea studiul a-  
cestor tumori încă este separat, atât istologicește cât și clini-  
cește, pentru care cuvânt vom da și noi o descriere aparte.

## 1) Epiteliomul propriu zis.

Se observă în toate regiunile provezute cu celule epiteliale.

De ôre-ce există în starea normală un epitelii stratificat pa-  
vimentos și un alt epitelii cu un singur strat de celule cili-  
ndrice, vom avea două clase principale de aceste tumori: *Epi-  
teliom pavimentos și cilindric*

**Epiteliomul pavimentos stratificat**, se găsește pe totă supra-  
fața pielei și a mucóselor, de la gură până la anus, precum  
și pe cele alte organe splachnice.

Virchow susține chiar un epiteliom primitiv al óselor.

Unii însă le consideră ca secundare sau prin inclusiunea res-

turilor epiteliale din timpul vieții embrionare, în urma căreia s'ar desvolta tumorile epiteliale ale maxilarelor etc.

Aceste epitelioame conțin două specii: într-una celulele suferă o evoluțiune în totul asemenea cu a epidermului, iar în alta evoluțiunea cornată lipsește.

Primele se numesc *epitelioame pavimentoase lobulate*, secundele *tubulate*.

a) *Epiteliomul pavimentoas lobulat* este caracterizat prin acosta, că într'insul găsim absolut toate elementele normale din piele, însă dispuse în mod invers, adică: stratul cornat, în loc să fie la periferie, este pus la centru, iar stratul lui Malpighi se găsește la periferie în loc de a fi înăuntru ca în pielea normală. De aceea, pe o secțiune de epiteliom pavimentoas lobulat vom găsi mai întâiu un țesut conjunctiv, și în urmă, mergând de la periferie la centru, dăm de corpul mucos al lui Malpighi cu elementele sale, adică celule cilindrice, dentelate, stratul granulos și în fine stratul cornat, care la centru ia o dispozițiune concentrică ca foile de ceapă, formând ceia-ce deja Lebert a numit *glob epidermic*, constituind caracteristica epiteliomului pavimentoas lobulat, precum arată (fig. 13) luată din Cornil și Ranvier.

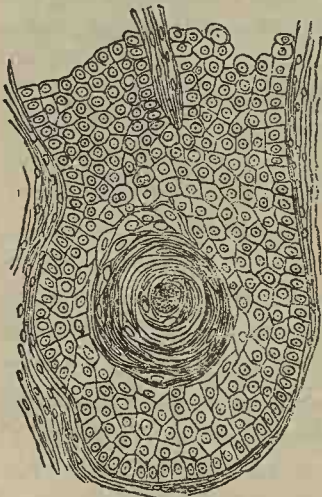


Fig. 13.

Secțiunea unui lobul de epiteliom pavimentoas lobulat. —Mărime de 250 diametre.

Acest glob epidermic este rezultatul keratinizațiunii celulelor din stratul granulos, grație prezenței eleidinei, ca și în starea normală.

Când această substanță eleidică lipsește, atunci globul epidermic, în loc de a fi keratinizat devine coloid, môle, formând o varietate de *epiteliom mucos*. Alte dăți, stroma conjunctivă ce le servă de suport, ia un caracter cu totul embrionar, producând vegetații în tumoră, sau vilosități, de unde numele de *epitelioma vilos*.

Sunt în fine forme mixte, adică epiteliom mucos cu un centru môle în lobul, și înconjurat de celule cornate. În fine Cornil

și Renvier, descriu o altă varietate de *epiteliom perlat* caracterizat prin aceea că toate celulele au devenit cornate. A fost cunoscut deja de Cruveilhier, iar de Müller sub numele de *cholestoatome*, din cauza aspectului lucitor ce prezintă ca și cholesterina, aspect datorit însă dupe Cornil lamelor epidermice uscate.

Examenul microscopic al acestei varietăți a arătat, că dinsa e identică cu epiteliomul lobulat, cu această deosebire însă că în loc de acele straturi de celule cilindrice și poliedrice aflate în epiteliomul lobulat ordinar, nu există de cât un singur strat de celule turtite, ai căror nuclei sunt atrofiați, dând acel aspect lucitor de mărgăritare sau perle.

Acastă formă este cea mai benignă, căci dinsa nu recidivază nici o dată, pentru care unii autori o și scote din clasa tumorilor maligne.

b) *Epiteliom pavimentos tubulat*. — Se caracterisă prin aceea ca stroma sau țesutul conjunctivo-fibros, formeză niște cavități în formă de tubi plini cu celulele pavimentosudate și anastomosate unele cu altele, dar fără să sufere evoluțiunea epidermică. Fig. 14 luată din Cornil și Ranvier arată un model de acest gen de epiteliom.

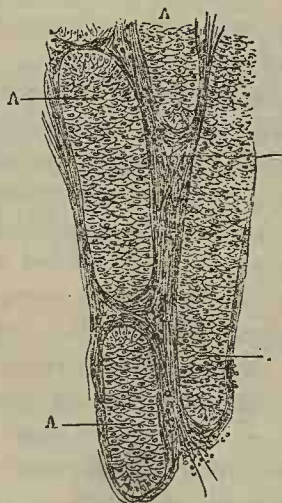


Fig. 14.

Secțiune făcută prin mijloc a unui epiteliom tubulat. A, cilindrii epiteliali tăiați oblic; B stroma fibrôsă.

Faptul sudărei celulelor în această varietate, constituie dupe Cornil unul din semnele principale, dupe cari un epiteliom tubulat se deosebete de un cancer (mai ales în mamele), astfel că celulele nefiind sudate între ele spre a forma mese sau cilindrii, le putem isola prin mijlocul raclajului.

În această clasă de epiteliome tubulate intră de sigur, zice Cornil, acele tumori descrise de Billroth sub numele de *cilindrome*; de Robin de tumori *heteradenice* iar de Broca de *poliadenome*.

Se descrie încă un *epiteliom calcificat*, ce nu diferă de cel

tubulat, de cât că celulele sale se calcifică, iar țesutul conjunctiv suferă o adevărată osificație. Este încă cel mai benign dintre toate tumorile.

## II. Epiteliom cilindric.

Descoperit de Bidder, bine descris de Förster și Virchow, este caracterizat prin cavități mai mult sau mai puțin regulate și căptușite de una sau mai multe straturi de celule cilindrice.

Stroma lor, formată din țesut conjunctiv, poate să fie embrionară, mucosă sau fibrasă. Fig. 15 luată din Cornil și Ranvier este un model de epiteliom cilindric.

Dinsele se observă în tot traectul tubului digestiv precum și în toate celelalte organe ce posedă un țesut cilindric, ca ficat, ovar, fosele nasale, mamele, testicul etc.

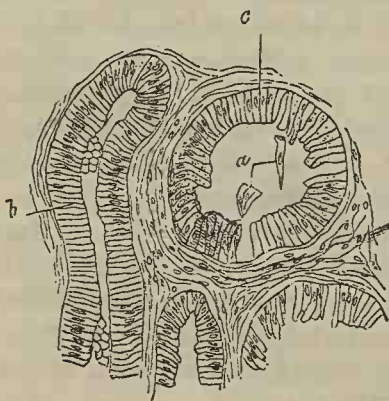


Fig. 15.

Secțiunea unui epiteliom cu celule cilindrice. *a* tub tăiat prin mijloc învâlit de epiteliu *c* și în centrul căruia se văd celule cilindrice libere și isolate. *b* tub tăiat în lungime.

Aceste epiteliome au punctul de plecare în glande, ce se lungesc și chiar se ramifică.

Uneori, în mijlocul cilindrelor și lobulelor epiteliale, există niște corpuri speciali refringenti numiți oviformi, constituind *cilindromele*. Alte dăți găsim o tramă conjunctivă adultă și embrionară; iar ca celule, unele sunt epiteliale, fie sub formă lobulată or tubulată, precum și cilindrică, constituind epiteliomul polimorf al lui Malherbe.

În general epiteliomele cilindrice n'au tendință de a coplesi țesuturile vecine; ele sunt deci mai tot-d'auna benigne.

Epiteliomele de rezortul chirurgiei sunt mai ales cele stratificate, apărând pe piele și mucósele accesibile.



Din punctul de vedere clinic, aceste tumori ne oferă trei tipuri sau forme: *tuberösă, ulcerösă și vegetantă*, după cum neoplasmul începe printr'o ușoră escoriațiune superficială și prin urmare ne-atacând la început de cât stratul superficial al pielei sau mucösei, or printr'un nodul, la început mic însă de o consistență tare situat în grosimea sa și partea profundă a pielei or a mucösei, sau în fine printr'un neg sau mai bine zis o mică fungositate. Prin sediul ei, această formă de epiteliom ne arată că începe d'adrechtul din părțile profunde ale elementelor organului afectat.

Forma ulcerösă poate să ia diferite aspecte cu tendințe de a se lăși în suprafață sau adâncimi, or a presenta nise ridicături papilomatöse, din cari va resulta tot atâtea sub-varietăți de epiteliom serpiginos, fagedenic, sau tenebrant, or vegetant.

Dar une-ori epiteliomul începe printr'un fel de neg, formând varietatea verucösă după cum am arătat.

Cealaltă formă tuberösă sau nodulară poate să fie și dinsa circumscripă sau difusă. Ambele nu întârziază a lua caracterul ulcerativ. Și într'un cas și în altul forma tuberösă e mult mai malignă ca cea ulcerösă, prin faptul trimiterii în părțile vecine de cordone tari ce nu întârzie a copleși ganglionii vecini.

Dar or care ar fi forma, malignitatea epitelionelor constă în modul evolutiv al celulelor sale. Ast-fel, cu cât celulele vor rămâne în stare adultă, cu atât neoplasmul va fi mai staționar; din contra, păstrându-și caracterul tînăr, dinsele vor avea o tendință continuă în progresiune, copleșind mușchi, tendone, nervi, ose și deschideri de cavități naturale.

Grație acestei tendințe copleșitoare și nefastă, ne esplicăm durerile atroce de cari suferă bolnavii, prin faptul distrugerii trunchiurilor nervöse, precum și cazuri de emoragii une-ori mortale, prin aceia a perforării unor vase importante.

Infecțiunea organismului poate să începă prin ganglionii, în urma transportului virusului prin vasele limfatice, ganglionii, cari la început se prinde numai unul, iar mai târziu un număr mai considerabil, uniți fiind toți prin cordone rigide, de trunchiuri limfatice, formând la un loc o masă tare și imobilă, un adevărat plastron.

Alte dăți infecțiunea se face prin mijlocul venelor, când epitelionul, prin compresiunea ce exercită, precum și prin acțiunea sa distructivă, perforază într'un punct vasul, în lumina căruia un mugur făcând proeminență, acesta poate să fie deslipit de curentul sanguin, să fie introdus în torentul circulator iar de aci în circulația generală; și astfel sub formă de embolie, se obținem grefarea neoplasmului în diferite organe splashnice.

Vedem dar că prognosticul este din cele mai defavorabile; cu atât mai mult cu cât însuși adenómele, cari sunt considerate ca cele mai benigne, se pot transforma în epitelióme.

De aceia intervențiunea chirurgicală trebuie să se facă de timpuriu, pentru a preveni orî-ce recidivă, care fie zis în trecut, mai tot d'auna e inevitabilă. S'ar părea însă că la bătrîni, poate probabil din cauza schimbărilor vitale lente, epiteliómele, mai ales ale feței, buzei, aripei nasului etc., rămân foarte mult timp staționare. Se observă în adevăr casuri de o durată de 20 și mai bine de ani.

Aceste tumori numite de cei vechii *nolli me tangere*, ar putea la rigóre să nu fie atinse, afară numai în casuri excepționale, și când ablațiunea se poate face în totalitate; căci în cazul contrariu, provocăm o desvoltare mult mai repede de cât dacă am fi lăsat reul neatins.

În fine, chestiunea tratamentului epitelionului ca și a orî căror tumori, stă în legătură cu principiile chirurgului, adică după cum admite ideia localistă sau constituționalistă.

Noi susținem că tumorile la început sunt afecțiuni pur locale, și deci, cu cât vor fi extiopate mai de timpuriu, cu atât vom preveni infecțiunea secundară.

## DESPRE GANGERE

Din cele arătate, repetăm că prin cancer înțelegem difuziunea în țesuturi a elementelor epiteliale hipertrofiate sub formă de muguri.

Cancerul deci este un epiteliom difus, sau dupe cum îl numește Lancereaux și Robin: *epiteliom alveolar*.

Îtă opiniunea d-lui prof. Babeș asupra acesteï tumori: Carcinomul este o tumoră esențialmente arhiblastică, la structura căria participă, pe lângă proliferarea țesutului conjunctiv, formațiunii atipice, cari rezultă din creșterea în profunzime a epitelului ce părăsește limitele țesutului epitelial sau glandular, și face ast-fel invasiune în sistemul limfatic.

Forma alveolară, de ochiuri largi și de diferite dimensiuni născute în țesutul conjunctiv și în cari ar exista celule închise, nu mai constituie caracterul fundamental al cancerului precum se susținea până acum. Astăzi acastă stromă alveolară, nu este nici suficientă nici necesară; așa că prezența sau absența sea nu constituie un semn sigur, ci numai infiltrațiunea elementelor epiteliale, fără să fie separate de părțile vecine printr'o capsulă sau barieră definită.

Ast-fel fiind, întręga clasă de epiteliome, fie ele stratificate ori cilindrice, de îndată ce copleșesc într'o întindere mai mare un organ infiltrându-se în țesuturile vecine, ne vor da tot atâtea specii și varietăți, cari vor constitui cancerul.

Acăsta însă nu va să zică a nu da nici o importanță dispozițiunei alveolare a țesutului conjunctiv, căci dinsa încă și azi constituie unul din cele mai principale semne caracteristice cancerate, mai ales când găsim reunite și cele alte elemente de evoluție epitelială.

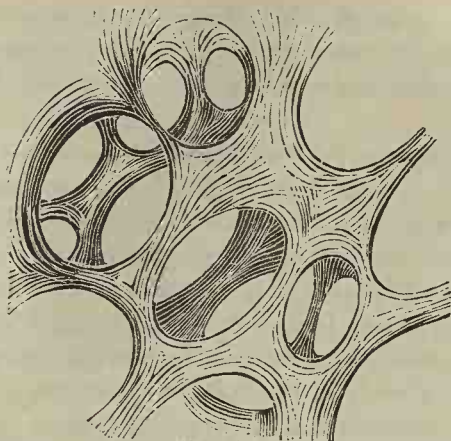


Fig. 16.  
Stroma unui cancer din care s'au scos celulele cu o pensulă.

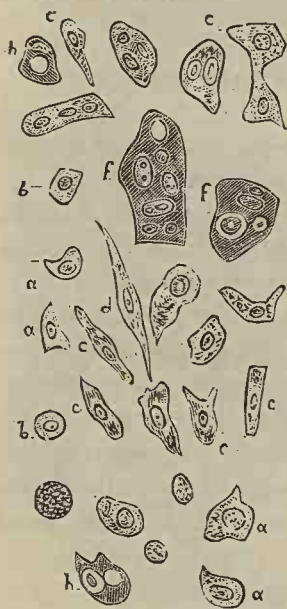


Fig. 17.

Celule de suc carcinomatos. a) celule în rachetă; b) celule sferice; c) celule prismatice; d) celule în fus; e) celulă strangulată, în formă de sabie; f, h) celule în degenerescență mucosă.

Fig. 16 ce se găsește reproducă în toți autorii, ne arată un tip clasic de stromă alveolară a unui cancer.

Cancerul tăiat cu histuriul ne oferă o consistență môle sau tare dupe varietăți, precum și un lichid de o culoare murdară, de un aspect lactescent, care examinat la microscop ne arată prezența unor celule de forme și mărimi foarte variate. Unele din aceste celule sunt rotunde, ovale, poliedrice, în formă de rachetă, constituind polimorfismul celulelor cancerose a celor vechi, sau epiteliome metatipice ale lui Malassez.

In fig. 17 luată din Cornil și Ranvier se reprezintă un model de celule polimorfe constituind suc canceros.

Aceste celule posedă nucleii și nucleoli; iar multiplicarea lor se face prin Kariokineză fapt cu totul important probând încă o dată origina epitelială a cancerului, ceia ce deja am arătat. Decî microscopicește, *pentru a se forma un cancer ne trebuie*: ca

celulele să devie mai mari (*ipertrofi*) să se multiplie, (*ipergenesă*) și în fine să fie de diferite tipuri (*polimorfism*). Aceste celule nu sunt unite unele cu altele, așa că pe o preparațiune microscopică făcută prin secțiune, putem foarte ușor cu o pensulă să ridicăm toate aceste grămezi celulare și să ne rămâe ast-fel alveo-

lele cu totul góle precum arată fig. 16. Malignitatea acestor tumóri constă în formațiunea de noui vase capilare în sinul lor, și mai ales din existența limfaticilor cari se pun în contact direct cu alveolele canceróse.

Și pentru a se explica faptele ce clinica zilnic ne oferă, că în cancer în mod constant și fóрте repede ganglionii limfatici tot-d'a-una sunt prinși, Cornil a arătat că această provine din comunicarea directă a vaselor limfatice, ce se deschid în plin canal cu alveolele carcinomului. Experiența se practică în modul următor: dacă facem o înțepătură într'o alveolă cu siringa lui Pravaz conținând albastru de Prusia, vedem că masa de injecțiune umple mai întâi tóte alveolele, desemnând o regiune mai mult sau mai puțin întinsă a sistemului cavernos ce dinsele forméză; că această injecțiune intră în vasele limfatice și iese apoi în nivelul suprafeței de secțiune făcută de chirurg.

## Diferite specii și varietăți de cancer

Două sunt speciile principale ce ne oferă cancerul, și acestea după cum predomină elementul epitelial sau conjunctiv.

În cazul întâi, tumora va avea o consistență móle, friabilă, semănând cu substanța cerebrală ramolită, pentru care fu numită de Laënnec, encefaloid, iar de Cornil cancer medular.

Spațiurile sau alveolele conjunctive sunt fóрте subțiri și uneori așa de largi în cât se pot vedea cu ochiul liber. Din cauza stromei puțin resistentă, se observă fóрте des în aceste tumóri emoragii intersticiale, de unde aspect variat al suprafeței de secțiune: cenușiú, roșu, galben, brun după modificațiunile suferite de sânge. Aceste tumóri de și cresc repede, se generalizez însă mult mai cu greú. Ca varietăți în acest cancer avem după Cornil:

I) *Cancer encefaloid pullaceú* caracterisându-se prin o extremă moliciune, areole enorm voluminóse, lăsând să iasă prin presiune un suc gros și abundant.

II) *Cancer encefaloid erectil sau ematod* în care vasele sanguine fóрте numeróse și desvoltate, presintă dilatațiuni monili-forme, cari desvoltându-se și făcând proeminență în alveole pro-

duc muguri pe părății lor precum și extravasate sanguine prin ruperea părăților ce sunt foarte fragili.

Când celulele din alveole se umple de picături gresose, avem cancer lipomatos.

Cât pentru cancerul *melanic*, varietatea acésta se observă mai rar ca în sarcom; când există, se caracterisă prin aceea că celulele conținute în alveole posedă în interiorul lor granulațiunii melanice, putând chiar și însuși alveolele să fie infiltrate.

În fine o ultimă varietate ar fi *cancerul vilos* caracterizat prin dezvoltarea unor muguri cărnoși foarte exuberanți ce se depun pe suprafața cancerelor de or ce varietate ar fi, însă ajunși în stare de ulceratiie.

O varietate mult mai importantă însă o găsim în *cancerul coloid*, caracterizat prin consistența môle, gelatiniformă și o structură multiloculară.



Fig. 18.  
Cancer coloid.

În acésta varietate, lojele sau ochiurile conjunctive, une-orî sunt enorm de mari, iar alte dăți excesiv de mici, dar tot-d'auna pline cu o substanță viscosă, transparentă, gelatinosă și difluentă.

Forma acésta se întâlnește mai des în abdomen: stomac, intestin, rect și chiar în mamele.

Cancerul coloid pare a fi cel mai benign din toate varietățile acestui neoplasm, căci are un mers mai lent, recidivază mai rar și se însoțește de infecțiune ganglionară foarte târziu. Dăm aci un model de cancer coloid luat din Butlin și reprezentat în fig. 18.

A doua specie principală de cancer este *cancerul fibros, dur* sau *schiros* numit ast-fel din cauza predominenței țesutului con-

juctiv care hipertrofiindu-se se transformă într'un adevărat țesut fibros de unde și acea consistență tare, lemnosă, făcându-l să scârție când e tăiat cu scalpelul.

Tipul unui cancer din care pot decurge cele alte varietăți îl avem în fig. 19 luată din Cornil și Ranvier.

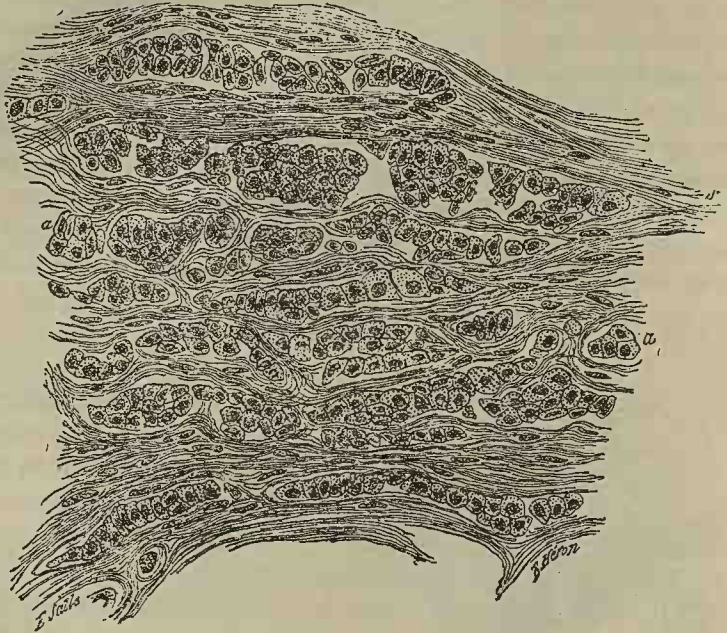


Fig. 19.

Cancer schiros provăzut de fășii conjunctive fibróse, printre cari se vĂd celulele epiteliale umplĂnd intersticiile și alveolele formate.

Aceste tumori sunt fĂrte pușin vasculare, tocmai din cauza acestui țesut fibros ce tinde a sufoca elementele ce l' înconșjĂrĂ și în consecinșĂ și vasele.

Une ori celulele din alveole intrĂ în degeneresșenșĂ gresĂsĂ, și ast-fel distinse pot strĂbate în limfatice și sĂ producĂ infecșiunea. Dar în acelaș timp se pĂte ÂntĂmpla ca țesutul conjunctivo-fibros sĂ se retracte din ce în ce mĂi mult, sĂ sufocĂ alveolele și sĂ ne dea ast-fel o altĂ varietate fĂrte importantĂ numitĂ *schir atrofie*, bine studiat de Valpeau mĂi ales în cancerul mamelei, și unde bĂla ni se oferĂ sub aspectul unui nodul mic și de o tĂrie lemnosĂ. Iar cĂnd acest cancer atrofie se Ân-

tinde pe o suprafață mai întinsă, atunci avem altă varietate numită *schir în plastron* sau *cuirasă*. Și una și alta însă, de și în aparență ar avea aerul foarte benign prin mersul lor lent, totuși infecțiunea ganglionară merge progresând chiar când ni se pare că tumora primitivă rămâne staționară, sau cu tendință a dispărea.

## Modul de progresiune al cancerului și caracterile sale clinice

Ca și or ce tumoră malignă, acest neoplasm are tendință a progresa.

I) grație multiplicațiunei celulelor sale, și acesta prin fenomenul ce am arătat de *Kariokineză* sau *citodiereză desorientată*.

II) prin creșterea și dezvoltarea tuturilor celor alte elemente ce intră în constituția sea, precum și prin copleșirea țesuturilor vecine în urma prelungirilor epiteliale ce aceste tumori trimit în toate direcțiunile. De aci rezultă formațiuni de mici noduli secundari împregiurul tumorei sau la óre-care distanță de dinsa, constituind tot atâtea noi colonii, tot atâtea noi tumori ce vor crește ca și tumora mamă, cu care se vor reuni or vor duce o viață separată. Fenomenul acesta poartă numele de *extensiune discontinuă*.

Extensiunea se numește *continuă* când nu există nici un spațiu cu aparență sănătoasă între tumora primitivă și alta secundară. In acest cas, tumora se prelungește sub formă de masă neinteruptă la distanțe une ori colosale, având aspectul unui plastron.

Forma continuă, însă relativ e mai puțin gravă ca cea discontinuă și acesta lesne se înțelege fără a mai avea trebuință de nici o explicație. Dar această extensiune nu este fără limită, căci adesea celulele canceróse dar mai ales fâșiile țesutului conjunctiv, în loc de a rămâne în stare embrionară, se organizază într'un țesut fibros analog cu țesutul cicatrițial și deci cu aceeași proprietate de retractilitate. Și când acest fenomen se produce în fața profundă a dermului, retractiunea fâșiilor fibróse produce o retractiune și aderență a pielii în lăuntru, dând aspectul de cójă de portocală, ce și chiar azi este un semn patagnomic al cancerului, semn stabilit deja de Velpeau.

III) Cancerul progresază încă prin mijlocul *vaselor limfatice*,



cară după cum am văzut sunt în comunicațiune directă cu alveolele. De aci semne de limfangite cronice sub formă de trunchiuri, ce plăcă de la tumoră până la ganglionii vecini, ei însuși prinși și îndurați.

Dar alte dăți, grație lipsei de orî-ce coeziune între celule, acestea pot străbate direct în interiorul unui vas limfatic, iar de aci sub formă de embolie cancerosă, să mîergă până la ganglionii pe cari să'i infecteze fără cu tóte acestea să existe vre-o urmă de limfangită între ganglionii și tumoră.

Propagațiunea cancerului prin limfatice e cea mai comună, și de aceea nu lipsesce nici odată, așa că lipsa îndurațiunii ganglionare implică benignitatea tumorii.

IV) Propagațiunea prin *artere* se face mult mai rar, de óre-ce copleșirea pîreților arteriali de neoplasme și strebateră lor în torrentul circulator nu se póte efectua cu înlesnire. S'a constatat că pereții arteriali, suferă mai des procesul degeneresceței și în special cel scleros, în urma căruia fibrele conjunctive inlocuind tóte elementele din tunica medie și esternă, produc micșorarea calibrului vasului, sau dau nascere cel mult la o trombosă nespecifică.

Vasele capilare desvoltându-se în mare număr într'un cancer, și avînd pîreți fórte subțiri pot fi distruse de neoplasm, putînd strebate în interiorul lor celulele cancerose.

V) Dar infecțiunea sau progresiunea cancerului *prin vene* este mult mai ușoră ca în artere și copilare, căci mugurii carcino-matoși, pot copleși și perfora pereții venoși. Și ca probă de strabarea acestor elemente neoplasice în vene, avem observațiunile lui Andral, Gavarret și Cruveilhier, cari au găsit în venele unui individ mort de cancer, corpî fibrinosi conținînd elemente celulare provenite din tumoră. Acker a publicat mai multe observațiuni analóge. Heurtaux a văzut într'o preparațiune de sînge obținută prin înțepătura degetului unui bolnav atins de cancer melanic, o celulă caracteristică a acestei afecțiuni.

Aceste elemente decî, pot să emigreze printr'un mecanism embolic, ceia-ce de sigur esplică modul lor de penetrațiune în vase.

Dar deja Broca atrăsese atențiunea asupra acestui fapt, arătînd că unele tumoră pot perfora pereții vaselor, formînd în lumina lor filamente, din cari deslipindu-se mici porțiuni pot juca rolul de emboli.

Dar cum se produce această formațiune secundară în urma emigrării elementului primitiv din tumoră?

După unii, fenomenul ar proveni în urma unei simple iritațiuni locale, provocată de elementul emigrat într'un teritoriu virgin; iar după alții, prin proprietatea vitală a acestor elemente, cari fiind parașiți se grefează, sau mai bine zis fac corp cu elementul coplesit, pe care'l distruge.

În acest cas, infecțiunea este foarte periculoasă, de ôre-ce produsul neoplasic, fie că străbate prin mijlocul inflamațiunei pereților venoși, sau a perforațiunei și distrugerii lor, o dată însă intrat în aceste vase, este repede dus în torentul circulator, și intrând prin cordul drept străbate în plămâni, iar de acolo trece în cordul stâng și de aci se răspândește în întregul organism sub formă de embolie, dându-ne cancerre în diferite organe splachnice, prin grefare directă. De aci cancerre secundare, cari fie zis în trecăt, au o predilecție a se stabili mult mai des în ficat de cât în plămâni.

Prin urmare, infecțiunea sau progresiunea în vene, întrece pe cea produsă pe căile limfatice, din cauză că agentul morbid, nu numai că se opresce în diferitele etage ganglionare, dar pentru a străbate în sânge, trebuie mai întâiu treptat să percurgă căile cunoscutre ale canalului toracic sau marea venă limfatică, și în urmă apoi să intre în sistemul venos.

Dar tocmai această constituie singura grație ce cancerul oferă bolnavului. În adevăr, dacă infecțiunea organismului s'ar face tot atât de repede prin limfatice precum se produce de ușor, atunci nu ar mai fi absolut nimic de făcut, căci or ce intervenție ar fi de prisos. Și numai conduși de acest fapt fisiologic, extirpările precoce a tumorilor precum și a ganglionilor, dacă nu tot d'auna, cel puțin însă de multe ori prin ele scăpăm viața bolnavului; și acesta numai prin bariera ce stabilim între organism și limfatice, ridicând ganglionii.

**Caracterele clinice generale ale cancerului** s'ar putea resuma în câte-va cuvinte, studiul lor trebuind a se face mai cu profit la fie care regiune în parte.

Vom avea deci: întâiu, uă tumoră în general tare, rău limitată și presentând fășii sub formă de cordone tari trimise în diferite direcții; acesta le-a și causat numele de cancer, din asemănarea ce ar avea aceste prelungiri cu picioarele unui rac.

Al doilea, pierderea elasticității pielii și aderența sa de tumoră, care, grație acelor tracturi fibróse ce plécă de la fața profundă a dermului, produce asupra pielii ușóre ridicături și afundături, asemănându-o cu o cójă de portocală (peau d'orange).

Al treilea, dezvoltare mare de vene la suprafața pielii, precum și prezența unui edem, care e rezultatul procesului scleros a neoplasmului, ce aduce un obstacol în circulațiunea venosă.

Al patrulea, un mers relativ repede, însoțindu-se de timpuriu de prinderea ganglionilor corespondenți.

Trebuie însă a nota, că în unele casuri, cancere autentice precum de exemplu ale mamelei, aũ rămas staționare în timp de 12 și chiar 20 de ani, fără a produce nici o desordine (Butlin) pe când alte ori, mersul ia un caracter adevărat fulgerător. Astfel Malherbe în enciclopedie, citéză cazul unei tinere femei, care în urma alăptărei fu coprinsă de un cancer encefaloid al mamelei, ce a provocat mórtea în timp de 6 săptămâni.

Al cincilea, distrugerea tegumentelor și a diferitelor țesuturi, care nu e rezultatul unei simple compresiuni precum se observă în tumorile benigne de un volum mare, ci distrugere provocată prin copleșirea elementelor din însuși neoplasmul.

În fine, din aceste distrugereri va resulta o ulceratiune având mai adesea un caracter fongos, lesne sângerând și cu marginile resfrânte în afară. Din această ulceratiune se scurge o materie murdară, fetidă, saũ guinolentă — **ichor canceros**.

De și la început și mai ales în unele regiuni ca mamela și colul uterului, tumorile canceróse nu dau loc la nici un fenomen dureros, mai târziu însă, tubii nervoși fiind copleșiți, durerile devin violente, iar une-ori insuportabile. Aceste dureri în perióda ulcerativă se exageréză și mai mult, prin trecerea diferitelor lichide, — dacă cancerul se află așezat pe buze, gură, anus etc.

Dar cu cât bóla înaintéză, cu atât organismul începe a suferi: bolnavul slăbește în mod progresiv, forțele se micșoréză, moralul e profund atins, iar infecțiunea urmându-și mersul, tegumentele iaũ o coloratiune specială numită *galbenă de paiu* (feuille morte) provenită fie din emoragii fie din conruperea sângelui.

Tóte organele încep a intra în degenerescență, iar ósele se ating de osteită rareflantă, putându-se rupe cu cea mai mare în-

lesnire dându-ne fracturile spontanate, pentru a căror producere este destul o simplă mișcare făcută de bolnav în pat, spre a-și rupe o mână or picior etc.

Ipertrofilele ganglionare, prin compresiunea lor sau chiar prin acțiunea directă a neoplasmului asupra unor vene de calibru mare, pot produce staze sanguine, or tromboze, cari atingând venele iliace sau fenorale, produc ceia-ce Trousseau a numit *flegmația alba dolens*. (vezi vol. I)

Ca rezultat final al progresiunii acestor tumorii, avem consumțiunea și mórtea mai mult sau mai puțin repede a bolnavului, venită fie în urma extensiunii rēului, a cahexiei sau generalisărei cancerului, sau în urma unei bóle intercurente, contra căreia individul slăbit neputând lupta, se sfârșește mai curând de cât ne-am aștepta. În special pneumonia este care aduce terminațiunea fatală.

Durata e variabilă, căci une-orii, cancerul răspândindu-se cu multă furóre și copleșind de o dată mai multe organe esențiale, formând ceia-ce se numește *carcinosa acută*, produce mórtea în câte-va săptămâni sau luni. (Prin *carcinosa miliară* se înțelege diseminațiunea cancerului la suprafața seróselor sub formă de noduli mici ca bobul de meiú). Alte dăți mersul e mai lent, putând dura 1—2—3 sau mai mulți ani, ca de exemplu la bătrâni, în cancerele atroifice etc., pe când la tineri, la femeile gravide și în cancerele ecefaloide, durata nu e mai mare ca 10—12 luni.

**DIAGNOSTICUL** clinic în general e fórte ușor, mai ales după câte-va luni de la aparițiune.

Este adevărat că la început, cancerul s'ar putea lua drept o tumoră benignă; s'ar putea presupune o gomă sifilitică or tuberculósă; dar antecedentele ca și caracterele locale observate cu atențiune, nu vor întârzia a ne risipi or-ce îndoială.

Vom fi fórte reservați în acéstă privință; și afară de casurii cu totul esceptionale, e mult mai profitabil a conchide la o tumoră malignă de cât la or-ce alt-ceva, înlesnindu-se ast-fel calea a interveni mai repede, ceia-ce va fi numai în folosul bolnavului.

Pentru unele casurii cu totul speciale, și mai cu deosebire pentru tumorile aflate în interior, ca abdomen orii viscere, s'a căutat ca, pe lângă cele-lalte caractere clinice, să se recurgă și

la următoarele investigațiuni, procurate prin examenul sângelui și analiza udului.

Era în adevăr foarte natural ca în fața unei asemenea bóle cu un resunet asupra întregului organism, să se cerceteze modificățiunile aduse în sânge sau urină.

Ast-fel Lucke ar fi găsit în sângele canceroșilor nisce mici celule fusiforme. Alți autori, dar mai ales Hayem a constatat o creștere foarte mare a globulelor albe la canceroși. În adevăr, pe când în starea normală știm că pe un milimetru cub avem cinci milioane de globule albe, Hayem a găsit la 14 bolnavi atinși de skir al sânnului și alte tumori encefaloide, numărul globulelor albe crescute de la șese mii la 11400.

Pe de altă parte, Quinquaud a arătat influența cancerului asupra bogăției sângelui în emoglobină.

Ast-fel la 1000 grame de sânge în stare normală se găsește 125 grame de emoglobină; dar această cifră la canceroși scade până la 25 grame. Prin urmare, rezultatul cancerului asupra sângelui, ar fi determinarea unei leucocitose și a unei clorose foarte manifestă.

Însă aceste constatări nu au o putere diagnostică absolută, de óre-ce se pot observa și în alte circumstanțe cu totul streine de cancer, precum în inflamațiuni cronice, supurațiuni întinse, emoragii, intoxicații palustre etc., pentru care cuvînt trebuie să fim cu circumspecțiune în afirmările noastre. Prezența lor însă, dacă nu ne arată sigur existența cancerului, este însă o mare presumpțiune de o tumoră malignă.

Un alt criteriū este examenul urine'or.

În 1884, Rommelaere din Bruxel împreună cu Thiriard, au arătat prin mai multe observațiuni, că la canceroși există o micșorare foarte însemnată în escrețiunea urei, a materiilor fosfatice ca și a clorurilor etc. Am avea deci o ipoazoturie și ipofasfaturie. S'a stabilit dar, că în tesă generală și în afară de o alimentațiune prea azotósă, dacă un bolnav în timp de 24 ore produce uree mai puțin ca 12 grame, ar fi un semn de malignitate a tumorii; cifra normală variind între 25—35 grame pe zi.

Alți autori însă între cari și Kirmisson, au arătat că acesta n'are nici o valóre, de óre-ce în tumori foarte maligne, ca de exemplu cancerul stomacului și ficatului, s'au găsit 32—40 grame de uree

în timp de 24 ore, pe câtă vreme în alte tumori benigne, ca Kist al ovarului, lipóme și fribróme, s'a găsit 8—10—13 grame.

Lucas Championière, a comunicat anul acesta (Iulie) societății de chirurgie observațiunile sale relativ la această chestiune, arătând că ridicarea cantității de uree, precum și scăderea sea depinde de o mulțime de condițiuni; așa, pe când durerea aduce o scădere a urei, acelaș bolnav, pus în repaus și la o dietă lactată, face să crească cifra de uree; apoi, mai toți operații în timp de câte-va zile determină o ridicare sensibilă a urei.

După Reynier, fenomenul se atribue acțiunii chloroformului asupra funcțiunii ficatului, iar nu la absorpțiunea sângelui său diferitelor lichide extravasate în timpul operației, precum crede Championière. Înălăturând deci toate cauzele de eróre, nu trebuie să respingem aceste cercetări de scădere a urei, care de multe ori ne dau folóse însemnate, mai ales în tumorile organelor splashnice.

În ceia ce privește pronosticul, este chiar inutil a mai spune că mai tot-d'auna e fatal, or care ar fi specia sa și varietatea de cancer. Singurá intervențiunea precoce póte da óre-carí speranțe de scăpare.

Durata bólei însă precum și gravitatea, depinde de felul cancerului. Forma encefaloidă este cea mai gravă și pericolósă, atât prin repede sa dezvoltare, cât și copleșirea ganglionilor, putând aduce mórtea chiar în câte-va săptămâni. Cancerul schiros cu varietățile-sale are un mers mult mai lent, putând dura chiar ani întregi. Resultatul final însă va fi iarăși infecțiunea organismului, și consecutiv distrugerea sa. Dacă iluziuni să nu avem cătuși de puțin.

## **Etiologia generală și tratamentul epiteliómelor**

Statisticile aú probat că etatea cea mai favorabilă este de la 35—55 ani, formând maximum de predispozițiune.

Femeile sunt mai predispuse ca bărbații, având însă fie-care anumite regiuni pentru a fi atinse: la primele sunt mamelele, uterul, ovarele; iar la bărbați limba, buza inferióră, stomacul, rectul etc. Ereditatea după cum am arătat este admisă de toți și în afară de ori ce discuțiune.

Reamintim și aci, că prin ereditate nu se înțelege transmiterea în natură a virusului precum ar fi pentru sifilis sau chiar tuberculoasă, ci numai o predispozițiune pentru neoplasme, care după unii există în diatesa artritică, lucru asupra căruia am insistat în primul volum la capitolul *diatese*.

Pe lângă acestea, odată predispozițiunea admisă, putem primi toate cauzele ce pot aduce o debilitate a organismului, precum: întristări repetate, emoțiuni morale vii, precum și diferite iritațiuni cronice.

După unii, alimentarea prea animalisată ar predispuce la cancer. Și ca probă după Leblanc, ar fi că pisica și câinele sunt mai espuse de cât oile, vacile, caii etc. Decî carnea și sărăturile sunt mai vătămătore de cât un regim vegetal.

Cu toate acestea nu e nimic hotărât, observându-se casuri de cancer la omeni vegetariani, ba chiar și la cai, la vaci etc.

În ceia-ce privește influența raselor iarăși nu e nimic hotărât, de și unii susțin că rasa Indo-Germană e mai puțin expusă ca cea Latină și Slavonă.

Se susține însă că orî-ce schimbare adusă în situațiunea și structura normală a unui organ, precum și iritațiunile prelungite, predispuce la cancer. Ast-fel rinichiî mobili, ectopiile testiculare etc., sunt mai predispuce la cancere.

Dar acêsta vine în sprijinul teoriei lui Conheim, a inclusiunilor embrionare, căci acele celule rămase printre țesuturi și deci aflate într'o stare de ectopie congenitală, forméză în același timp o predispoziție la cancer.

Iritațiunile sunt așa de manifeste, în cât nu se mai discută influența lor.

Noi suntem convinși că, aceste iritațiuni sunt suficiente fără a mai avea trebuință de nici o teorie. Deja Virchow susține că aceste tumori, sunt produsul iritațiunilor și traumatismelor des repetate.

Și drept probă, ce observăm în clinică? că locurile sau punctele mai strimpte, sunt sediul de predilecție al cancerului; ast-fel avem extremitatea inferiôră a faringelui, părțile strimpte a esofagului, cardia, pilorul, cecul, orificiul anal etc.

Prin toate aceste strimtori, corpul iritant în trecerea sa își va exercita în mod continuă acțiunea, de unde o inflamație cro-

nică, o ipergenesă a epitelului și în definitiv cancerul. Și cred că dacă la omenii din societatea înaltă, se observă mai des cancerul tubului digestiv, acesta ține la alimentația mai excitantă, la brânzeturile fermentate, și băuturile alcoolice tari de cari dinșii uzază; pe când în clasa de jos, cancerul rectului e mai frecuent din cauza constipațiilor și a lipsei de igienă. Dar cancerul buzelor și al limbei, nu recunoște iarăși dese iritațiuni produse fie de tutun, alcool sau contusiumile cronice determinate de un dinte stricat?

Cu această ocaziune îmi permit a da următoarea reflexiune ce tot-d'a-una am comunicat-o elevilor.

Atențiunea mi-a fost atrasă asupra cancerului colului uterin pe care l'am observat foarte des la femei tinere, la țărance, sau femei din popor, pe când aceiași bôlă e mai rară în clasa de sus. Socotesc că aci principalul rol îl jôcă îngrijirele igienice de cari femeile sêrace n'au nici o cunoștință. La dinsele, secrețiunile vaginale, metritele, sunt cu totul neglijate și lăsate în voia lor; dar aceste iritațiuni cronice dau ca rezultat desvoltare de cancer fără ca ele să aibă nici o cunoștință, căci din nenorocire, cancerul în această regiune nu provocă dureri; când dar se presintă medicului deja sunt în ultima periodă. Ceia ce aş dori, ar fi o statistică foarte seriôsă, pentru a se vedea daca la prostituate cancerul e mai frecuent de cât la cele alte femei.

Fôrte rar mi s'a întâmplat să îngrijesc o prostituată de această bôlă.

Cred dar, că dese spălături vaginale interesate, contribue mult la depărtarea secrețiunilor iritante, plus că multe din ele tot din interes profesional își fac injecțiuni cu piatră acră și tanin cari în definitiv sunt substanțe antiseptice. Afară de această, prostituatele nu au rușine, să se arate medicului pentru cea mai ușoră scurgere, pe când multe alte femei sub pretextul că sunt rușinoșe, preferă a sta cu diferite scursori timp îndelungat, din a căror iritație, încă o dată zic, rezultă începutul cancerului. Dar cercetări ulterioare sunt necesare.

Tot în rubrica iritațiunelor intră bôlele cronice ale pielei; până și însuși Kistele sebacee, papilomele și negii pot de o potrivă să se termine prin cancer. S'au văduț iarăși fimose, ulcere ale gambei, (veđi primul volum) fistule urinare, anale o-



sóse etc., degenerând în cancere, numai prin faptul iritațiunei cronice de care se însoțesc.

Până și arsurile, plăgele contuse și cicatricile ombilicale, nu sunt scutite de invasiunea acestui flagel.

Am arătat deja că unii autori în cap cu Paget susțin opiniunea constituționalistă, iar alții pe cea localistă.

Dar e chestiunea a se sci, care e procesul intim, adică patogenia sa și mecanismul după care se produce această proliferațiune epitelială desordonată, monstruosă și copleșitoare până la generalisațiune, constituind cancerul?

*Thiersch* susține că în starea normală există un fel de luptă între celulele epiteliale și țesuturile subjacente, și că echilibrul nu se menține de cât grație activității egale a celor două țesuturi. În bătrânețe, țesuturile sub epiteliale se slăbesc ca vitalitate; iar celulele epiteliale își conservă totă energia, și ast-fel negăsind nici o rezistență, intră în țesutul conjunctiv, unde începând a vegeta produce cancerul.

Opiniunea această însă nu este admisă și pare chiar prea singulară.

Teoria lui Conheim prin inclusiunile germenilor embrionari, de și cea mai probabilă, este însă atacabilă mai ales prin faptele desvltărei unui cancer pe o cicatrice de arsură, unde or-ice element celular este distrus.

Astăzi tendința este a se așeza și cancerul în grupul bólelor infecto-contagióse, atribuindu-i-se aceleași proprietăți ca și tuberculósei. Dar pentru acesta se cere probe clinice, experimentele și prezența microbului.

Printre probele clinice se invócă de unii, faptul că epitelioamele de multe ori ocupă regiuni espuse, și deci mai proprii pentru a se pune în contact cu agentul infecțios. Dar étă alte fapte mult mai convingătóre: sunt observațiuni a mai multor autori ca Hall, Langenbeck, Mac-Ewen cari au arătat contractarea cancerului penisului la un bărbat având raporturi sexuale cu o femeie, atinsă de cancer al uterului; alte dăți aparițiunea acesteii bóle s'a făcut după un timp mai depărtat, unul din soți fiind bolnav.

Vin apoi faptele de autocontagiune sa și autoinoculațiune, precum desvltarea unui cancer pe buza superióră în locul unde vine în contact cu tumora aflată pe buza inferióră; și ce e mai

curios, se citéză un cas de desvoltare a cancerului în locul puncționat pentru o ascită cancerôsă.

Tôte aceste fapte probéză o natură specifică a neoplasmului cu putere de inoculație saū de grefare.

Probele experimentale s'aū făcut de Billoth, O. Weber etc., ajungênd la rezultate positive, în aceia că introducênd în țesuturile saū cavitățile unui animal fragmente cancerôse, aū obținut desvoltarea acesteī bóle. Langenbeck a făcut și dinsul experiențe, reușind a transmite cancerul de la om la câine

Anul acesta s'aū făcut academiēi de științe din Paris niște comunicări forte interesante din partea dr. Henry Moreau asupra inoculațiunilor de cancer, injectând țesuturi de acéstă tumoră la maī mulți șóreci albi, cu rezultate din cele maī positive. Maī mult încă, acest autor a constatat că șórecii eșii din părinți inoculați, aū prezentat tumori cancerôse subcutanate, ce aū apărut fără nici o causă determinată apreciaabilă.

Conclusiunile acestui autor sunt :

I) Epiteliomul cilindric al șórecelui este transmisibil la animale de aceeași specie prin inoculație și ingestie.

II) Ereditatea jócă un rol considerabil în desvoltarea și evoluțiunea acestor tumori.

III) Traumatismele grăbesc și favoriséză generalisațiunea lor; asemenea și graviditatea și nașterile.

IV) Aceste tumori fabrică otrăvuri cari resorbite de organism produc determinațiunea și cahexia.

V) Dinsele par că 'și perd din virulență cu cât evaluéză la animale noui, dar tot-d'a-una de aceeași specie.

VI) Pe cât timp aceste tumori nu sunt ulcerate, ele nu conțin microbi, (vezi Buletin Medical 12 Iulie 1893).

În fine de la 1887 s'aū făcut cercetări pentru descoperirea microbului.

Maī cu sémă Scheurlen a reușit să isoleze, și să cultive bacteria cancerului sub forma unui corpuscul verzuī, și în urmă prin inocularea lichidului de cultură, să obție reproducerea neoplasmului. Esperiențele făcute pe cățele în mamele, a produs o tumoră unde s'aū găsit prin microscop proliferațiuni celulare și spore. Un alt autor Domingos a mers încă și maī departe, susținênd nu numai că a produs tumori, dar că a putut să confere chiar imunitatea la animale.

Dar mai toți autorii ca Rappin, Schild, Frenke, Babeș etc. au găsit diferiți microbi și bacterii, fără însă a se stabili în mod definitiv natura parasitară a cancerului. Unii cred chiar, și între aceștia e Rosenthal, că toate aceste micro organisme sunt parașiți banali ce se află la suprafața pielii, descriși de Bizzozero sub numele de *Bacillus epidermidis*, și ca probă ar fi că nu-mai tumorile ulcerate posedă acești preținși microbi, pe când cele profund situate sunt cu totul scutite. Pe de altă parte Senger, care făcând 350 de inoculațiuni și toate cu rezultat negativ, impută descoperitorilor de bacili, greșeli tehnice, susținând și dînsul prezența unor microbi banali iar nici de cum specifici. Despre rolul coccidiilor am vorbit deja.

**TRATAMENTUL.** — Nu trebuie cătuși de puțin să ne amuzăm cu un tratament medical or-care ar fi el. Cel mult, în anumite cazuri și organe ca limba, putem da ca încercare un tratament antisifilitic, fără însă a persista mult în el, dacă rezultatele nu ne dau o satisfacțiune imediată.

Tratamentul chirurgical deci, constând în ablațiune totală a tumorei, însoțită și de estirparea ganglionilor corespondenți, chiar dacă i-am presupune sănătoși, este operațiunea cea mai rațională.

Trebuie însă să știm, că recidivele mai tot-d'a-una vin după un timp mai mult sau mai puțin lung; și de aceea vom căuta ca imediat după operație să obținem reunirea prin prima intenție, pe de o parte spre a evita întreținerea unei iritațiuni ce ar grăbi recidiva, iar pe de alta a ridica moralul bolnavului, vîzându-se lipsit de orî-ce rană și crezându-se pe deplin sănătos. Noi care susținem teoria localistă, recomandăm ablațiunea imediat ce am constatat tumora, chiar când asupra ei n'ar exista nici o îndoială de natura sa benignă, fiind convinși, că orî-ce tumoră lăsată în loc pôte lua caracterul malignității.

În ceia-ce privesce încercările ce s'au făcut acum în urmă mai ales de Mosetig, prin injecțiuni în interiorul tumorilor de substanțe colorante, în credința de a distruge celulele prin impregnarea nucleilor de aceste materii, a rămas o încercare cu totul sterilă și la care astăzi nici un chirurg nu se mai gîndesce.

În ceia-ce mă privesce, am făcut mai multe experiențe în această direcțiune, atît cu albastru de metil cît și cu carmin, fără

a constata însă absolut nu vindecări, dar nici chiar ameliorațiuni. De alt-fel, mai mulți medici de la noi între cari profesorul Assaky, D-r Calalb V., D-r Nanu în serviciul D-lui profesor Severénu, D-r Bianu la spitalul din Horez, au experimentat această metodă, nu însă cu rezultate încurajătoare, de ore-ce cu toții am renunțat la continuarea experiențelor ca și toți cei-alți chirurgi din streinătate, până și autorul însuși al descoperirii.

Iarăși ca specific contra tumorilor maligne, s'a recomandat de un medic german Lassar, întrebuințarea la interior a soluțiunilor arsenicale.

Mărturisesc că această idee, de și în aparență bizară, totuși poate mai târziu să jöce vre un rol, dându-se proprietățile antiseptice ale arsenicului. Nu mai începe îndoială, că tratamentul empiric ce constă în aplicarea pe tumori de o alifie secretă! conține ca bază arsenicul.

Am întrebuințat continuă acest tratament sub formă de licórea lui Fowler la interior, și chiar local într'un mare număr de casuri de cancer, dar absolutamente fără nici cel mai mic indiciu de ocețiune bine-făcătoare.

Nu scim ce va da încercările lui Mareau și Quinquaud cu acidul picric, lucrul e în studiu.

Trebue ore să mai menționăm tratamentul tumorilor maligne prin paste caustice, electroliză, masajii etc etc? Socotesc a ne pierde timpul în zadar și a ne încărea memoria în mod gratuit; de aceia nici nu le mai menționăm. Rămânem dar fixați asupra tratamentului chirurgical, ce trebue să consiste în extirparea cât se poate de precoce a tumorei și a ganglionilor limfatici, chiar când îi credem că sunt sănătoși.

---

## CHESTIONAR

---

Tumori epiteliale. Definiție.

Tumori epiteliale tipice, atipice și metatipice.

Adenómele. Definiția lui Cornil. Discuțiuni teoretice și clinice. Opiniunca lui Butlin. Caracterele clinice. Sediul. Forma acinósă, tubulósă și reticulată.

Epiteliom și carcinom. Considerațiuni generale istologice. — Istorical:

Thiersch. Teorii asupra carcinomului: Lebert, Broca și Follin. Teoria lui Virchow. Teoria lui Waldeyer. Cercetările lui Malassez.

Epiteliom propriu zis. Divisiune.

Epiteliom stratificat pavimentos și epiteliom cu un singur strat de celule cilindrice.

Sediul. Specii: epiteliom pavimentos lobulat și tubulat.

Caracterele epiteliomului lobulat, dispozițiunea stratelor epiteliale, glob epidermic. Varietăți.

Epiteliom mucos cornat sau perlat.

Epiteliom pavimentos tubulat. Caractere și varietăți.

Epiteliom cilindric. Caractere și sediul.

Varietăți clinice a epiteliomelor; formă tuberôsă, ulcerôsă și vegetantă.

Căile de infecțiune. — Prognosticul. Tratamentul.

**Cancer.** Definiție și caractere. Diferite specii și varietăți. Cancer encefaloid. Caractere. Varietăți: pultaceu, erectil, melanic, vilos și coloid. Cancer fibros sau schiros. Caractere. Varietăți. Cancer atrofic și in plastron.

Progresiunea Cancerului: I) Prin Kariokinesă, II) Prin extensiune discontinuă, III) Prin vasele limfatice, IV) Prin artere, V) Prin vene.

Caractere clinice: Consistență, perderea elasticității pielii, desvoltare de vene, mers repede. Distrugerea tegumentelor, ihorul canceros, dureri, prinderea ganglionilor, flegmatia alba dolens, Cachexie. — Carcinosa acută și Carcinosa miliară.

Diagnosticul. — Analisa sângelui și a urinei. Cercetările lui Lucke, Hayem și Quenguauad asupra raportului emoglobinei. Cercetările lui Rommelaère și Thiriar asupra micșorării excrețiunii urei. Diferite opinii.

Pognosticul în raport cu diferitele forme de cancer.

Etiologia generală a epiteliomelor. Statistică. Ereditatea. Influența regiunii animal sau vegetal, a sexului a ectopiei organelor.

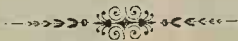
Influența iritațiilor cronice. Opinia autorului.

Patogenia epiteliomelor. — Teoria lui Thiersch și Conheim — Teoria parasitară. Probe clinice de auto-contagiune.

Probe experimentale. Experiențele lui Moreau.

Tratamentul chirurgical.

Incercările lui Mosetig și Moreau.



## CAP. II.

# TUMORILE CU TIPUL VASCULO- CONJUNCTIV

Celule țesutului conjunctiv se prezintă succesiv sub trei aspecte: celule rotunde, compuse de un nucleu și protoplasmă, având ca reprezentant globulul alb; celule lungite în formă de fus sau cu un aspect stelat, în cari protoplasma este mult mărită, și în fine a treia formă, unde celula se turtesce și ia sau caracterele unui țesut conjunctiv adult, sau de celulă adiposă, or de celule endoteliale ce câpturesc seroasele și vasele. De aci diferite tumori: *Sarcóme, fibróme, lipóme* și *endotelióme*.

Mixómele sunt formate de celule stelate or rotunde, înconjurate de țesut mucos.

Dar la țesutul conjunctiv se pot adăoga și alte elemente, precum cartilagiū, os, celule mari numite mieloplaxe, formând tumori conjunctive mixte.

Tot în această clasă se pune o altă serie de tumori, formate din țesut limfatic, numite limfadenóme. — Vom studia deci în clasa tumorilor cu tip vasculo-conjunctiv:

- |                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| I) Tumori conjunctive, embrionare | { Sarcom     |
|                                   | { Mixom.     |
| II) Tumori conjunctive adulte     | { Fibrom     |
|                                   | { Lipom      |
|                                   | { Endoteliom |
| III) Tumori cartilaginóse         | { Chondróme  |
| IV) Tumori osóse                  | { Osteóme.   |
| V) Grup a parte                   | { Limfadenom |

## I. DESPRE SARGOM

Din *σάρξ* carne, s'a numit ast-fel încă de Galien, care cel dintâiu, impresionat de asemănarea ce au aceste tumori când sunt tăiate cu aceia de carne, le-a dat acest nume. De sigur, sarcomul fasciculat a fost acela care a tentat pe Galien a introduce acest nume, căci dinsul, prin transluciditatea și formarea sa din fâșii mai mult sau mai puțin lungi, s'ar apropia întru câtva de aspectul cărnei musculare a omului. Billroth însă susține că sarcomul sémănă mai mult cu carnea de epure or de bróscă. Dar toate acestea n'au nici o importanță, microscopul arătând că nu există cea mai mică analogie între carne și aceste tumori sarcomatoase; numele însă luat din caracterele macroscopice fiind bine dat, s'a conservat prin obicei și azi.

*Ce este un sarcom?* Tumoră formată din celule embrionare pure, sau cari au trecut prin unele modificațiuni spre a deveni un țesut adult.

Este știut, că celula embrionară, formeză la început baza formațiunei, constituțiunei noastre, de unde și numele ce posedă; și că toate celelalte țesuturi nu rezultă de cât dintr'o anumită modificare și dispoziție a acestor celule, căci ele lățindu-se, subțindu-se, condensându-se etc. vor produce óse, mușchi, nervi etc. etc.

Ast-fel fiind, sarcomul după definițiunea dată, póte să fie format nu numai din celule pur embrionare, dar și din celule cu un început de dezvoltare, fără însă să atingă maximul său reprezentat în țesuturi definite, ci numai într'o periódă de evoluție.

Pus în aceste limite, sarcomul zice Billroth se póte apropia de ori-ce țesut: fie conjunctiv, cartilaginos, osos, muscular etc fără cu toate acestea să fie nici țesut conjunctiv pur, nici osos, nici cartilaginos or muscular.

Țesutul sarcomatos are o analogie fórte mare cu mugurii cărnoși simplii, ce ne presintă toate fazele de transformare ale țe-

sutului embrionar (Rindfleisch). Acésta idee este susținută și de Cornil și Ranvier.

În adevér, mugurii cărnoși aũ același țesut ca și sarcomul, adică sunt formați din țesut embrionar; și precum celulele acestor muguri se pot transforma în țesut osos, cartilagos etc. tot ast-fel și celulele sarcomului pot trece prin aceleași transformări. Și asemănarea e atât de mare, încât după Billroth, sarcomul se apropie foarte mult de neoplasia inflamatorie cronică.

Cu toate acestea, în mijlocul orii căreia asemănări, fie dinsa chiar microscopică, deosebirea este manifestă cel puțin ca clinică, căci țesutul inflamator are tot d'auna un sfârșit, adică saũ tinde a dispăre prin rezoluție, saũ a reproduce țesutul din care provine, mergând ast-fel către vindecare etc, pe câtă vreme sarcomul are o tendință neincetată a cresce în mod indefinit.

Dar acest mod de a vedea, astăzi este înlocuit prin teoria embriologică ce s'a aplicat tuturilor tumorilor.

Și étă cum trebuie considerat sarcomul după D-nu prof. Babeș: „Sarcomul este o tumoră de natura țesutului conjunctiv (parablastic) născând dintr'o dezvoltare rătăcită (atipică) a sistemului vascular, cu caracterul de a produce în mod progresiv elemente embrionare din cari se compun vasele “

Sarcomul din punctul de vedere istologic ne prezintă tumorile cele mai simple în ceea ce privește structura lor, căci aũ organizațiune cu totul embrionară, adică formate numai din celule mici, rotunde, așezate în mijlocul unei materii amorfe.

Aceste două elemente forméză baza structurii sarcómelor; și din diferitele lor modifițiuni, vor resulta tot atâtea varietăți. În general deosebim trei tipuri principale:

1.) Sarcóme unde celulele sunt mici, globuloase, rotunde, puțin ovale saũ ușor neregulate, analoge cu leucocitele. Celulele posedă unul saũ doi nucleii, iar acestia tot atâția nucleoli. — Substanța fundamentală intercelulară de și une orii abondentă, este însă foarte môle, și grație ei, celulele nefiind presate unele contra altora, își conservă forma globuloasă, fără însă a presenta vre-o arangiere particulară.

În fig 20 originală, luată din labor. prof. Obregia și desemnată de D-nu Tatușescu, se pôte vedea un model de sarcom globo-celular, având însă amestecate ici coela celule fusiforme.



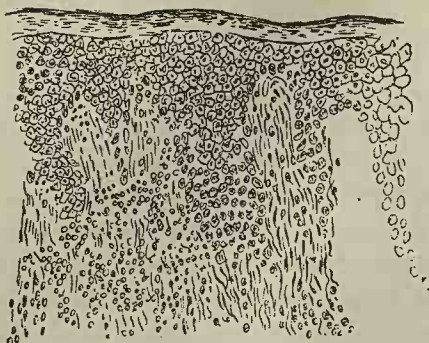


Fig 20.

Sarcom embrionar insofit de celule fusiforme (originală).

La acest tip corespunde sarcomul propriu zis, numit *encefaloid*, din cauza asemănării ce ar avea cu substanța cerebrală ramolită. Se mai numește încă de Robin *sarcom globulo celular*, iar de Lebert *tumoră embrioplastică*. Ele sunt caracterizate printr'o mare friabilitate a celulelor, și printr'o abundență considerabilă de vase. Când voim să raclăm aceste tumori prospete, pentru a

estrage sucul, celulele se rup foarte ușor, iar nucleii rămân liberi, fapt ce a făcut pe unii autori să admită existența de nucleii liberi, dar după cum vedem e un produs artificial, rezultând din distrugerea țesuturilor (Cornil și Ranvier). Raclând aceste tumori după 24 ori 48 ore, obținem un lichid abundent de o culoare alburie, miscibil cu apa, și în totul analog cu *ichorul canceros*, provenit însă numai din lichefacțiunea cadaverică a substanței intercelulare; răzuirea însă făcându-se imediat după estirpare, lichidul obținut e cu totul transparent și fără nici un caracter specific.

Vasele acestor tumori nu au părete propriu, ci sunt formate tot din țesut embrionar, și deci incapabile de a opune cea mai mică rezistență tensiunii sanguine. De aci dilatații varicoase sau anevrismatice, ruperi ușoare și formațiuni de chiști sanguini, ce se găsesc în mijlocul tumorilor; de aci emoragii, une-ori foarte tenace și venite în urma celei mai ușoare explorațiuni.

Al doilea tip: celulele în loc de a fi mici și rotunde, devin mai mari și se lungesc luând aspectul numit fuziform, iar substanța intercelulară, ia o consistență mult mai mare. Celulele se pun în contact direct unele cu altele, sunt prezate în diferite sensuri și silite a-și schimba forma primitivă, luând pe cea fusiformă și dând naștere unor fășii sau trabecule cari se încrucișează, se anastomoză, imbrățișându-se întru cât-va unele cu altele. Vasele au păreții formați de unul sau mai multe stra-

turii de celule fusiforme. Deci în acest tip, elementele sarcomului au tendință către formarea unui țesut adult, apropiindu-se mai ales de cel conjunctiv.

Din cauza dispoziției fusiforme a celulelor și juxtapunerea lor formând fâșii, aceste tumori au luat numele de *sarcom fasciular*, sau *tumori fibroplastice* numite de Lebert și Robin, iar de Germani *sarcom tare* sau *fuso-celular*. (Rindfleisch)

Celulele acestea, din cauza aspectului lor fusiform, au prin urmare o parte centrală sau corpul celulei care-i mai umflat, și două extremități subțiri și lungi, mai tot-d'a-una simple iar uneori cu ramificațiuni, prin care se anastomozază cu alte celule precum arată fig. 21 din Cornil și Ranvier.

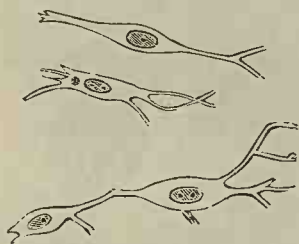


Fig. 21.

Celule fusiforme cu prelungiri ramificate și anastomozate provenite dintr'un sarcom.

De ordină, aceste fuso-celule sunt mici, une-ori însă au dimensiuni colosale, ceea-ce a făcut pe Rindfleisch să introducă alte două sub-divisiuni, de alt-fel fără mare importanță, de sarcom fasciular cu celule fusiforme mici și mari. Făcând o secțiune transversală a acestor tumori, fâșiile se prezintă sub formă de grămezi (tourbillon) risipite ici colea în mijlocul secțiunii și separate de diferite fâșii.

Al treilea tip, este caracterizat printr'o mărime excesivă a celulelor, pe când substanța intercelulară adesea lipsește sau e în cantitate minimă.

Forma lor e foarte neregulată și sunt provăzute de niște prelungiri număroase și cu nucleii de la 10 până la 20 și chiar mai mulți. Virchow numește aceste tumori sarcome *giganto-celulare*; iar Robin tumori în *plăci cu nucleii multipli* sau *mieloplaxe*, din cauza asemănării ce au cu cele ce se găesc în starea normală în măduva ăselor. Câte odată, pe lângă aceste celule gigantice ce sēmănă cu mieloplaxele, mai găsim alte celule mai mici, rotunde, cu nucleii limitați, apropiindu-se de medulocele, ce pot chiar întrece în număr pe cele dintăiu.

Tumorile formate din combinațiunea acestor două feluri de celule, adică mieloplaxe și medulocele, au fost numite de Paget și Verneuil tumori *mieloide*.

Unul din punctele cele mai importante ale acestor tumori este

tendența de a se vasculariza într'un mod prodigios: vasele devin așa de numeroase și dezvoltate, în cât se asemănă în totul prin bătăile lor pulsatile cu un adevărat anevrism.

Mallassez și Monod susțin că aceste vase provin chiar din mieloplaxele, ce ar avea proprietatea vaso formatrice.

Dar or cum ar fi, aceste vase fiind foarte friabile, se pot dilata și rupe cu cea mai mare înlesnire, iar prin anastomosele lor să formeze, după Cornil și Ranvier, un adevărat sistem cavernos, prin care sângele ar putea circula. Cu multă probabilitate, anevrismele óselor descrise de cei vechi, nu sunt de cât tumori mieloid.

Dați aci 2 figurî luate din Butlin (enciclopedie) unde se văd modele de celule și sarcom mieloid. (fig. 22 și 23).

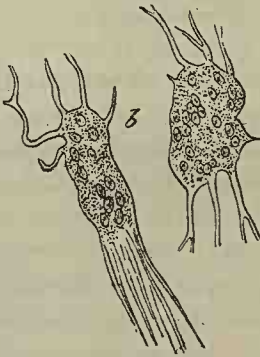


Fig. 22.

Celule gigantice sau mieloplaxele în sarcom (cu prelungiri).

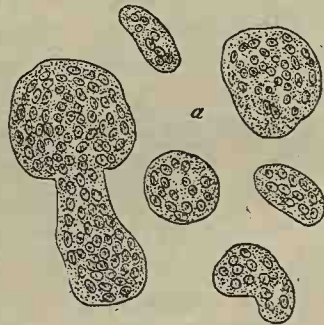


Fig. 23.

Celule gigantice sau mieloplaxele în sarcom (fără prelungiri)

Cât pentru aspectul sub microscop ce ne oferă niște asemenea sarcóme, se poate vedea în fig. 24 luată din Butlin.

Acestea sunt cele trei mari tipuri de sarcom, basate pe caracterul celulelor și a substanței intercelulare și în care intră: sarcom *encefaloid*, *fasciculat* și *mieloid*. Ca varietăți avem:

a) *Sarcom osifiant*, nu e de cât un sarcom mieloid, în care însă substanța intercelulară are tendința a se osifica, fără însă să ne prezinte nimic din sistemul osos normal: canalele lui Havers nu au nimic de analog cu acele linii osoase, cari în loc de a prezenta canale anastomotice cu corpusculi osoși normali, nu ne oferă de cât simple cavități ovoide sau sferice, fără pre-



Fig. 24.

Sarcom cu mieloplaxă sau mioide.

lungiri. Avem deci numai niște simple alvoole osoase pline cu țesut de sarcom mieloid, adică cu celule de medulocele și mieloplaxă.

b) *Sarcom nevroglic* este iarăși un sarcom encefaloid, dar al cărui țesut se aseamnă cu al nevrogliciei ce se află în sistemul cerebro spinal. Virchow le numește *gliome*, din cauza consistenței de clei ce au (Glue). După unii, celulele ar prezenta niște filamente fine și unite între ele, formând un adevărat reticulum ca și în limfadenom. Acest reticul însă după Cornil și Ranvier este un produs cu totul artificial, provenit din întărirea tumorilor în alcool și acid cronic; și ca probă este că acelaș reticul îl observăm și în alte sarcome întărite în diferite acide.

În orice caz, vasele acestor tumori ne prezintă deja o țecă, astfel în cât uneori ne este posibil a le separa.

c) *Sarcom angioliitic* este caracterizat prin prezența unor celule cu totul particulare, de o mărime colosală și de o formă neregulată și turtită, având centrul ocupat de un nucleu lenticular.

Cornil le compară cu un voal, se poate lesne îndoi sau desdoi ridicându-se de la un colț, precum arată fig. 25.

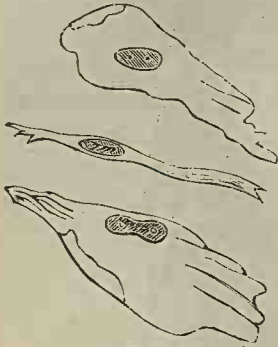


Fig. 25.

Celule de sarcom angioliitic. Prima celulă e văzută din față, iar a doua de profil.

ce posed, s'aū luat drept epiteliōme, atāt de Robin cāt și de Virchow.

Se susține însă că se deosebesc de ele, prin aceea că celulele nu sunt sudate între dînsele ca în epiteliōme, iar mugurii ce s'aū luat drept globi epidermici, sunt în raport direct cu vasele, cea-ce nu există în epiteliōme.

Aspectul microscopic ce ne oferă aceste tumori e reprezentat în (fig 26.) luată din Butlin.

Mai există încă alte varietăți, numite sarcom mucos sau gros, ce rezultă din degenerarea celulelor într'o substanță mucosă or grāsosă.

Când această degenerare e parțială, tumora ia numele de *Kistosarcom*; iar când e totală, de *kistōme*, rezultând din fuziunea mai multor kiști isolați și multipli.

Celulele sarcomului pot să se impregneze, adică să se adauge în interiorul lor diferite alte elemente, schimbându-le fisionomia fără însă ale distruge.

Numele lor însă provine de acolo, că vasele ce conțin, sunt formate după acelaș tip ca și acela din plexul coroid, adică prezintă în pereții lor niște muguri formați din celule turtite, unde se depun incrustațiuni calcare; de aci numele de sarcom angeolitic din ἀγγεῖον vas și λίθος; piatră.

Virchow le mai numesce *psammōme*, cea-ce însemnează nisip, și care formeză incrustațiuni calcare în centrul fie cărei celule. Aceste tumori, din cauza celulelor sale, asemănându-se cu celulele endoteliale ale vaselor, precum și din cauza mugurilor vasculare

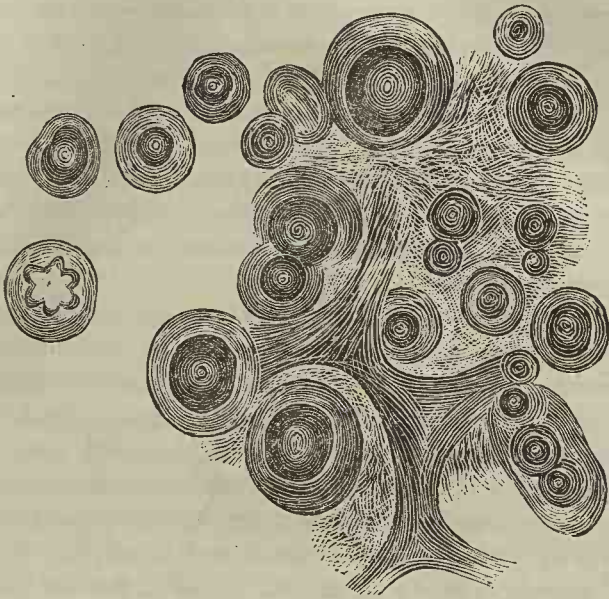


Fig 26.

Psamom. Porțiunea centrală a fie cărui glob e calcară.

Ast-fel ele pot să conție celule de grăsime sau materie pigmentară, de unde va resulta următoarele varietăți:

*Sarcom lipomatos*, caracterisat prin prezența de picături grăsoase în celulele sarcomului. Acastă supra-adăogire însă nu împedică întru nimic dezvoltarea regulată a celulelor sarcomatoase, așa în cât, departe de a se distruge, ele continuă a trăi și a se desvolta, ceia-ce tocmai constituie deosebirea între o degenerescentă grăsoasă ce este rezultatul transformării sau distrugerii celulare în acest țesut. Cu alte cuvinte, în degenerescentă, celulele încetând de a trăi, produc acest țesut prin mórtea lor; pe câtă vreme în sarcomul lipomatos, avem o adăogire a acestui element, care crește împreună cu celula însăși. Din această cauză dinsele iaă un aspect mai mare și devin mai gróse, pântecel lor devine mai umflat, iar nucleul împins către periferie,—probabil din cauza presiunii ce suferă din partea picăturilor de grăsimi ce se găsesc în număr mai mult sau mai puțin mare în interiorul celulelor.

*Sarcomnt melanic* este caracterisat prin prezența în interiorul celulelor sarcomatoase, de granulațiuni pigmentare în gene-

ral negre, de unde numele lor din: μέλας — negru. Sarcomul fasciculat se crede a fi cel mai susceptibil de această transformare.

Förte rar se întâmplă ca toate celulele unui sarcom să se impregneze de o dată de această pigmentație. In general, colorațiunea se face încet și treptat, începând mai întâiu împrejurul nucleului, și tocmai în urmă copleșește substanța fundamentală, adică protoplasma; în casuri mai rari, însuși nucleul se poate pigmenta.

Unii cred că această substanță neagră numită *melanina*, provine din extravasațiuni sanguine, și anume din emoglobină. Se deosebesce însă de acesta din urmă, întâi, că colorea neagră venită în urma unei extravasațiuni, apare după ce mai întâi sângele a trecut prin diferite colorațiuni, adică galbenă, roșiatică, roșie și în urmă neagră; pe câtă vreme nucleina de a dreptul este neagră; al doilea, emoglobina conține sulf și fer, iar nucleina numai sulf; și în fine că acidul sulfuric și amoniacul nu au nici o influență asupra granulațiunilor pigmentare, pe când dinsele atacă emoglobina. Deci melanina se deosebește de pigmentul fals său ematic provenit, din transformațiunea sângelui extravasat, considerându-se ca o elaborațiune proprie a celulelor. Acest fel de sarcom se găsește în special în piele, în globul ocular etc.

In fine mai putem adăoga încă o varietate, de *sarcom papilar*, caracterizat prin forma sea, ce se apropie de a unei papile, ce apare când se desvoltă pe mucosă sau piele. Tipul lor ni-l oferă vegetațiile, cari după Billroth însă, sunt niște produse sifilitice sau blenoragice, iar nu de natură sarcomotösă.

**CARACTERELE CLINICE.** — Sarcómele se pot observa în ori-ce etate, unele putând fi chiar congenitale. Etatea medie e mai predispusă, fără însă a nu se putea observa pe copii și chiar bătrâni, ce pot deveni victima acestei bóle chiar la vârsta de 70 și 80 de ani. Am arătat deja că sarcómele, sunt clasificate de unii autori ca formând linia de dermacație între tumori benigne și maligne. In adevăr, une-ori aceste tumori, probabil în urma desvoltărei unui țesut conjunctiv și a unei capsule de înveliș, pot de multe ori să rămâie staționare; alte óri însă, aceste barierei neputându-se efectua, sau fiind distruse de progresiunea repede a neoplasmului, proliferațiunea celulelor embrionare nu întârzie a copleși țesuturile vecine, și a lua ast-fel caracterele

maligne. Infecțiunea când se produce, se face în mod foarte repede, prin faptul că dînsa se efectuează prin mijlocul capilarelor și a venelor, iar nu prin limfatice ca în epiteliome. De aceea de multe ori, în sarcóme indivizii pot muri foarte repede în urma unor embolii pulmonare, mai cu sémă după operațiune, și atunci când cu câte-va zile înainte bolnavul nu ne presenta nimic de bănuít. Prin urmare, trebuie să fim foarte circumspecți în prognosticul acestor tumori, mai ales când își au sediul în sistemul osos și în glande ca mamelă, testicul etc. Sarcómele, în afară chiar de casurî maligne, dar lăsate la mersul lor natural, pot prin creșterea și volumul ce capătă să determine subțiimea, perforarea și ulcerarea tegumentelor, și să fie punctul de plecare al unei infecțiuni.

Pentru restul clinic al simptomelor sarcomului, vom zice împreună cu Butlin, că e imposibil a da e descrițiune generală a caracterelor sale, ce sunt supuse la atâtea variațiuni, depinzând de sediul tumorii și alte condițiuni reunite.

Cu tóte acestea, când o tumoră ne va oferi o inegalitate de consistență, o creștere repede, absență de simptome inflamatorii, une-ori prinderea ganglionilor, tendința părților bolnave de a deveni din ce în ce mai puțin mobile, sediul tumorii în anume regiuni ca extremitatea superióră a gambei la copii, regiunea claviculară și sternală la adulți, glanda mamară la femei între 30—40 ani, multiplicitatea tumorilor pe tegumente (sarcomotosă) etc. etc., e multă probabilitate în aceste casurî, că tumora ce ni se presintă va fi un sarcom. Dar încă o dată, nimic de pozitiv. Acésta însă, fie zis în trecăt, importanța mare nu jócă, căci conform principiilor ce avem, diagnosticul diferențial între tumori foarte adesea e inutil, tratamentul fiind unul și acelaș : ablațiune complectă și precoce a ori-cărei tumori, care în sumă însemnăză prost lucru pentru bolnav!

**DIAGNOSTICUL** se face mai ales între tumorile maligne : Sarcomul benign e mobil, pielea neaderentă și fără prelungiri în țesuturi, bine limitat și fără resunet în gangliom. În cas contrariu, când dînsul ia forma malignă, deosebirea e foarte minimă. Totuși, cancerul va avea o consistență mai tare și un volum mai mic, pe când sarcomul are o consistență mai mólă și un volum mai mare.

Din punctul de vedere practic însă, tóte acestea dupe cum a-



rătarăm n'au importanță, tratamentul fiind acelaș. Vom lua însă în considerație, că sarcomul se desvoltă mai ales pe indivizii tineri și în anume organe ca: rinichii, ochii, testicul, cerebru, bășică etc. Tóte cele alte cauze ca ereditatea, traumatismele locale etc. etc., sunt aceleași ca în ori-ce tumori.

Ar mai trebui lămurită chestiunea absenței prinderii ganglionilor, ce în majoritatea casurilor e caracteristică sarcómelor, formând chiar un semn patognomic în stabilirea diagnosticului diferențial între aceste tumori și cancer. Pentru ce acest lucru? E probabil, după cum susține Butlin, că sarcomul nu se desvoltă în elementele epiteliale a glandelor precum face cancerul, ci în afară de ele, în țesuturile circumvecine, în țesutul conjunctiv; așa că dinsele (Sarcómele) desvoltându-se, prin creșterea lor determină o sufocație a limfaticelor, și astfel produsul elementelor sale constitutive, mai ușor distrug tegumentele de cât străbat limfaticele. Lucru cu totul invers în cancer, unde cu tot volumul lor mic, totuși se însoțesc de ganglionii mari și fără nici o ulceratie a pielii. Și exemplul cel mai clasic îl avem în mamelă, ai cărei ganglionii sunt cu totul normali de și dânsa e copleșită de sarcóme de mărimea unui cap de făt; pe când un mic schir, se însoțește de ganglionii de un volum mult mai considerabil ca tumora primitivă. În schimb însă, sarcomul se propagă mult mai ușor prin vene, ceia-ce nu 'l face mai puțin malign ca cancerul.

**TRATAMENTUL** este pur chirurgical, constând nu numai în ablațiunea tumorei când e în părțile moi, dar chiar în disecțiunea membranei de înveliș saú a sacului, care tot-dea-una lăsată în loc, e punctul de plecare al recidivelor.

Când e vorba de sarcom al óselor, mai tot-dea-una trebuie să recurgem la amputația membrului, singura ce ar garanta ca recidivă să nu apără.

## II. DESPRE MIXOAME

Acestea sunt tumori formate tot din celule ca și sarcómele, dar al cărui țesut inter celular, adică substanța fundamentală, are un caracter mucos.

Dinsele au fost ast-fel numite de Virchow, din cauză că ele conțin multă mucină (μίξζ mucus).

În mijlocul acestei substanțe mucóse se găsesc celule, cari pot fi de două feluri; unele rotunde și isolate, iar altele stelate, când sunt mai mult sau mai puțin anastomosate între ele și cu lungi prelungiri.

Aceste tumori ni se prezintă sub o formă mólé, semilichidă, fluctuantă și de o aparență gelatiniformă.

La secțiune sunt incolore, sau cu o nuanță galbenă or cenușie, dar mai tot-d'a-una transparente.

Tumora póte fi cu totul omogenă, sau divizată prin fâșii fibroze, ce o separă în unul sau mai mulți lobi. Aspectul microscopic e reprezentat în figura 27 luată din Butlin.

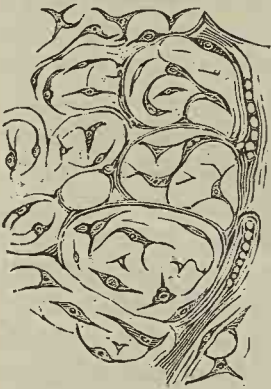


Fig. 27.

Mixom hialin, dezvoltat, în țesutul conjunctiv sub cutanat din jurul unghiului maxilarului inferior.

De un volum în general mic, se pot întâlni în țesutul celulo conjunctiv sub cutanat, și în diferite organe ca mamelă, glandele salivare, fosele nasale sub formă de polip, și chiar în placentă formând mola idatică.

Dacă le tăem or le răzuim, se scurge o substanță galbenă transparentă, ce seamănă foarte mult cu o soluțiune gomósă; nu conține însă nici o dată suc lăptos, dar au o rățea vasculară foarte abundantă, pe când trama lor e cu totul laxă. Mai observăm încă faptul, că celulele acestor tumori de diferite forme, sunt palide și cu contur rău indicat, din cauză că le vedem printr'o substanță refringentă, cea-ce a făcut pe unii autori să susție, că mixómele sau tumorile coloide ar fi lipsite de celule.

Dinsele în clinică ni se oferă ca tumori moi, palide, polipóse, umplând cavitățile nasale, și putându-se desvolta pe nervi, glande, țesut, conjunctiv, óse etc. Dinsele ne oferă tóte caracterele unor tumori benigne, contra cărora însă trebuie să lucrăm, ca și la cele maligne: adesea fiind capabile de a recidiva chiar după o extirpațiune în aparență totală.

### III. DESPRE FIBROAME

Tumori formate exclusiv din fibre conjunctive ajunse la o desvoltare complectă, formând fășii separate, celule turtite, ramificate și anastomosate între ele.

Numele de fibrom a fost propus de Verneuil, pe când Paget susține a i se da numirea de *inoma*, din grecescui *ivoc*; fibră.

Caracteristica fibrómelor după Cornil și Ranvier, este de a fi formate numai din țesut conjunctiv și în conexiune cu celulele, prin prelungirile lor, fără însă să conție în alveole absolut nici un alt-fel de celule, căci numai ast-fel se pot deosebi de cancer, lipóme, mixóme, etc, etc. Tipul acestor tumori se arată în fig. 28 din Cornil și Ranvier.

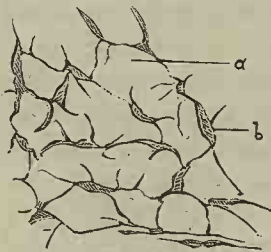


Fig. 28.

Secțiunea unui fibrom a) fășii de fibre tăiate transversal. b) Celule conjunctive anastomosate.

Avem 2 forme de fibróme: *Tumori fibróse moi și tumori fibróse tari* (fibroid).

1) *Cele moi*, numite și tumori ale țesutului conjunctiv prin eselență, sunt foarte frecvente, și aű sediul aprópe exclusiv în piele.

Ele sunt formate din fibre lungi și încrucișate într'un mod foarte neregulat. Lichidul interpus între aceste fibre este într'o cantitate destul de mare; de aci și consistența lor móle. Când presăm o asemenea tumoră, obținem un lichid transparent, galben și foarte adesea lipicios, care nu e de cât lichidul propriu al tumorei.

Acest lichid se p te colecta, formând ast-fel kişti de un volum variabil şi cu un conţinut gelatiniform.

Ptintre aceste fibre găsim nucle , granulaţii moleculare, elemente celulare şi fusiforme, grăsime şi chiar greunţe calcare.

După Billroth, s'ar putea numi iperplasie parţială a pielei, pentru-că sunt constituite exclusiv din elementele acestui organ. A  forma unei tumori m le at rn nd  şi manifest pediculată (*cutis pendula* sau *moluscum fibrosum*). Adesea congenitale, m i ales acelea ale feţei când a  aspectul unor creşte de cocoş (naevi cu păr şi pigmentaţi); se observă la feme  pe buzele cele mari precum şi pe restul corpului în cantitaţi enorme. Ele constau dintr'un ţesut conjunctiv lax, şi pe suprafaţa lor constatăm m i tot d'auna papile ascuţite, chiar c nd se găsesc în regiuni unde în piele nu există papile în stare normală.

De asemenea putem găsi şi vase, cari câte odată ia  o dezvoltare f rte mare.

E de observat că în nivelul acestor tumori, nervii şi glandele sebacee ia  o dezvoltare anormală.

II) *Tumori fibroze tari* sau fibroizi, sunt compuse din ţesut conjunctiv f rte dens, de unde provine şi tăria lor.

Ele constau câte o dată din fibre concentrice unele în jurul altora. Ac st  dispoziţiune după Billroth rezultă de acolo, că ţesut fibros se form z  în jurul nervilor şi al vaselor; fapt care ne explică pe de o parte prezenţa acestor organe în mijlocul unora din aceste strate concentrice, iar pe de alta că nervii sunt adesea coplesii, de unde o sensibilitate considerabilă a tumorilor.

Alte défi însă, în loc ca aceste fibre să fie concentrice, sunt încrucişate într'un mod f rte neregulat. Printre aceste fibre strimte şi lungi găsim nucle , gr nulaţiuni, elemente celulare şi fusiforme, precum şi grăsime sub diferite forme.

Din aceste diferenţe de compoziţiune a acestor tumori, rezultă dificult ti în ceia-ce priveşte locul ce ele trebuie să ocupe în sistema de clasific ţiune.

De sigur, acele tumori, ce constau dintr'un ţesut dens, precum vechii fibroizi ai uterului, întră fără discuţiune în clasa fibromelor; dar sunt alte tumori, cari cu t te că a  aceleaşi caractere exterioare şi aceiaşi consistenţă ca şi primele, nu conţin însă m i de loc ţesut conjunctiv, ci numai celule fusiforme.

Explicaţiunea acestor celule e diferit .

Virchow le consideră ca elemente organice stabile, ca fibrocelulele musculare. De aceea el nici nu pune fibroizii uterului pe lângă miomi sau mio-fibromi. De alt-fel, deja Lebert, examinând tumorile fibróse ale uterului și a anexelor sale, și găsiind în aceste tumori fibro-celula ce se găsește în mușchii vieței organice, conchise la existența unei specii deosebite de tumori fibróse.

Pentru Rindfleisch însă, aceste fibro-celule nu sunt câtu-și de puțin organe stabile, ci numai un grad în seria evolutivă a țesutului conjunctiv, așa că ele pot să rămâe staționare sau să se transforme în țesut conjunctiv. Billroth este tot de această idee; de asemenea și Follin.

Prin presiune facem să iasă din intervalul fibrelor ce constituie fibromul, un lichid transparent, galben și foarte adesea lipicios, care câte o dată se colectează sub formă de Kiști.

Aceste tumori pot suferi diferite metamorfoze, precum cretifi cațiunea, osifi cațiunea etc.

Ele se pot ulcera, în urma căroră póte chiar să se cicatrizeze.

De și puțin vasculare, totuși une-ori posedă o răția cavernósă, de unde ies vene mari și numeroase, formând fibrómele erectile.

Ele pot da nascere la emoragii foarte mari, din pricina aderenței vaselor, cari ast-fel o dată deschise nu se mai pot contracta.

Asemenea tumori când ies dintr'o cavitate, se numesc polipi, precum: polip fibros al uterului, polip nasal etc. Iar când se află pe piele, se numesce Keloid (χηλῖ-picior de rac) care e un nume impropriu.

Periostul ca și ósele (max. super) sunt adesea coprinse de această bólă; vine apoi periostul tibiei, claviculei, ósele craniului, ale feței și în special fața inferióră a sfenoidului. In acest din urmă cas, tumora iese din craniu sub formă de polip în fosele nasale și în farinx.

Fibrómele se pot desvolta și în trunchiurile nervóse (nervóme); și când sunt formate numai din elemente nervóse se chiamă nervom adevărat.

Din punctul de vedere al caracterelor clinice, acestea vor varia după sediul și felul fibromului; une ori putând fi móle, quasi fluctuent, iar alte dăți consistent și foarte tare.

Sediul său de predilecțiune fiind in mamelă și testicul, se va

caracterisa prin aceia, că fibromul formeză în general o tumoră mică, nodulară; bine circumscrisă, mobilă și ast-fel limitată, în cât se pôte apuca între degete. Forma sa rotundă, indolența, absența ganglionilor, neaderența pielii și desvoltarea pe femeii în general tinere, vor constitui tot atâtea elemente ce vor inclina către o tumoră benignă, către un fibrom. Să nu uităm, însă că aceste tumori foarte adesea îmbracă haina sarcomului, și deci să fim foarte rezervați în stabilirea pronosticului dar foarte largi în extirparea sa.

## VI. DESPRE LIPOM (*Λίπος* grăsime)

Tumoră formată prin desvoltarea anormală și limitată a țesutului gresos.

Caracteristica lipomului este de a fi limitat prin o capsulă de înveliși; căci la contră, grăsimea fiind respândită formeză lipomul difus, ce constituie o obezitate locală. Ast-fel la unele femei, grăsimea desvoltându-se prea mult în părțile abdominale și nefiind limitată, ocupă totă această regiune aducând o diformație a pântecelui. Și tocmai acesta e motivul că sexul frumos, din punct de vedere estetic, ar suferi or ce operațiune. Din parte 'mă, am operat în 1889 un preot cu un lipom difus enorm al cefei, ce se întindea de la protuberanța externă a occipitalului și ambele apofize mastoide, mergând în jos pe părțile laterale ale gâtului pină la umeri. Din cauza incomodității și a aspectului urât semănând cu ceafa unui bou ce trage la jug, bolnavul a pretins operația; am extirpat printr'o incisie ovalară totă această masă gresosă prin disecție, rămând în loc o mare cantitate de piele. Aș fi dispus, ca prin incisiu verticale și succesive să extirpez grăsimea abdominală. E de temut însă că cicatricile să nu se transforme în keloide, precum s'a întâmplat la un pacient Frăsineanu, de și reunirea tuturilor incisiilor s'a făcut per primam.

Aceste tumori par a avea o vitalitate independentă de nutrițiunea generală, așa că adesea ómeni foarte slabi, posedă lipóme foarte enorme precum e casul nostru arătat în fig. 29, 30 și 31.



Fig. 20.

Lipom enorm al cefei văzut de profil, datând de 16 ani. (obs. personală).

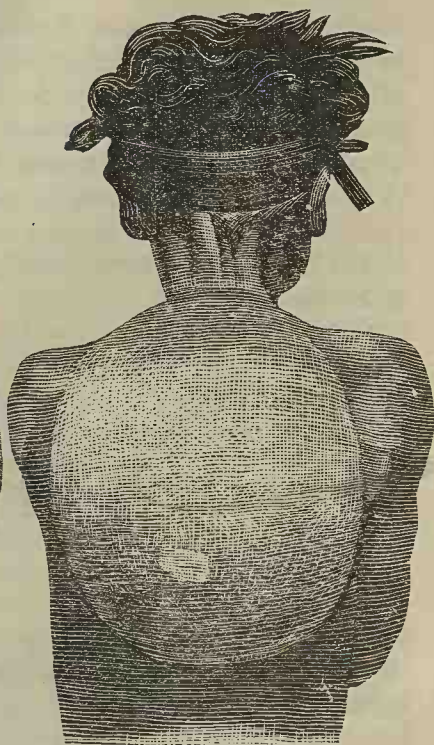


Fig. 20.

Același lipom văzut de față.

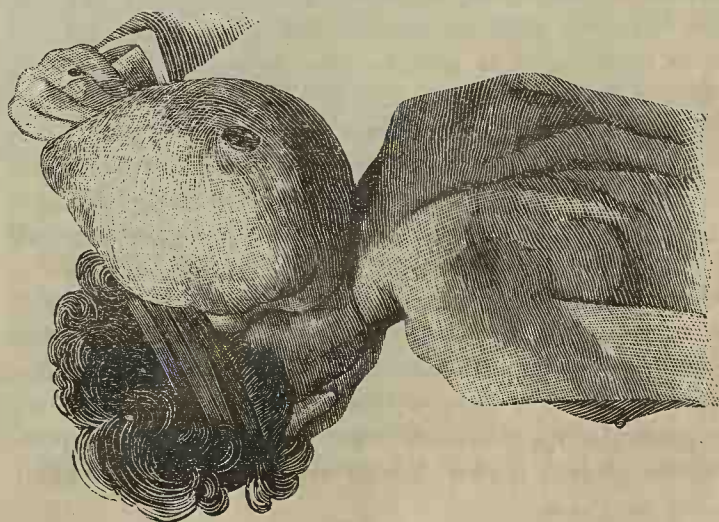


Fig. 31.

Același lipom al cefei ridicat spre a se vedea pedicelul.

E vorba de individul Gheorghe Mogosianu, țigan din Roman, în etate de 45 ani, care fiind de o slăbiciune foarte mare până la o adevărată emaciare, posedă însă un lipom al cefei enorm, având diametrul long. 48 c. m., circumferința 76 c. m. iar pediculul de 42 c. m. Dupe extirpare a cântărit 10 kilogr.

Lipomul se observă mai pretutindenă afară de mâini și picioare unde se întâlnește foarte rar.

Cu toate acestea, Follin a observat lipome pe fața antero-latero-dorsală a degetului mediu; Robert, pe fața palmară a mâinei; Liston, pe nas; Delpech, în grosimea buzelor mari, iar Pelletan în despărțitorea recto-vaginală.

Nelaton a găsit lipom în grosimea óselor, iar Jobert de Lamballe în maxilarul inferior.

În fine s'a observat în țesutul sub mucos al tubului digestiv, sub seróse etc.

În general sediul lor e în țesutul celular sub cutanat. Cu toate acestea, unele se găsesc și sub mușchi și chiar în grosimea lor, ca în limbă, biceps etc.

De volum variabil, poate lua dimensiuni colosale ca în observația noastră; de consistență medie și mai des solitare, une-ori lipomul e multiplu și chiar simetric. Broca a numărat până la 2000 pe același individ (!?)

E de notat însă că aceste lipome deși multiple, foarte rar sunt simetrice. Am observat însă pe individul C. Frasinianu căruia i-am estirpat 16 lipome mici situate pe torace, abdomen și lombe, dar dintre cari 4 erau simetrice, adică câte două pe fiecare margine internă a ante-brațelor.

Iarăși vom nota, că de și în majoritatea casurilor aceste tumori au tocmai drept caracter esențial de a fi cu totul indolente, totuși une-ori devin foarte dureroase, ceea ce constituie o indicațiune precisă pentru extirpare. Ast-fel a fost cazul nostru unde individul era foarte nervos și a stăruit în mod deseserat a i face operație, din cauza durerilor.

Raporturile sale cu cele-lalte organe sunt: său se confundă cu țesutul celular al regiunei, său e separată printr'o capsulă fibrósă.

În interiorul lor, putem observa ȳesicule de cristale steliforme de margarină (efectul răcirei). Celulele grăsoase sunt așezate într'o masă omogenă său sunt dispuse în grupe reprezentând lobi



piriformă sau ovalară, or în fine iaă o dispozițiune de foi imbricate una peste alta în formă de straturi. În fig. 32 desemnată dupe natură de d-nu Minovică, se vede în mod foarte clar atât capsula de înveliș cât și dispoziția lobulilor gresoși semănând ca niște ciucuri.



Fig. 32.

Aspectul macroscopic al unui lipom aparținând individului din fig. 29. (originală).

- A. Capsula de înveliși.  
B. Lobuli gresoși

conține vase sanguine.

Acest înveliș lesne se poate separa de masa gresosă, afară numai când tumora a fost sediul unui travaliu inflamator.

Când țesutul celular ce separă lobuli gresoși nu e mai dezvoltat, atunci avem lipom simplu; la din contra fibro-lipom.

Aspectul ciuruit în fosete al pielei ce învâlește tumora când e subcutanată, rezultă din aceea că în casurile acestea, lipomul contractează aderențe mai intime cu pielea în nivelul spațiilor lobulilor săi gresoși. De aci rezultă că în dreptul acestor puncte, pielea fiind trasă în năuntru ne dă acele mici gropițe cu un aspect de cōje de portocală întocmai ca și în cancer.

În general lipomul formeză o masă plină; câte o dată însă se observă o cavitate centrală.

Când sunt sub cutanate, lipόμεle pot respinge tegumentele, să se pediculizeze și chiar să se deplaseze apărând ast-fel în regiuni depărtate. Paget citéză un lipom al scrotului și perineului, care cu zece ani mai nainte, se afla în partea superiōră a cōpsei.

Verneuil a demonstrat că vesiculele gresoșe din lipom sunt mai mari ca cele normale; în acelaș timp sunt și mai transparente și cu un contur mai delicat. Fig. 33 și 34 desemnate de d-nu Tătusescu reprezintă aspectul microscopic al unui lipom.

Compoziția lipomului constă într-o masă de țesut adipos, ale cărei celule sunt separate de un țesut conjunctiv, și totul înconjurat sau învelit de un țesut celular, care

Ele sunt supuse la diferite alterațiuni precum: inflamație, ulceratie, îndurație parțială, osificații și chiar formare de Kiste și abcese centrale.

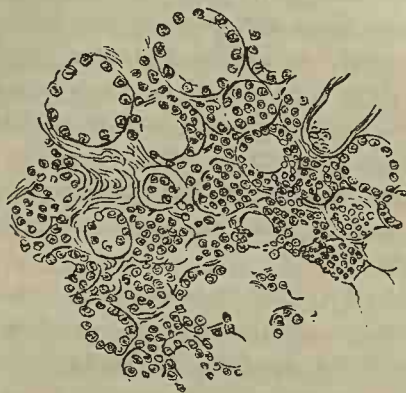


Fig. 33.  
Secțiune microscopică de lipom. (originala).

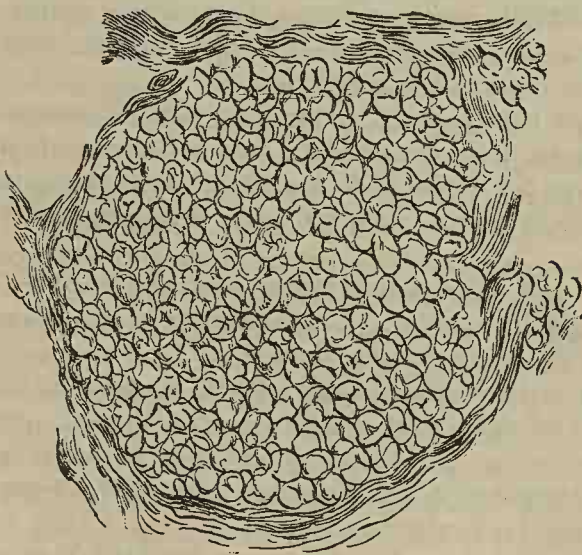


Fig. 34.

Secțiune microscopică al unui lob din Lipomul fig. 30. Grăsimea s'a dizolvat prin alcool; împrejur se vede fâșii de țesut conjunctiv limitând lobul gresos. (originala).

Ast-fel Broca ar fi observat un lipom din regiunea frontală ce posedă în centru o cavitate fără lichid, dar în care s'au găsit un mare număr de mici corpi pediculați fibroși; iar Gosselin a arătat indurațiuni osificate în grosimea lipomelor.

Origina lipomului după unii, provine din țesut embrionar sau mucos, ale căror celule se umple cu picături gresose. — Alții însă cred că provine dintr'o exagerațiune vasculară prealabilă, determinată în urma deselor presiuni sau ușore inflamațiuni locale, ca la cei cari pörtă greutatea pe cefă, claviculă etc, precum și pe regiunea fesieră la călăreți. Să adaogăm încă lipómele herniare observate încă de mult de autori, în urma aplicărei de aparate rău făcute.

În aceste puncte, dezvoltându-se la început un țesut embrionar și vase de neformație, grație micelor contusii determinate de frecarea sus numitelor aparate ca bandage, cobiliță, bretele, șiaua de cal etc., dau mai târziu nascere la lipom — și ca probă și mai evidentă, ar fi dezvoltarea lipómelor pe tumorile erectile congenitale, tocmai din cauza prezenței unui exces de vase și deci de lichid nutritiv.

**DIAGNOSTICUL** este ușor. Pe lângă caracterele ordinare semnălăm: senzațiunea ce încercăm de o masă compusă de granulații însoțită de o adevărată crepitație.

Intinzând bine pielea, putem vedea cum se desemneză mici lobuli gresosi. Dezvoltarea lentă în general, mersul însă e caprițios: așa pot cresce foarte repede, fie în urma supresiunii regulilor, fie în timpul alăptărei, fie în urma unui exces de vin. (Brodie).

Câte o dată au un pedicul format de vasele sanguine; alte dăți însă nu are, din cauză că vasele străbat în lipom prin mai multe orificiuri ale învelișului său fibros.

Procedeul lui Nelaton pentru a stabili diagnosticul între lipom și encefaloid sau tumori liquide, ca abces rece, etc., constă de-a introduce un ac lung; dacă putem imprima instrumentului o mișcare completă de circumducție, tumora nu e lipom.

*Tratamentul* constă în extirpare.

Procedeul lui Baunet de Lyon prin sdrobirea tumorii cu secțiunile sub cutanate, precum și al lui Jobert de Lamballe prin divisarea în două a tumorii printr'o incisie sub cutanată, sunt foarte rar întrebuintate.

Cea mai bună metodă decî este extirparea printr'o incizie verticală și pôte chiar eliptică, dacă tumora e prea voluminosă, spre a nu lăsa o prea mare cantitate de piele atârîndă. Dupe incizie, vom căuta a enuclea tumora mai mult cu degetele, avîndu-i baza în mîna stîngă, pe care comprimînd-o, adesea tumora ese întocmai ca un sîmbure de cirêșă. Vom evita disecțiunii prea minuțioase spre a nu aduce o subțiuine prea mare a pielii ce ast-fel ar putea cădea în sfacel. In cas de pediculizare a tumorei, vom fi atenți, aplicînd la trebuință câte-vă legături pe pedicul care une-orî e fôrte vascular.

Dacă însă extirparea lipomului este pot zice o operație de mică chirurgie în majoritatea casurilor, nu este însă tot ast-fel cu lipómele cefeî carî sunt fôrte vasculare. Dar acêsta încă n'ar fi nimic în comparație cu ceea ce se petrece cînd aceste tumori iaú o dezvoltare ca cea arătată în figurele nóstre. E enormă vascularitatea în asemenea casurî și mai presus de or ce mijloc emostatic. Este știut de alt-fel, că în aceste tumori țesutul fibros ia o dezvoltare fôrte mare, așa în cât vasele o dată secționate rămân deschise și sîngeréză întocmai ca un țesut cavernos. Am rēmas surprins într'un cas identic cu acesta, și unde de și nu se făcuse de cât o simplă secțiune a pielii, emoragia însă a fost așa de mare că s'a aplicat peste 100 pense emostatice, ceia ce a și făcut a se întrepruce operația. Reamintindu'mî de acest cas, n'am întreprins operația pe individul meú, de cât după ce am aplicat o forte legătură elastică pe pedicul, după care apoi extirparea am făcut-o fără sînge, cu totul pe cale uscată.

Mai recomand încă a se lua cele mai mari precauțiuni anti-septice, căci cea mai mică neglijență devine fatală, individul putînd să móră de o septicemie supra acută, în urma absorpțiunei microbilor de aceste sutimî de vase ce rēmán deschise.

Încă un lucru fôrte important este a nu ne felicita prea mult și a fi siguri de succes dupe ablațiunea tumorei, căci individul pôte muri fôrte repede, tocmai cînd nu ne așteptăm. Și din ce causă? Eú cred că ridicînd niște asemenea tumori enorme, sustragem individului o prea mare cantitate de sînge, care, dîndu-se mai ales conexiunea tumorei cu vasele pielii capului, pôte să aducă o anemie cerebrală, iar de aci un șoc, din urma căruia individul pôte muri, cu atît mai mult dacă dinsul va fi și slăbănog.

Ast-fel era să se întimplă cu pacientul meu. Eram în adevăr foarte liniștit vedând că tumora am extirpat-o absolut fără nici o scurgere de sânge. Dupe o oră însă fiind a vedea bolnavul, l-am găsit în mijlocul celui mai complet șoc și amenințat de o morțe sigură: era insensibil, pulsul dispărut, corpul rece și cu sudori, privirea rătăcită și fără reflex cornean. Două ore m'am luptat cu dînsul, întrebuițînd flagelație, masagiū, injecțiuni cu cafeină, eter, plosci cu apă ferbinte, și abia l-am readus la viață. Cred dar că acest șoc a provenit numai din sustragerea acelei mari cantități de sânge aflat în tumoră, căci ca anestezie nu luase de cît vre-o opt grame de cloroform.

Cu altă ocazie, sunt dispus și propun chiar, ca înainte de operație să se exercite pe tumoră o compresie cu banda elastică spre a împinge sângele din tumori, după care apoi aplicînd o legătură la bază să procedăm la extirpare. O singură contra-indicație ar fi: dacă am avea o degenerescență sarcomatósă a tumorei or ar fi însoțită de alte complicații ce s'ar opune la introducerea în organism a unui sânge viciat. — În or ce cas, trebuie să ne gîndim la prevenirea șocului.

## V. ENDOTELIOAMELE

Endoteliómele sunt tumori formate din celule endoteliale, dezvoltându-se pe seróse și în special pe arachnoidă. Ele se apropie foarte mult de sarcómele fibro-plastice sau angiolitice. Aū un interes mai mult anatomo-patologic.

## VI. DESPRE CHONDROAME

Tumori formate de țesut cartilaginos.

Aceste tumori se dezvoltă excesiv de rar pe cartilajele persistente. Cu toate acestea se pot vedea uneori pe cartilajele costale, și cărora Virchow le-a dat numele de *ecchondrose*, ce rămân sub formă de noduli mici, și se crede a fi sub dependența rachitiomului. Când se dezvoltă în interiorul óselor se numesc *enchondrome*, iar când ocupă numai periostul său părțile moi — *perichondrome*.

Chondrómele pot conține sau țesut cartilaginos propriu zis, format din celule conținute și separate de o substanță omogenă numită *hialină*, sau din varietatea de cartilagiu numită *fibro-cartilagiū*, ale cărui celule sunt separate de o substanță densă, de aspect fibroid. De aci *chondrom hialin* și *chondrom fibros* sau *fibrochondrom*.

Celulele acestor tumori de și sémănă cu celulele țesutului cartaginos normal, putând fi rotunde, ovoide sau fusiforme și să conție un nucleiu, iar acesta mai mulți nucleoli, totuși se deosebesc prin caracterile următoare, arătate de Cornil și Ranvier precum și de Quenu.

I) În țesutul cartilaginos normal, substanța intercelulară sau hialiană este pretutindenī omogenă; în chondróme diferă de la un grup de celule la altul, iar între grupe mai mari substanța hialină se póte transforma în fibre fine, de unde aspectul reticulat al tumorilor.

II) În țesutul cartilaginos normal, substanța intercelulară fie hialină sau ușor fibrósă, are tot-d'auna o consistență uniform densă; în chondrom aspectul său e gelatinos sau granulos.

III) Țesutul cartilaginos normal e cu desăvârșire lipsit de vase, acela al chondromului póte fi provězut de vase abundente.

Aceste tumori se pot desvolta în óse și în părțile moi. Acelea ale óselor sunt iarăși de 2 varietăți: ale óselor propriu zis, — *enchondróme*, și ale periostului — *perichondróme* sau *chondrofite*.

Enchondromul óselor, de volum variabil, forméză tumori tot-d'auna tari, acoperite de o cójă osósă câte o dată fórte grósă, iar alte dăți se póte subția până chiar a dispăre. De aci con-

sistența neegală a tumorii. Aceste tumori copleșesc în general oșele lungi ca femurul, tibia, umărul etc. ocupând mai mult extremitățile; se observă însă pe claviculă, omoplat maxilare și alte oșe mici.

Degetele mâinilor și picioarelor ne oferă exemple foarte dese, aducând deformațiuni ce ne silesc a recurge la amputație, precum arată fig. 35. În aceste cazuri, adesea tumora copleșește țesutul



Fig. 35.

Chondrôme multiple ale degetelor.

osos procedând chiar din centrul falangei, și apoi treptat coprinde periostul și părțile moi, așa că am avea un *endoperichondrom*.

În alte cazuri însă putem avea perichondrome pure ce pot lua naștere sau numai de la fața superficială a periostului, sau de la fața sa profundă. El se prezintă iarăși sub aspecte diferite, aderând de os, câte o dată printr'o largă basă, pe când alte dați printr'un simplu pedicul foarte subțire.

Este de observat că în general, aceste tumori nu copleșesc părțile vecine, ci numai le respinge, așa că s'au văzut oșe, tendone, nervi desvoltați în jurul tumorilor și lăsând chiar urmele lor pe ele și fără să fie alterate; de asemenea și articulațiile respective rămân intacte. — Nu trebuie însă să le dăm un caracter cu totul benign, căci s'au observat cazuri în cari noi focare morbide se dezvoltă în jurul tumorii primare, iar alte dați o transformare a țesuturilor adiacente în cartilagiu (infecție locală). În fine une-oră ia un caracter adevărat infecțios, generalisându-se în tot organismul și în special în pulmonii. Infecțiunea se face mai des prin vene (embolii), poate însă și prin limfatice.

Enchondromul tegumentelor nu e rar, se găsește însă de predilecție în parotidă, glanda submaxiliară și mamelă.

Chondrômele ni se prezintă în clinică sub formă de tumori înconjugate de un înveliș fibros, de consistență tare, elastică și nedurerosă.

Unul din caracterele chondrómelor este că aceste tumori nu au o consistență omogenă, lucru ce e în legătură cu diferitele metamorfoze la cari sunt supuse. Și cea mai principală este ten-

dința la osificare și calcificare. În adevăr, chondrómele în majoritatea cazurilor nu forméză o tumoră unică, ci ni se prezintă sub formă de grupuri sau noduli separați, și centrul fie-căruia încrustându-se de materii calcare, ne va produce tot atâtea senzațiuni diferite de părți moi sau tari. Pe lângă acesta, mai putem observa o transformățiune mucosă, făcând tumora mai mult sau mai puțin môle și transparentă ca și cum ar fi formată de o masă gelatinosă sau lichid viscos. Ajunse în această, stare porțiuni mari din tumoră se pot lichefia luând toate caracterele unui chist ordinar, cu această deosebire că în conținutul lor găsim o materie albă sau galbenă dar transparentă, semănând cu sinovia, și în care microscopul arată prezența celulelor cartilaginóse sub diferite forme.

În fine chondromul póte lua caracterele unui sarcom, ceia ce iarăși va produce semne particulare cari ne-ar împinge a conchide la o tumoră malignă, mai ales când prin degenerarea lor ni se impun drept un sarcom encefaloid.

Aspectul acestor tumori după ablațiune va fi diferit conform metamorfoselor, depărtându'l cu totul de tipul normal. Ast-fel, transluciditatea și tăria lemnosă ce scârție la tăetura prin scalp și cari forméză semnele patognomonice, se înlocuesc prin lichide kistice sau sânge coagulat or fibrinos, după cum emoragiile au fost vechi sau recente și după numărul și calibrul vaselor rupte de cari chondromul une ori póte fi înzestrat. Tóte acestea contribue fórté mult în a face diagnosticul dificil.

Semnele clasice ale chondrómelor sunt: tumori tari nodulare sau tuberóse, indolente, creștere lentă și fără răsunset în ganglionii. Apar în etatea tinără sau medie și au ca sediú ósele la extremități, periostul, despărțitórea nărilor nasului etc. Dar în special ating maxilarele, degetele mâinilor și piciórelor, glanda parotidă și mai rar testiculul și mamela. Detalii mai mari se vor da în bólele regiunilor.

**Origina chondrómelor** ar consta după Conheim, în inclusiunea unor resturi de țesut cartilaginós din perióda embrionară, și prin care ne esplicăm tumorile óselor.

Chondrómele parotidei ar proveni din restul de cartilagiú al lui Meckel; iar al testiculelor, din celulele cartilaginóse a vertebrelor primitive, ce s'ar introduce în testicul în timpul șederei sale lângă colóna vertebrală.



Dar acelea din piele, mamelă și plămâni?!

Enchondrómele nu genéză de cât prin volumul lor, ce une-ori devine mai mare ca un metru.

De multe ori benigne, avem însă chondro-sarcóme sau chondro-epitelióme.

De aceia trebuiesc extirpate, mai ales când prin volumul lor împedică funcțiunea organelor.

## VII. DESPRE OSTEOAME

Tumori formate din țesut osos.

Câte o dată elementele lor constitutive seamănă în totul cu țesut osos normal; alte dăți însă se depărtéză. Ast-fel, canalele lui Havers, osteoplastii, ca și canaliculele osóse, pot lipsi sau să fie dezvoltate în proporțiuni neregulate, luând un volum exagerat; alte dăți sunt grupate într'un mod desordonat, așa că dispozițiunea lamelósă a substanței osóse nu se mai recunoște, în fine câte o dată tóte elementele caracteristice ale osului se micșoréză de număr, așa că osteómele sunt reduse numai la simple producțiuni calcare, cretacee.

În óse se arată la suprafața lor esternă, în grosime, sau la suprafața internă.

Cele externe numite *exostose* încep mai întâiu printr'o secrețiune plastică sub periost, care apoi trece în stare de cartilagiú iar de aci în stare osósă.

La sifilitici apar pe diafisul osului, iar la reumatici pe epifise. Ele pot fi pediculate, sesile, recurbate sau în formă de cârlig.

Osteómele formate chiar în substanța osului, sunt caracterisate prin marea lor tărie și iaú numele de *osteóme parchimatóse*.

Osteómele câte o dată sunt constituite dintr'o substanță spongiósă, areolară, și unde se póte găsi măduvă ordinară a osului; ele se numește *osteóme spongióse*.

Alte dăți sunt formate din lame concentrice paralele, ceia-cele dá o tărie ca fildeșul, precum se observă pe fața internă a óselor craniului; acestea se numesc *osteóme oburnate*.

Iar când țesutul osos reamintește pe acela al diafiselor óselor lungi, și substanța osósă e dispusă în lame concentrice înconjurând canalele vasculare, tumora pórtă numele de *osteom compact* (Cornil și Ranvier).

Osteomul la început apare ca un exudat între canalele lui Havers și osteoplasti, cari în urma compresiunii pot chiar să dispară.

Osteómele de la fața internă a osului se numesc *enostose* și presintă diferite grade de desvoltare: de la o subțire lamă papiracee până la adevérate exostose eburnate.

Când aceste tumori se desvoltă împrejurul dinților, se numesc *odontóme*.

Osteómele prin excepțiune se pot observa și în părțile moi precum și diferite organe ca testicul, dura mater etc. Adesea le întâlnim în articulații atinse de reumatism cronic; în aponevrose și grosimea tendónelor etc., dar acestea probabil, dupe cum susține Butlin, sunt efectul osificațiunii produselor inflamatorii.

În general, osteómele pure se desvoltă pe ósele lungi și în punctul de unire al diafisei cu epifisa, adică pe cartilagiul de osificațiune. Acesta ar proba că osteómele resultă din o creștere anormală sau rău dirigeată în evoluția fiziologică a óselor; și acesta cu atât mai mult, că afecțiunea se observă pe ómeni tineri atinși de rachitism, scrofulosă sau sifilis ereditar tardiv.

În or ce cas, osteómele sunt tumori benigne, putând rămâne staționare zecimi de ani. Ele însă se pot complica de burse seróse accidentale, cari, necrose, și pot chiar a se transforma în sarcóme.

Sediul acestor tumori pe óse, fixitatea, tăria, indolența, aparițiunea în etatea tânără, cronicitatea, iar une-ori multiplacitatea și simetria ce adesea le constatăm și pe părinți, constituie semnele patognomonice a osteómelor.

Contra lor fórte rar vom interveni, afară numai când am avea aface cu unele exostose pediculate și proeminente, pe cari le vom extirpa.

## VIII. LIMFADENOM, LIMFOM, TUMORĂ LIMFATICĂ

Sunt tumori formate dintr'un țesut analog cu acela al ganglionilor limfatici, numit încă și țesut adenoid al lui His sau țesut conjunctiv reticulat.

Acest țesut posedă areole, sau ochiuri foarte fine, numeroase, dispuse în direcțiuni diferite, și sunt pline cu o plasmă ce conține celule limfatice și strebătute de vase capilare sanguine.

Aceste tumori de și ar trebui să nu le întâlnim de cât în organele ce conțin țesut limfatic ca ganglionii, splină, amigdale etc. totuși se observă și în alte organe ca oase, piele, plămâni, ficat, mușchi, unde nu există țesut limfatic.

Limfadenómele se apropie prin compozițiunea lor așa de mult de sarcóme, în cât e foarte rar a se găsi în stare pură, adică formate numai din țesut limfatic; de aceea se și numesc mai în general *limfosarcóme*.

Dinsele se însoțesc une-orî de o creștere enormă de globule albe în sânge, precum și de o hipertrofie generală a ganglionilor și a splinei.

Bóla e cunoscută atunci sub numele de *leucocitemie*, *leucemie*, sau *limfademie* (Virchow, Bennet).

Iar când dupe cum a arătat Bonfils în 1856, există numai hipertrofii ganglionare și a splinei dar fără un adaos de globule albe în sânge, atunci avem cea ce Trosseaux a numit *adenie*.

**ANATOMIA PATOLOGICĂ.** — Limfadenómele ganglionilor limfatici ni se prezintă sub formă de tumori izolate sau multiple, cu sau fără aderențe, de un volum une-orî enorm și cu tendința a forma messe întinse, întocmai ca ganglionii tuberculoși.

Aceste tumori une-orî sunt de o *consistență tare*, alte dăți *mole*. Prin tăetură estragem un lichid cenușiu, lactescent, presărat de puncte roșii, de o coloré galbenă și aspect caseiform.

Sucul e format din celule rotunde, multinucleare și fără conexiune între dinsele, așa că o pensulă le póte ușor ridica, când ne arată reticulul, care e caracteristic al țesutului limfatic. Acest țesut forméză ochiuri de diferite forme și mărimi ale că-



Fig. 36.

Limfadenom ale cărui celule în mare parte au fost ridicate cu pensula. În *b* se văd celule limfatice izolate.

ror trabecule une-ori sunt subțiri, iar alte dăți de o consistență fibrósă. În aceste ochiuri sunt așezate celulele limfatice precum arată Fig. 36 din Butlin.

În limfadenomé, foliculii ganglionari sunt măriți de volum, iar substanța medulară înlocuită prin cea corticală (Lancereaux).

Ca privire generală sub microscop a unui limfadenom avem fig. 37 luată din Cornil și Ranvier dupe o preparațiune a lui Malassez.

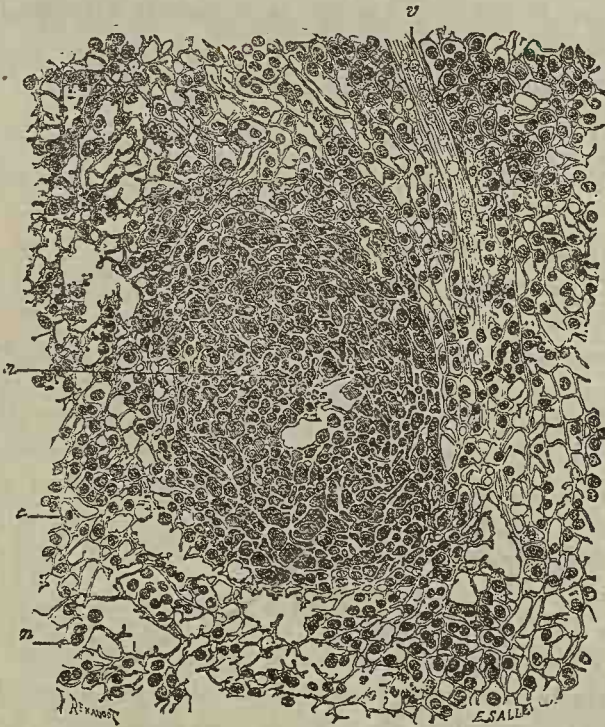


Fig. 37.

Secțiunea unui limfadenom al testiculului trecând prin mijlocul unui tub seminifer: *a* secțiunea unui tub seminifer al cărui părete foarte îngroșat este transformat în țesut adenoid și a cărui lumină foarte strimptă prezintă câteva celule libere; *c* fibre de țesut reticulat; *b* celule limfatice.

În óse, aceste producțiuni iaú adesea forma difusă, mai rar circumscripă, asemănându-se cu osteo-sarcomul. În piele dînsule, apar sub forma unei tumori mici ca un bob de mazăre sau ca nuca; tare, elastică și roșiatică, avînd tóte caracterele unei tumori maligne, și purtând numele de *limfadenie cutanată*, care după unii e sinonim cu sarcom al pielei (Kaposi) iar dupe alții de natura parasitară (Auspitz). Când aceste tumori se desvoltă în multe puncte de o dată sub forma unei erupțiuni, atunci forméză bóla numită de Alibert, *micosis fungoid*.

**SIMPOTOME.** Limfademomul are multă tendință de a distruge țesutul conjunctiv ce-i servă de înveliș, și ast-fel termină prin a se fusiona cu ganglionii vecini. Densul tinde la generalisațiune, copleșind mai tot sistemul ganglionar, după care apoi atacă ficatul, splina, plămîni, rinichiul, mucósa gastro-intestinală etc.

Mărimea de volum a ficatului și în special a splinei, póte să mérgă pînă la opt chilograme.

Până și însăși pielea, țesutul ósos și testiculele nu scapă de acéstă copleșire.

În fine, sângele e fórte mult modificat prin creșterea enormă a globulelor albe, putînd să ajungă un globul alb pentru zece roșii și chiar unul pentru două roșii.

Limfadenomul ganglionar, une-orî apare sub forma unei tumori mici, indolentă și mobilă, semănînd cu un simplu ganglion lumefiat, fie de natură iritativă sau scrofulósă. După un scurt timp însă, caracterele se schimbă prin copleșirea ganglionilor vecini, aderența și volumul considerabil. De multe orî în regiuni depărtate, descoperim alte mese ganglionare de aceeași natură.

Tumora primitivă, prin desvoltarea sa, șterge une-orî exteriorul unei regiuni, producînd adevărate diformațiuni. Și acéstă se observă mai ales la gât, unde se forméză de jur împrejur ca un fel de guler, cu diferite ridicături și adîncături unele moi, altele tari, dând individului un aspect hidos, și purtând numele de bóla lui *Hodghin*, autor care a dat o descriere fórte clasică.

Nu există reacțiune generală în acéstă bóla precum nici dureri, afară de casuri escepționale și mai ales când volumul e mare, producînd compusiuni ale nervilor; sau când tumora fiind atinsă de procesul sclerotic sub acut sau cronic, prinde în el unele cordóne nervóse. Din acéstă rezultă și óre-care dificultate în res-

pirațiune, de unde dispnee, opresiuni și chiar asfixii, ca în tumorile amigdaliene și bronchice.

În ultima perioadă de dezvoltare, individul poate să fie coprins de o adevărată cahexie, fără cu toate acestea *tumora să se ulcereze*. Atunci observăm accese de febră cu formă intermitentă sau remitentă, emoragii, erupțiuni papuloase și eczematose pe piele ce apar și dispar de sine, lăsând în loc un edem roșiu pe tegumente. Dar uneori se pot produce ulcerăriuni așa de mari în cât putem introduce pumnul în tumoră.

În această stare individul móre.

Durata limfadenomului variază de la câte-va luni la 2-3 ani.

Langhaus a stabilit două forme clinice: una tare — limfadenomul propriu zis; alta môle — limfo-sarcomul. Dinsele însă pot trece una într'alta, așa în cât formele aceste nu sunt absolute.

**DIAGNOSTICUL** nu e tot d'auna ușor, mai cu sémă dându-se asemănarea limfadenomului cu adenitele cronice și în special cu cele tuberculoase. Acastă asemănare e adevărită nu numai prin evoluțiunea clinică, prezentându-ni-se și una și alta sub formă de pachete indolente fără reacțiune locală sau generală, dar chiar și microscopul de multe ori nu e în stare să le deosebescă.

Se pretinde că adenita tuberculoasă e mai tare și cu tendință la ramolire și ulcerare, pe când limfadenomul e mai môle și mai nici o dată ulcerat.

Dar câte excepțiuni la toate acestea.

Și pentru a ne convinge și mai mult de greutatea diagnosticului, reproduc următoarele frase luate din Butlin: „Or care ar fi dificultățile în studiul tumorilor, nici una din ele nu e mai mare ca în limfom. Se poate zice chiar, că aceste dificultăți sunt inatacabile; și nu știu cum viitorul ar putea să le rezolve într'un mod satisfăcător„.

În adevăr nu numai clinica, dar nici microscopul adesea nu pot deosebi un limfom adevărat, de un ganglion tuberculos cronic inflammat, sau de un limfo-sarcom; de óre-ce une-ori aceste diferite afecțiuni iaă în totul caracterile unei tumori limfatice.

Totuși, luând în considerație antecedentele bolnavului, mersul afecțiunei, aparițiune de aceleași tumori în alte regiuni, etatea, examenul sângelui etc., putem după experiența ce fie-care vom avea, să conchidem la un limfom or altă specie de tumoră.

Microscopul de asemenea, arătându-ne prezența aceluși țesut adenoid, reticulat și în alveolele căruia să existe celule limfatice fără să fie mărite de volum ci numai în număr considerabil, ne poate ajuta în punerea diagnosticului.

**PROGNOSTICUL** este foarte grav, așa că mai toți chirurșii refuză a opera aceste tumori, rezultatele fiind tot-d'auna din cele mai detestabile.

De aceea ne vom mărgini în a da la interior fosfurele de zinc de la 1—2 ctgrame pe zi (Verneuil); arsenic în injecții interstițiale or ca potiuune internă etc. Billroth dă 10 picături la interior și injectează 2—6 picături în tumoră. Prin acesta, Billroth spune a fi obținut rezultate strălucite, ba chiar vindecări definitive.

Lucke întrebuițază injecțiuni interstițiale de tinctură de iod.

Dar iluziuni nu trebuie să avem câtuși de puțin. Am avut între alte cazuri, un preot cu un limfadenom dezvoltat în logia carotidiană, întinzându-se în urmă și pe cefă, și contra căruia tot ce am întrebuițat a fost absolut fără nici un efect. Bolnavul a murit după un chin de două luni, în mijlocul celor mai atroce dureri de cap.

---

## CHESTIONAR

---

Tumori cu timp vascular conjunctiv.— Considerațiuni asupra țesutului conjunctiv clasificare :

I. *Sarcóme* Istorice. Definiție. Analogia cu mugurii cărnoși simpli. Distincțiuni. Cele trei tipuri principale ale sarcomului.

I tip. Sarcom embrionar, caractere, dispozițiunea vaselor.

Al II-lea tip. Sarcom fasciculat, caractere, diferite sub-varietăți.

Al III-lea tip. Sarcom giganto-celular, caractere, sub-varietăți : sarcom osifiant, nevrogrie, angioliție. Diferite degenerescențe : kistică, lipomatose, melanică. Caractere și teorii diverse.

Caractele clinice ale sarcómelor. Modul de infecțiune. Diagnosticul cu cancerul. Tratamentul pur chirurgical.

II. *Mixómele*. — Definiție. Caractere. Diviziune.

III. *Fibrómele*. — Definiție. Caractere. Divisiunea în tumori fibróse moi și tari. Fibroine moi numite și moluscum fibrosum. Caractere. Tumori fibróse

tari sau fibroizi. Caractere. Teorii asupra celulelor fusiforme ce se găsesc în fibroizi. Caractere clinice.

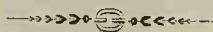
IV. *Lipom.* — Definiție. Caractere. Patogenia; teorii de exagerație a vaselor. Diagnosticul. Procedeul Nelaton. Tratament. Precauțiuni speciale. Propunerea autorului.

V. *Endoteliom.* Definiție.

VI. *Chondrôme.* — Definiție. Echondrose, enchondrôme, perichondrôme. Deosebirea între țesutul cartilaginios din tumori și cel normal. Caractere clinice. Origina. Teoria lui Conheim.

VII. *Osteôme.* — Definiție. Diviziune. Exostose, enostose, odontome. Caractere clinice.

VIII. *Limfadenôme.* — Definiție. Limfadenie. Anatomia patologică. Limfadenie cutanată. Micosis fungoid. Simptome. Caractere. Diagnosticul. Opinia lui Butlin. Tratament.





## CAP. III.

# TUMORI CU TIPUL MUSCULAR

## MIOAME

Miόμεle sunt tumori formate din țesut muscular adult.

Ne oferă cu următoarele două specii:

**Rabdomiôme** formate din fibre musculare striate și **Liomiôme** din fibre musculare netede.

Miόμεle striate sunt mult mai rari; cu toate acestea s'au observat în limbă, rinichi, ovar, testicul, regiunea lombară. Dar mai tot-d'auna s'a constatat a fi de origină congenitală, și deci amestecate cu alte țesuturi, precum cel fibros, cartilagos etc.

Se contestă chiar de mulți autori posibilitatea unei neoformațiuni de fibre musculare striate după naștere.

**Limiόμεle** au fost separate de fribroide cu care se confundă de Lebert în 1852, iar apoi de Virchow și Rothitansky. Ele sunt foarte comune în uter și prostată, precum și în derm, unde putând fi destul de numeroase, pentru a simula o adevărată erupțiune, au fost luate drept limpfadenôme cutanate generalizate.

În piele miόμεle de și multiple sunt însă foarte mici; pe când în prostată și mai ales în uter capătă nisce dimensiuni colosale și greutatea neașteptate putând merge până la 40 klgr.

Aceste organe pot fi atinse în totalitatea lor, sau numai în parte: probă ipertrofiile parțiale ale prostatei sau tumori multiple în uter.

Forma lor e rotundă, lobulată și provăzută de o capsulă, făcându-le ast-fel a fi foarte ușor enucleabile.

Prin tăetură obținem aspectul și dispozițiunea fibrómelor. Vasele sunt mai numeroase la periferie, unde forméză adevărate sinusuri ca și cele uterine. In aceste tumori constatăm prezența de fibre musculare striate sau netede, ceia ce forméză tocmai caracteristica lor.

După Cornil și Ranvier, miómele sunt formate nu prin hiperplasia celulelor musculare preexistente, dar printr-o producțiune nouă de celule musculare.

In or ce cas, aceste tumori secționare, posedă prin dispozițiunea fâșiilor și trabeculelor ce conțin, o formă concentrică și așa de caracteristică în cât diagnosticul macroscopic se impune prin simpla vedere; probă fig. 38, luată din Sinéty și reproducă din

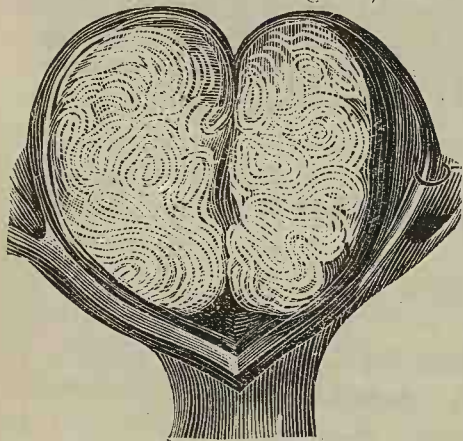


Fig. 38.

Fibro miom umplând cavitatea uterului.

lor aú tendința a se separa de organul ce 'i-a dat naștere. De aci producțiunea de pedicul, precum se observă în miómele subseróse ale uterului, unde câte o dată pediculul este de o sublimie extraordinară ce abia légă tumora de uter.

Acelaș lucru îl constatăm în miómele sub-mucóse, când iarăși pediculisarea tumorei o póte face a ieși din cavitatea uterului cu cea mai mare înlesnire.

Când însă miomul este intersticial, adică dezvoltat în grosimea păreților uterului, atunci densus crescând mereu, ridică în același timp și uterul, care cu timpul póte suferi o subțiime a

Cruveilhier, ce arată o asemenea tumoră (fibro-miom) umplând cavitatea uterului.

Miómele pot suferi diferite transformățiuni și anume: transformățiune mucósă, când devin cu totul moi; ramoliri parțiale, de unde provin chisti; une-ori suferă degenerescentă grosósă și chiar calcară.

Vasele pot lua o dezvoltare enormă, formând tumorile telangiectasice.

Miómele prin crescerea

porțiunii sale cervicale, așa în cât se reduce la un pedicul cu totul subțire, putându-se ast-fel ușor separa de colul uterin.

Miómele sunt în general tumori benigne, căci mai nică o dată nu se însoțesc de recidive sau infecțiuni generale. Tratamentul fiind în legătură cu operațiile pe prostată și uter le vom face la locul competent.



## CAP. IV.

# TUMORI CU TIP NERVOS

## NEVROAME

Prin acésta se înțelege tumori formate din țesut nervos de nouă formațiune.

Usajul a făcut ca sub numele de nevrom să se numescă și alte tumori cari nu întrunesc condițiunile date în definițiune; ast-fel, ori-ce tumoră ce presentă caracterele dureroase sunt în general numite nevróme.

Așa fiind, s'a introdus în aceste tumori lipóme, fibróme, sarcóme, mixóme, etc, cari nu au altă calitate de cât a fi așezate pe traectul unui nerv și să fie însoțite de dureri. Tot ast-fel este și cu acele tumori dureroase ce se desvoltă în bonturile de amputație cari iarăși după drept cuvânt nu sunt nevróme, ci nevríte; precum și acelea aflate pe traectul nervului cari sunt simple tumori dureroase.

Este însă adevărat că și însuși microscopul nu tot-d'auna póte să ne precizeze dacă o tumoră durerosă este sau nu constituită din elemente noi nervóse, adică pur nevróme. De sigur, histologicesce nevromul aste o tumoră formată numai din elemente

nervóse; iar când printre acestea găsim și alte elemente ca țesut conjunctiv or celule embrionare, atunci e mai mult o tumoră durerósă de cât un nevrom pur.

De aceia mai toți autorii sunt de acord a admite că nevromele adevérate sunt escesiv de rari; ba încă unii le nógă existența de óre-ce caracteristica nevromului ar fi o multiplicațiune în numărul cilindrului ax, ceia-ce până acum nu s'a constatat.

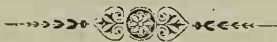
Nevromul póte să fie format din doué elemente: din celule nervóse și din tubi nervoși; de aci doué grupe: *nevrome ganglionare* saú cu celule, și *nevrome fasciculate* saú cu tubi nervoși.

Nevrómele ganglionare se observă în substanța cerebrală și medulară, în corpii striați, precum și la suprafața ventriculelor cunoscute sub numele gliome. Aú tendința în a se întinde local și a da nascere la diferite fenomene cerebrale în raport cu localizațiunile diferitelor centre.

Nevrómele fașciculate se găsesc pe traectul nervilor periferici. Sunt compuși din tubi nervoși în mare număr, încrucișați în diferite sensuri, și separați de țesut conjunctiv.

Dar după cum tubii nervoși sunt cu mielină saú fără mielină, nevrómele vor fi și ele numite *mielinice* și *amielinice*. —(Cornil și Ranvier).

Caracterele acestor tumori din punctul de vedere clinic se resumă în dureri une-orí exasperante, ce apar spontanat saú la cea mai mică atingere. Contra lor nici o altă medicațiune nu reusesce de cât ablațiunea.



## CAP. V.

# TUMORI COMPLEXE SAU CU ȚESUTURI MULTIPLE

Se numesc ast-fel, tumorile cari rezultă din combinațiunea mai multor țesuturi, fără să se pótă precisa care din ele aú o prioritate mai mare.

În acéstă mare clasă intră chiștiu.

Se numesc chiști, tumori formate de nisce cavități închise, pline cu o substanță lichidă și móle, fórte rar solidă. Une-ori substanța este organizată și chiar vie.

Păreții chistului sunt în raport de continuitate cu țesuturile vecine, iar tumóra pare că este independentă de circulațiunea generală.

Încă din timpul lui Hunter, chiștiu aú fost împărțiți în *accidentală* și *naturală*. După Cruveilhier în *preexistenți* și *nepreexistenți*, Broca introduse cuvintele de *progeni* și *neogeni*.

1) Se numesc *chiști progeni* saú prin retenție, aceia cari se desvoltă pe socoteala unei cavități preexistente, precum: chiștiu ovarului, a corpului tiroid, chiști tendinoși etc. Dar cei mai principali din aceștia sunt chiștiu ce aú drept origină o cavitare preexistentă, cu păreți secretanți, dar cari în mod accidental închizându-se, produsele de secrețiune se acumulează formând ast-fel tumora. Aci avem chiștiu sebacei, chiștiu pleópelor, ai sinusului maxilar, sacului lacrimal, ranulele, chiștiu mamelei (galactocele) etc.

Toți acești chiști rezultă din obliterațiunea conductului excretor

al glandelor cari continuând a secreta, produsele lor neputându-se evacua, dilată acini și fundurile de sac ce se transformă ast-fel în pungă sau chiști; de aceea Butlin îi numește chiști prin retențiune. Conținutul lor de și în general seamănă cu acela produs de glandă, de multe ori însă suferă alterațiuni și modificațiuni profunde depărtându-l de tipul normal, oferind de exemplu în loc de lapte sau mucus, un lichid seros, limpede sau chiar sânge.

Tot în această clasă Butlin pune igroma, hidrocelul, numindu-i *Chiști prin exudațiune* din cauză că se produce o cantitate mai mare de sinovie de cât e necesar pentru lubrefierea și alunecarea suprafețelor seroase. Dar fiind ast-fel, ar trebui ca și exudațiile seroase din pleură, peritoneu, pericard etc. să fie considerate tot ca niște chiști, ceia-ce desigur nimeni nu va admite. Tot acelaș lucru va fi cu chiștii sanguini sau limfatici cari nu vor putea păstra numele de chiști de cât perzându-și or-ce conexiune cu vasele și rămâind isolate printre țesuturi; căci la din contra intră în clasa amvrismelor, varicelor etc.

II) *Chiști neogeni* sunt aceia a căror membrană de învăliș este de nouă formațiune, dezvoltându-se în mijlocul țesuturilor.

Aci avem două varietăți: a) *chiști perigeni*, ai căror pereți se formeză în urma conținutului lichid sau solid introduși în țesuturi, și cari prin prezența lor, provocă membrana de închistare.

Ast-fel avem toți corpii streini introduși în organism ca: fire de legătură, sequestre osoase, proiectile, țepi, așchii de lemn sau de piatră, corpi vii ca diferiți viermi, corpi fetali etc. ce prin acțiunea lor iritantă, plastică, produc formațiunea unui nou țesut, care învelindu-le, formeză perețele chistului.

b) *Chiști autogeni* sunt aceia în cari conținutul ca și învălișul se produc simultaneu, iar nu succesiv ca în cei perigeni.

Aci avem două varietăți:

*Chiști seroși și dermoizi.* Chiștii seroși au fost negați mult timp. Cu toate acestea există casuri neîndoișoare de asemenea chiști, în locuri unde nu există cavități preexistente. Ast-fel Robert a văzut un mare chist cu conținut lichid între cele două table ale omoplatului.

Nelaton a descris un chist multilocular în diafiza femurului,

precum și alți chiști în epiploon, mesenter și în regiunea subperitoneală.

Chiștii seroși se observă foarte des în țesutul conjunctiv, în special în părțile laterale ale gâtului la copii mici. Adesea sunt congenitali și se numesc higrome chistice.

Uniloculari sau multiloculari dinșii au tot-d'a-una un părete foarte subțire și neted conținând un lichid clar, fluid și incolor. Acești chiști seroși sunt probabil formați prin dilatarea și fusiunea spațiilor areolare a țesutului conjunctiv. De ore-ce însă fața internă a acestor chiști e captușită de endoteliu se admite că dinșii se desvoltă mai mult pe socoteala spațiilor limfatice de cât a simplelor areole a țesutului conjunctiv.

Dar aceste considerațiuni sunt de prisos, căci dupe cum notează Malherbe, deja Ranvier a arătat că toate areolele țesutului conjunctiv comunică larg cu limfaticele, formând chiar origina acestora. Deci or unde s'ar desvolta un chist, neapărat se va găsi și limfatice și endoteliu vascular.

Am observat un cas de chist seros foarte curios în regiunea azilară în 1889 la o femeie Nița Ion de ani 30, fără a putea descoperi altă cauză, de cât frecări dese în regiune, femeia fiind muncitoare. Fig. 39.

Acest chist l-am extirpat în totalitate fără a găsi absolut nici un pedicul. Conținutul a fost o simplă serositate foarte clară. Din cauza deselor frecături pielea se ulcerase, așa în cât se impunea drept un neoplasm și în special un sarcom. Operația însă mi-a arătat că era vorba de un chist seros.

*Chiștii dermoizi* numiți încă tumori eterotopice, chiști fetali, chiști prin inclusiune etc. sunt de sigur cei mai importanți.

Studiul lor începe cu Meckel în 1815. Acești chiști își au sediul de predilecțiune în ovar, sprâncene și testicul. S'a observat însă și în gambă, epiploon, sternum, pielea capului, plămâni, neninge etc. Numele de chiști dermoizi le-a fost dat din cauza asemănării de structură ce păretele lor au cu pielea, însă cu o dispozițiune inversă, adică că fața lor internă e în totul analogă cu lamele epidermice cornate, stând pe un derm identic cu al tegumentului extern având adică vase, foliculi piloși, glande sebacee, sudoripare etc.

Volumul lor e variabil, pot însă atinge un cap de adult sau și mai mare. Conținutul este complex. Se caracterisă însă prin



Fig. 39.

Chist seros in regiunea axilară dreaptă (originală).

prezența unei materii albă viscoasă, ca seul, unde sunt împletite fire sau chiar șuvițe întregi de păr, de diferite culori. Alte dăți conținutul este cu totul lichid, oleios.

În cazuri mai complicate și în special în chișturi dermoidi ai ovarului, se constată în adevăr lucruri extra-ordinare, găsindu-se dinți implantați în părete, și al căror număr une-orî este considerabil atingînd țifra de 300. Ba ce este mai mult, unii autori au găsit o adevărată mamelă bine conformată. Kœ-



berlek a vedut un organ semănând în totul cu o limbă rudimentară. În fine s'aũ găsit unghii și chiar dinți cariați.

Patogenia acestor chiști a dat loc la diferite teorii.

Maĩ întâiũ este un lucru constatat și în afară de ori-ce îndoiială, că acești chiști sunt congenitali.

Lăsând la o parte credința unei pedepse divine, precum și aceia a unei concepțiuni fără coabitățiune, susținută de Mickel și numită *Partenogenesă*, teoriile următoare sunt acelea cari aũ avut un óre-care resunet.

I) *Producțiunea unui chist fetal*, precum și a *gravității extra uterine* este cu totul părăsită, de óre-ce ori-care ar fi modificățiunile ce ar suferi această ființă, nu se pôte compara cu materia informă și bizară ce se găsește în acești chiști. Fetul se pôte închista, se pôte macera, dar fără să se fragmenteze în niște părți atât de neasemănate de organizațiunea sa.

II) *Teoria diplogenesei* sau a încluziunii fatale, presupune că în momentul concepțiunei, fecondându-se de o dată doi ovuli, unul este împedicat în dezvoltarea sa, și ast-fel este înghițit, ca să zicem ast-fel, de cel-l'alt frate, ce continuă a crește. Eșind însă în lume, el pörtă pe cel-l'alt gemen care după un timp óre-care, și în urma unor circumstanțe nedeterminate, dă semne de viață, prin producerea unui chist dermoid.

Dar dacă nu ar fi de cât faptul că în acești kiști s'aũ găsit până la 300 de dinți, încă această teorie nu s'ar putea susține, afară numai dacă n'am admite, nu o diplogenesă dar o actogenesă, care încă tot n'ar da cifra de 300, de óre-ce acest număr ar cere dinții a zece copii.

III) *Teoria inclavărei* tegumentului în timpul vieței embrionare, numită de Germani teoria lui Remak, iar de Francezi a lui Verneuil este cea maĩ solidă.

Acești autori, observând frecuența chiștilor dermoizi pe cõda sprăcenei sau în regiunea gâtului, și basându-se pe faptul că tocmai în aceste regiuni în timpul vieței embrionare există ceia ce se numesc spintecăturile branchiale, admiseră că, în momentul închiderii acestor spintecături, o porțiune din tegumentul estern suferă un fel de pișcătură, o introducere în năuntru, o incluziune sau inclavare. Această porțiune rămânând ast-fel închisă în interiorul organismului, formeză un fel de sac, și pôte mult timp să persiste în această stare. Maĩ târziu însă, în urma unei

cauze intrând în funcțiune, produce tot ceia-ce dă tegumentul extern, adică secrețiuni de glande sebacee, peri, unghii și toate produsele cornate.

Acastă teorie ne esplică într'un mod perfect chiștiu dermoizi ai sprâncenei și ai gâtului; remâne însă insuficientă pentru chiștiu ovarului și ai testiculelor, unde se găsesc corpî mult mai complexi, ca oșe, cartilage etc.

Lannelongue basându-se pe fapte embriologice, conchide că patogenia chiștilor dermoizi, cel puțin în aceste casuri, se datoresce inclusiunei nu numai a ectodermului, adică a fôiei externe a blastodermului ci și a endodermului, adică a fôiei interne; ba pôte chiar a tuturilor celor trei fôii.

Lucru curios, acum în urmă, Waldeyer a dat o teorie, care sprijinesce în totul vechia teorie de partenogenesă, aducând în sprijinul ei nisce idei fôrte ingenioase și seducătoare. După acest autor, formațiunea chiștilor dermoizi, cel puțin ai ovarului, depinde pur și simplu din proprietățile speciale a celulelor epiteliale ale acestui organ.

În adevăr, acest epitelii care în starea normală pôte să dea naștere unui embrion în urma actului de fecondațiune, densusul, în virtutea acelorași proprietăți, pôte să producă nisce țesuturi variate, dar apropiate într-o câțva de cele normale, chiar și în afară de actul fecondațiunei, prin urmare pe o cale cu totul partenogenetică. Și de ôre-ce, celulele epiteliale în acest cas suferă o deviațiune anormală în evoluțiunea lor, produsele la cari dau naștere se vor depărta de tipul normal luând mai mult caracterul epidermic.

Acastă teorie este susținută și de Mathias Duval și Repin, cari conchid că toți chiștiu dermoizi ai ovarului provin din această cauză de deviațiune a evoluțiunei normale, de unde și produsele ce iaă naștere nu ajung la o complectă dezvoltare, ci reprezintă numai un început de embrion.

Fără a mai discuta alte teorii, conchidem că adevărata patogenie a chiștilor dermoizi este încă în studii.

În ceia-ce privesce chiștiu mucoizi, vom spune numai că dênșii se asemănă cu cei dermoizi, cu deosebire că păretele lor intern, în loc de a avea caracterele epidermice aă caractere epiteliale și prin urmare dau naștere unei secrețiuni mucose.

Tipul acestor chiste ni'l oferă colul uterului, cunoscute sub

numele de ovulele lui Naboth; se mai observă pe vulvă, buze, sub limbă și în sinusul maxilar. Aceste chiste, rezultat al dilatațiunei glandelor mucóse, une-ori sunt fórte mici și nu devin mai mari ca o alună când aú sediul pe fața internă a buzei inferióre or sub limbă, pe când în ovare pot lua o desvoltare enormă.

Tóte aceste tumori sunt în general benigne, esceptie însă în ovar, unde pot suferi transformări maligne.

Cu acésta am terminat pe scurt studiul tumorilor, rămându-ne însă a vorbi de angióme și limfangióme ce sunt puse de autori ca apendice la tumori.

## ANGIOAME

Sunt tumori formate din vase de nouă formațiune.

Se numesc *angióme simple* când tumora e formată din vase cu totul isolate și cu päreți deosebiți; iar *angióme cavernóse* când printre capilarele justapuse și dilatate există un țesut conjunctiv, care nu numai le separă, dar constituie nisce adevérate ochiuri.

Acest nume a fost dat de Dupuytren, din cauza asemănării ce aú cu țesutul erectil al corpilor cavernóși.

Angiómele simple numite încă și tumori erectile ne presintă doué varietăți clinice: acelea cari 'și aú sediul în piele, numite *pete vasculare* sau *naevi materni*, și acelea cu sediul în țesutul celular sub cutanat numite *tumorî erectile propriu zise*:

Cele cavernóse ocupă părți mult mai profunde, putându-se localisa chiar și în óse, unde iaú tóte caracterele unui anevrism.

Din definițiunea dată acestor tumori chestiunea de resolut este: de unde provin aceste vase de nouă formațiune?

Provin ele dintr'o burgeonare a vaselor capilare preexistente sau din transformarea celulelor conjunctive?

Unii susțin că acest țesut, grație umflărei și prelungirilor ce emit, se pot transforma într'o rățea cu tóte caracterele unei rățele capilare. Și tocmai pentru acésta s'aú și numit celule vasoformative.

Acésta este o chestiune încă în studiu ; totuși se pôte cu folos citi cele scrise în volumul întâiu pag. 360, relativ la vasele de noué formațiune în mugurii cărnosi.

Aceste tumori sunt tot d'auna congenitale. În stadiul cel mai simplu constaū într'o simplă ipergenesă a vaselor capilare. Pot însă să comunice cu venele, dar mai ales cu arterele producând ceia-ce vom studia sub numele de *anevrismul cirsoid*, a căreia produțiune se datoresce tocmai existenței prealabile a unei tumori erectile și al căruī rol și consecințe le vom arăta la locul competente.

**SIMPTOMELE** acestor tumori sunt pur locale, caracterisându-se când sunt cutanate, prin nisce pete livide, indolente, fără nici un resunet asupra organismului, dar urmate de emoragii în urma celei mai neînsemnate plăgi prin instrument tăetor.

Ele constituie semne de frumusețe când sunt mici; iar când iaū o estensiune mai mare, sunt punctul de plecare a diferitelor porecle ce se dau indivizilor, numindu-se măslină, cócăză, ci-rêșă etc, după forma ce iaū aceste tumori.

În acest cas, tumorile se pot infiltra de o materie pigmentară, iar pata fiind prea mare, în loc de a da un semn de frumusețe, numite *murse*, pe cari unele cucóne le simuléză prin mici puncte făcute cu nitratul de argint pe piele; produc din contra pete disgratióse, asemănându-se unele cu un adevérat șoricíu de porc, grație colórei și desvoltărei perilor, ceia-ce face că indivizii rămân botezați cu acest epitet.

Deci, angiómele cutanate ni se manifestă sub formă de mici puncte ca mușcătura unui purice, saū de mărimea unei palme de mâini, acoperind une-ori o mare parte din regiune a feței. Une-ori grație comunicărei cu arterele, pot presenta fenomene de turgescentă și chiar pulsațiuni.

Cele sub-cutanate rămân ascunse, afară numai când există comunicațiune cu exteriorul, formând *angiómele difuze* or *mixte*. În acest cas, bóla ne oferă caracterele unei tumori moi adesea reductibilă, semănând cu un varicocel.

În fine, aceste tumori pot să aibă comunicațiuni și conexiuni mult mai profunde, mergând chiar până la óse, precum se observă la pielea capului, unde tumorile erectile numite aneurisme cirsoide, iaū tóte caracterele unui aneurism arterio-venos, având conexiuni cu vasele encefalice.

**PROGNOSTICUL** acestor tumori este benign; foarte rar sunt însoțite de dureri. Pericolul constă în transformățiunea lor în anevrisme cirsoide, favorisate prin diferite traumatisme ce neapărat trebuiesc evitate.

**TRATAMENTUL** în general e nul, dându-se că aceste tumori fiind mici, trebuiesc neatinse.

În casuri eșecșionale, putem recurge la următoarele metode.

I. *Metoda atrofiantă*, reprezentată prin compresiune directă sau legătura arterelor aferente. Se preferă însă compresiunea precum și aplicația diferitelor refrigerente.

II. *Metoda perturbative* constă în a favorisa desvoltarea unui țesut fibros cicatricial, care prin retractilitatea sa este menit a aduce astuparea vaselor.

Principalele din aceste mijlôce sunt agenți provocatori de un proces inflamator, ce se obține prin vesicatôre; dar mai ales prin vaccinațiune, care însă n'a dat rezultate satisfăcătore tot ca și acupunctura.

Cel mai bun mijloc dintre tôte și asupra căruia am chiar experiențe personale, în urma celor vëzute la spitalele din Paris, este injectiune directă în tumoră de perclorur de fier într'o anumită formulă, cunoscută sub numele de licôrea lui Piazza, ce se compune din apă distilată 60 grame, perclorur de fier 25, și clorur de sodiü 15 grame. Cu siringa lui Pravaz se injectează în cantități de 5—6 picături, după ce mai întâiü se aplică în jurul tumorei un inel de metal, pentru ca lichidul să nu pôta străbate în torentul circulator.

Tot aci putem întrebuița ferul roșu în mod prudent și abia atingând suprafața tumorei, pentru a evita ulcerățiunea pielei și a produce numai coaguli obliteranți. Electrolisa de și rațională este însă puțin întrebuițată.

III) *Metoda distructivă* constă în ablațiunea totală a tumorei, care la rigóre se pôte aplica în unele casuri, fiind însă bine asigurați de pense emostatice și mijlôce antiseptice, căutând în acelaș timp a obține reunirea prin prima intenție pentru a evita cicatrițe diforme.

## LINFANGIOMUL

Tumori escesiv de rari, tot-d'a-una congenitale. Ni se presintă cu caracterele angiómelor, dându-li-se aceleași forme, de limfangiom simplu adică format prin producerea unei cantități de vase limfatice de nouă formațiune, și în limfangiom cavernos, când aceste vase sunt separate și încrucișate de țesut conjunctiv, ce forméză ochiuri mai mult sau mai puțin largi, circonscriind vasele limfatice.

Patogenia acestor tumori este cu desăvârșire obscură; iar din punctul de vedere clinic se confundă cu limfangiectasia despre care vom vorbi, precum și cu chiștiu congenitali seroși.

Acéstă afecțiune se întâlnește une-orî pe limbă, pe piele și în țesutul conjunctiv sub cutanat însoțind elefantiasul arab; în fine s'a găsit pe fețe, cósă, braț etc.

Simptomele sunt cu totul negative, afară de senzația unei tumori plexiforme cu ridicături moi sau tari; fôrte rar reducibile.

Prin înțepătură putem scóte un lichid clar, ce numai microscopul și analiza chimică ne póte arăta, dacă e limfă sau alt produs.

De aceia diagnosticul mai tot d'auna se stabilește printr'o punție exploratrice, pentru a vedea dacă conținutul are caracterele limfei.

Tratamentul este aprópe identic cu al angiómelor.

## CHESTIONAR

**Cap. III.** Tumori cu tipul muscular.

*Mióme.* Definiție. Divisiune: rabdomiómce și liomióme. Caractere.

**Cap. IV.** Tumori cu tip nervos.

*Nevróme.* Definiție. Divisiune. Nevróme ganglionare și fasciculate. Caractere. Nevróme mielinice și amielinice.

**Cap. V. Tumori complexe. Definiție. Divisiune. Chiști. Definiție. Divisiunea lui Broca în chiști progeneri și neogeni. Chiști progeneri. Definiție.**

Chiști prin retenție, chiști prin exudație.

Caractere. Chiști autogeni. Varietăți.

Chiști seroși, dermoizi și mucoși. Sediul chiștilor seroși. Considerațiuni anatomice.

Chiști dermoizi. Definiție, Caractere. Sediul.

Istoric: Meckel; teoria fetală; diplogenesa; teoria lui Verneuil prin inclavarea unei porțiuni tegumentare embrionare.

Teoria lui Lannelongue; teoria lui Waldeyer.

Chiști mucoizi. Caractere, sediul.

Angiome. Definiție. Divisiune.

Angiome simple și cavernose. Simptome.

Angiome difuze. Tratament: metoda atrofiantă, perturbatrice, distructivă.

Limfangiom. Definiție. Sediu, caractere.



# PARTEA II A CHIRURGIEI



# PARTEA II A CHIRURGIEI

---

Se știe că studiul chirurgical se poate împărți în trei mari părți:

I) *Studiul bolilor în general*, materie ce am tratat în primul volum și până acum.

II) *Studiul bolilor fie-cărui sistem luat în parte.*

III) *Studiul bolilor considerate pe regiuni.*

Incepem acum partea II propriu zisă, pe care o dividem precum urmază:

## PARTEA II

---

### BOALELE SISTEMELOR ORGANICE

---

#### CAP. I.

### LEZIUNILE PIELEI SAU TEGUMENTULUI EXTERN

#### § I. Leziunile traumatice și inflamatorii ale pielii

Și tot ast-fel vom continua pînă ce treptat, mergând de la piele la oșe vom studia fie-care sistem în parte.

Incepem dar cu

## § I.

## LEZIUNILE TRAUMATICE ȘI INFLAMATORII ALE PIELEI

De sigur vom trece cu totul peste afecțiunile atât de diverse ce putem observa pe suprafața pielii, de óre-ce unele fac parte din domeniul medicinei, iar altele din dermatologia propriu ȕisă.

În adevăr, scim cã tóte febrele eruptive ca rugeola, scarlatina, febra tifoidă, etc., nu se pot diagnostica fãrã o erupțiune prealabilã pe piele.

Pe de altã parte, eczema, psoriasul, acnea pãnã și prurigo, aũ dat naștere la nisce cercetãri așa de mari, în cãt s'a fãcut din bólele pielii o specialitate cu totul a parte.

Tot același lucru vom zice de manifestãțiunile sifilitice, cari încã înaintea dermatologiei, tot-d'auna aũ fost obiectul cercetãrilor celor mai reputați specialiști.

Mãi avem încã o mulțime de alte erupțiuni și inflamațiuni superficiale ale pielii, provenite din aplicarea directã sau ingerarea unor substanțe medicamentóse, de cari iarãși nu ne vom ocupa. Vom menționa numai dermatitele consecutive aplicãrei tincturei de iod, arnica, mercurul sub formã de fricțiuni, sulful, gudronul etc. precum și erupțiunile iodice, bromice, de chininã, balsam de copaiũ, cubeb, beladona etc etc, cari fiind întrebunțate fãrã precauțiuni, pot produce inflamațiuni une-orì destul de serióse, mãi ales dacã pielea va fi delicatã sau finã, precum se întâmplã la persónele limfatice. Dar asupra lor nu ne vom opri, nefiind de un interes chirurgical mare.

Cu modul acesta, studiul chirurgical al pielii s'a restrãns, cu atât mãi mult cã intrégã clasa a traumatismelor represintatã prin contuziuni, plãgi contuse, arsuri, degerãturi, etc. de și în prima linie

atacă pielea, totuși nu se studiază ca bóle speciale ale pielei, ci a unor anumite regiuni, sau intrând în clasa unor bóle cu un capitol special, ca plăgi, arsuri, degerături, fulgurații etc. etc. lucruri studiate în primul volum.

Ast-fel reduse, nu ne rămâne de cât prea puțin de zis asupra afecțiunilor cutanate chirurgicale, și încă din cele de o importanță mai inferióră.

Așa, din contusiunea pielei se menționéză numai flictenele sau ampulele produse prin frecare, și cunoscute în limba vulgară sub numele de bēșici pe palma mâinilor și talpa picioarelor.

Aceste leziuni trebuiesc deosebite de frecăturile cronice și profesionale, cari după cum știm, finesc prin desvoltarea de burse seróse în anumite puncte și regiuni

Flictenele sau bășicele de cari e vorba, se produc în mod acut, la indivizi a căror piele nu e obicinuită cu presiuni vechi. Ast-fel, când pentru distracție tăem lemne, facem gimnastică, sau dăm cu rindeaua, ori mănăm caii, sau facem preumblări lungi pe jos pe un loc plan, or urcăm munții etc. imediat la sfârșitul petrecerei, observăm pe palma mânei și tăpile picioarelor nisce bășici pline cu o serositate citrină, ce nu presintă de alt-fel nici o importanță de cât o jenă, une-ori dureri și chiar imposibilitate de a umbla sau a scrie. Contra lor, dacă au un volum prea mare, putem să aplicăm o deschidere în partea cea mai declivă, pentru a da scurgere serosităței.

Cu toate acestea, trebuie să scim că adesea, mai ales la indivizi predispuși și când un agent infectant intervine, aceste flictene în aparență de nici o importanță, pot deveni foarte grave, prin desvoltarea limfangitelor și chiar a flegmónelor.

Lucrul se observă mai ales la soldați în timpul unei campanii, și pentru cari îngrijirile igienice ale picioarelor și mâinilor trebuiesc larg aplicate.

II) Tot ca efect al contusiunilor avem cunoscutele și banalele bătături, ce apar pe mâini în urma unor anumite profesiuni, dar mai ales pe degetele picioarelor, provocate de o încălțăminte strimță și reū croită.

Aceste bătături sunt de mai multe feluri.

a) Une ori avem o simplă îngroșare a epidermului, caracterisată print'o placă galbenă, rotundă, pronunțată, și ale cărei mărgini se continuă în mod insensibil cu epidermul vecin. De

o consistență tare și uscată, compusă din straturi epidermice superpuse, formeză ceia-ce Francesi numesc *Durillons*. Când se află la partea internă a degetului mare, în dreptul articulațiunei metatarso-falangienă, produce chiar o deviațiune a acestui organ, însoțindu-se câte o dată de dureri vii. Prin aspectul său, sémănă cu un bulb de cépă (oignon)

b) Bătăturile propriu zise, se deosebesc de durillióne saũ calosități, prin aceea că aũ una saũ mai multe prelungiri centrale, de o colóre albă și de o consistență tare, și cari cunoscută sub numele de cuiu saũ inima bătăturei, strebat în grosimea dermului, apasă papilele, și devin ast-fel punctul de plecare al unor dureri câte o dată escesive, nu numai la presiune, dar chiar și în mod spontanat, dacã se adaogã o congestie saũ început de inflamație.

Când aceste bătături se află între degetele piciórelor, se numesc ochi de potârniche (ceils de perdrix), cari din cauza nãdușelei și a umiditãței părților, sunt tot-d'auna moi, flasce și albe ca cum ar fi macerate; pentru acésta se mai numesc și *bătături moi*.

Contra tutulor acestor produțiunii, un singur remediũ existã: depãrtarea încãlțãmintelor strimte și rãu croite, precum și evitarea unui mers prelungit, pentru a preveni calositãțile și bătăturile cãlcãiului.

Bãile locale și excisiunea ce face preocupãtiunea specialã a pedicurilor, constitue tratamentul chirurgical.

E de notat cã acésta operațiune, în loc de a se face de însuși chirurgii, fãrã a fi consideratã ca o umilință, este încredințatã or cãrui prim venit, care lipsit de principiile antiseptice, adesea provócã complicațiunii grave saũ chiar mortale, prin tãetura acestor bătături cu instrumente murdare, dând loc la limfangite septice și chiar flegmóne difuse. Și cu atât mai de temut sunt aceste accidente, cu cât ómenii cu bătături, fac parte din societatea înaltã, cari mai adesea sunt diabetici, și la cari limfangitele, dupã cum pe larg am insistat în primul volum, sunt de o gravitate în afarã de or ce descriere.

Am vëzut mai multe casuri de mórte, provenite în urma tãerei bătăturilor; și vinovatul nu e de cât consiliul de igienã publicã, ce nu pune absolut nici un control asupra pedicurilor, lipsiți și de cunóscerea hólei, ca și de principii antiseptice.

Nu vom insista asupra diferitelor topice cunoscute sub numele

de Anticalum, căci ele nu fac de cât să exploatese buna creștință a ómenilor.

Totuși, acidul acetic și acidul salicilic, bucurându-se de proprietatea dekeratinisantă, prin umflarea și disolvarea celulelor epidermice, își aű óre-cum rațiunea de a fi.

Intrebuințarea acidului nitric fumans, își are locul în bătăturile vegetante și sângeróse, carı sunt adevérate papilóme. Intrebuințarea sa însă nu trebuie confiata de cât chirurgilor, și încă cu cea maı mare precauțiune, atingându-se partea bolnavă cu un stilet, avënd în vërful seű puțină vată muiată în lichid.

## Leziunile inflamatorıi ale pielei

În acéstă clasă se studieză maı multe bóle. Prima linie însă o ocupă *furunculul* și *antraxul*.

**FURUNCULUL** este o bólă inflamatorie, avënd sediul de obicei în piele.

Acéstă afecțiune este reprezentată printr'o tumoră conică, durerósă și acuminată, adică terminându-se printr'un fel de vârf ulcerat, și din care la un moment dat, iese o mică masă concretă și galbenă, numită inima saű cuiul bólei (bourbillon), constituind semnul patognomic al furunculului.

În limba vulgară, furunculul se numește *buboiű orb!* saű *șezut de găină!* (?)

Acéstă bólă a atras atențiunea tuturilor autorilor, și formeză chiar azi una din afecțiunile cele maı interesante, atăt din punctul de vedere al patogeniei, cât și al consecințelor sale.

Teoriile ce s'aű emis aű fost numeróse, avëndu-se în vedere maı mult explicațiunea bourbilonului.

Pentru *Dupuytren*, furunculul este inflamațiunea țesutului celulo-adipos, aflat în areolele dermului. Aceste areole însă, fiind provędute de fibre conjunctive tari, și prin urmare fără proprietate de a se întinde în urma procesului inflamator, produc o strangulațiune a țesutului celulo-2dipos inflammat, din care rezultând sfacel prin suprimarea lichidului nutritiv, ne dă acel burbilon caracteristic:

Acéstă teorie susținută și de Follin, a fost făcută pentru a combate teoria lui *Gendrin* și *Nelaton*, carı susțineau că fu-

runcul este un fel de igromă acută, ce se dezvoltă în ochiurile sau spațiile ce se găsesc în țesutul conjunctiv. Aceste ochiuri fiind considerate ca niște mici buzunare seroase, inflamațiunea lor dă naștere la aceleași produse ca și în cele alte cavități seroase, adică la o producțiune pseudo-membranasă, precum lucrul se observă în inflamațiunea peritoneelului, pericardului etc.

După acești autori deci, burbillonul nu era de cât o peliculă pseudo-membranasă.

Prin faptul însă că în acest produs s'a constatat prezența de fibre conjunctive, Follin și Dupuytren au dedus că burbillonul nu este un exudat fibrinos, cu atât mai mult că n'are nici o analogie cu cele ce găsim pe celelalte seroase; ci este rezultatul constrictiunii produsă de alveolele dermului, după cum am arătat.

După Richet, furunculul este o inflamațiune având sediul în glandele tegumentare, în special în foliculii piloși și glandele sudoripare; și că burbillonul este rezultatul unui amestec de materie normală secretată de aceste organe, din produse inflamatorii, precum și din eliminarea însăși a glandei coprină de necrobiosă, de sfacel.

Acastă teorie este și azi primită de toți, stabilindu-se că furunculul este în adevăr o inflamațiune gangrenosă, necrobiotică a glandelor tegumentare. De alt-fel, observațiunile clinice sunt în acord cu această teorie, prin faptul că furunculul mai tot-d'a-una începe printr'o ușoră acnee sau sudamină, și prin aceea că în partea acuminată, tot-d'a-una se găsește prezența unui păr. Deci origina pilo-sebacee este singură admisă azi.

Löwenberg în 1881 a demonstrat, că în etiologia acestei afecțiuni, foliculii pilo-sebacei joacă un rol foarte mare. Dinsul observă că acei perișori mici (fulguleți) fixeză la suprafața lor micro-organismele din aer și apă, și le servă ca conductori, înlesnindu-le drumul a se stabili la rădăcina lor. Ajunși aci, dinșii se dezvoltă și ocupă regiunile din vecinătate.

Acastă extensiune s'ar face, după Cornil și Babeș, prin infiltrațiunea serosă a țesutului conjunctiv, și prin intrarea bacteriilor în vasele limfatice, cari i-ar transporta la ore-care distanță, iar acolo din nou s'ar cultiva în țesutul conjunctiv.

Löwenberg admite mai mult că, puroiul eșit din deschiderea

unui furuncul, umecteză pielea, o contagioneză și determină noui leziuni, destul numai să străbată în derm în urma unei ramoliri a epidermului, și acesta mai ales în nivelul foliculilor piloși.

S'a obiectat contra acestei teorii, că furunculul de ordinar nu apare tocmai în regiunile provădute cu păr dezvoltat.

În adevăr, această bôlă nu se întâlnește pe barbă sau pe cap, ci mai mult pe ceafă or pe obraz, unde abia există ore-cari fulgi de păr.

Dar acesta vine în favorul teoriei, lucrul fiind demonstrat că foliculul pilos, cu cât e mai dezvoltat, cu atât străbate mai adânc în derm. Penetrațiunea microbilor însă se face tocmai prin acei fulgi de păr, a căror rădăcină fiind mai superficială, devine mai proprie pentru stabilirea microbului.

Cât pentru a doua obiecțiune, că furunculul se observă și în regiuni unde nu există foliculii piloși, precum sunt palmele și tălpile picioarelor, ați e stabilit că această bôlă poate să-și aibă origina și în glandele sudoripare.

S'a mai obiectat încă de Reverdin, Verneuil etc. că în tumorile furunculose, glandele sebacee de multe ori se găsesc intacte. Dar aci se răspunde, că aceste glande fiind foarte numeroase, multe din ele scăpă de a fi copleșite, ceia-ce însă nu împedică pe altele de a fi atinse.

Teoria glandulară rămâne ast-fel intactă.

Adevărata patogenie a furunculului este basată pe cercetările bacteriologice.

Cel dintâiu autor a fost Pasteur, care în 1880 a demonstrat prezența de micrococi în furuncul. Acești microbi aerobi, formați din mici cocci sferici reuniți două câte două, foarte rar câte patru, sunt adesea dispuși în grămezi, există deja în partea pielei proeminentă și roșie unde puroiul are să apără.

În lecțiunile prof. Petrini Galați, găsim că acești cocci pot să se presinte chiar în formă de ciorchine de struguri.

După Pasteur, nici o dată nu s'a întâlnit acest micro-organism în sângele circulațiunei generale, deși însă e un microb aerob.

După Pasteur, acești microbi aerobi cresc foarte cu greu în sânge; probabil din cauză că globulii roșii absorb mai repede oxigenul ca microbii, dacă bine înțeles bolnavul nu e stabilit. (Vezi lecțiunile clinice asupra bôlelor de piele de D-nu prof. Petrini-Galați).

Lucrările lui Lœwenberg, Ogston, Cornil și Babeș, Rosenbach, Passet etc. au arătat că microbul furunculului nu este de cât *micrococcus stafilococcus aureus*, adică acela al supurațiunilor circumscrise în general, și al *osteo-mielitei ordinare*.

Acest fapt este de o importanță foarte mare în clinică, dându-se pe de o parte, că adesea izbucnirea unei osteo-mielite este mai tot-d'a-una precedată de o erupțiune furunculôsă pe individ, iar pe de alta că infecțiunea glandulară constituie pârta de intrare a unei infecțiuni generale. Garré a pus în evidență acest lucru printr'o experiență personală, ce a constat în aceea că frecându-și antebrațul cu o cultură de stafilococ piogenus aureus provenit dintr'o osteo-mielită, și a produs un adevărat antrax, însoțit de febră vie și adenită axilară.

Singura deosebire ce ar exista între osteo-mielită și furuncul ar fi, după Rosenbach și Kraske, că în osteo-mielită infecțiunea este mixtă, anume, că pe lângă stafilococ se adaogă și un streptococ propriu supurațiunei.

Furunculul, dezvoltându-se în glandele lui Meibomius, se numește *urcior* (orgelet), iar în glandele sudoripare ale axilei, constituie *abcesele tuberose* ale lui Velpeau.

Otita, cel puțin esternă, nu e de cât iarăși un mic furuncul al glandelor acestei mucose; precum de asemenea și diferitele mici abcese ale buzelor, vulvei și anusului, fiind dat că furunculul se dezvoltă tot așa de ușor pe mucose ca și pe piele.

**ETIOLOGIA.** Stafilococul e de sigur cauza principală; dar înlesnirea străbaterii sale se face grație altor cauze locale și generale. În adevăr, contactul cu obiecte murdare, însoțit de cele mai mici escoriațiuni ale pielii, favorizază dezvoltarea furunculului: ast-fel avem soldații, muncitorii, tăbăcarii, măcelarii, călăreții, infanteriștii etc.

Anatomiștii sunt de asemenea foarte des atinși de furuncul, mai ales în timpul verei, când în urma sudațiunilor excesive, porii fiind deschiși, străbaterea microbului devine foarte ușoră.

În aceste casuri, adică în timpul verei, e destul o simplă iritație a pielii, fie de guler, șia, raniță, mănicuțele cămășei, o scărpinătură nebagată în sémă etc. pentru a fi urmate de furuncul. Deci or ce mic traumatism și iritație trebuiesc evitate.

Am avut un membru în familie, care aplicându-și tinctură de iod pe spate pentru a combate niște dureri, a fost coprins de



uă erupțiune furunculósă enormă, precum și de un antrax colosal în regiunea omoplatului.

Tómna și primăvara sunt anotimpurile cele mai favorabile pentru desvoltarea furuncului.

Acésta se esplică, zice D-nu prof. Petrini-Galați, prin faptul că în timp ploios, pèrul fiind igroscopic, după cercetările lui De Saussure, fixéză mai bine microbii.

Dar aceste cauze localî fórte adesea sunt ajutate de alte cauze generalî, carî forméză o adevèrată predispoziție a individului de a contracta furunculul. Aci intră alterațiunile profunde a funcțiunelor nutritive, oboselile morali, cele fizice, excesele de tot felul, derangiarea funcțiunilor digestive, febrele generale grave, vegherile nocturne și în fine abaterea de la regulele igienice etc. etc. carî sunt tot atâția factori favorabili furunculului, ce găsește un teren propice la desvoltare, grație debilităței în care se află organismul. Și în asemenea casuri, individul pòte fi còprins de o erupțiune generală, constituind cea ce se numește *furunculósă*.

Dar dintre tóte aceste cauze generale saũ predispunătore, diabetul face de sigur pe individ să contracteze bóla cu o facilitare extremă.

Intr'adevèr, esperiențele lui Odo-Bujvid, aũ arătat că stafilococul ia o desvoltare fórte repede în zahăr: o doză de stafilococ fórte slabă și insuficientă de a provoca supurațiunea, capătă o proprietate puternică pentru a da naștere la acest fenomen, îndată ce-î adăogăm o mică cantitate de zahar. Decî o supra-abondență de glicosă, favorizéză desvoltarea microbilor piogeni.

Trebue însă a nota un lucru, că dacă în majoritatea casurilor prezența zahărului se pòte constata înainte aparițiunei furunculului, așa dupe cum a stabilit Proust încă din 1840, precum și Marchal de Calvi, nu este mai puțin adevèrat, că une-orî zahărul apare în momentul desvoltărei bólei, iar alte dăți tocmai dupe ce furunculul a dispărut saũ pòte să nu existe de loc.

În adevèr, sunt mulți autori, între carî și D-nu prof. Petrini-Galați, care cu cel mai minuțios examen al urinei făcut chiar de D-nu prof. Istrati, n'a constatat zahăr în urina indivizilor atinși de furuncule. (Vezi lecțiunile clinice asupra bólelor de piele de prof. Petrini-Galați).

De aceea, unii autori susțin că diabetul e efectul iar nu cauza furunculului. Dar or cum ar fi, existența zahărului în organism, aducând o debilitate a individului, face pronosticul furunculului să devie grav, prin aceea că se poate transforma în enorme antraxe.

În privința mecanismului acțiunii zahărului, în producerea furunculului, reproduc următoarele linii din lecțiunile d-lui prof. Petrini-Galați: „Diabeticii bând apă multă, corpul lor se răcește cu timpul; zahărul nu se mai arde, rămâne prin urmare în sânge, care din această cauză devine mai gros; pielea devine uscată, căci zahărul din sânge atrage lichidele spre el; sudorea fiind mai grosă produce diferite turburări ale glandelor sudoripare și sebacee, cari devin apte a primi microbul furunculos, ce se lipește pe piele prin sudore mai lipicioasă.“

Vom adăoga, că pe lângă diabet mai avem albuminuria, azoturia, guta și diateza artritică, cari sunt atâtea cauze ce favorizează aparițiunea furunculului, fie spontanat sau în urma celui mai ușor traumatism, precum am arătat pe larg în primul volum.

În fine vom nota o predispoziție manifestă a unor regiuni pentru dezvoltarea furunculului, formând sediul său de predilecțiune. Asfel avem căfa, buzele, spatele, fesele și partea posterioară a cōpselor, toate regiuni, unde pielea fiind mai tare și grosă, au și țesutul areolar al dermului mai dezvoltat. Excepțiunea ar fi palmele mâinilor și talpele picioarelor unde nu se observă furuncul, dar acesta de sigur ține la faptul că în aceste regiuni nu avem păr — singura poartă de intrare a microbului.

Furuncul fiind o bōlă microbienă, este și contagiōsă, fapt fōrte demonstrat printr'o frumoasă observațiune a lui Trastour în 1880 și citată de toți autorii. Este vorba de cinci călugărițe cari erau însărcinate să îngrijescă pe o camaradă a lor, atinsă de antrax în regiunea fesieră. Patru din ele au căpătat furuncule pe mână și față; a cincea însă a fost scutită, grație unei suferințe anterioare și precauțiunei ce a luat de a nu spăla rufele, de cât după ce stătuse mult timp în apă fiartă; și încă nu le storcea de cât cu ajutorul unor suluri de lemn.

Dar Arnould, zice prof. Petrini-Galați, chiar înaintea descoperirei microbului furunculoșei, a raportat o adevărată epidemie de această bōlă, în armata de cavalerie franceșă.

Furunculul prin inoculație poate produce iarăși un furuncul, pe

când alte dăți un atrax, și vice-versa. Acésta de sigur e în legătură cu conruperea sau asociațiunea de microbi, precum și cu starea diatesică a individului. Ast-fel sunt următoarele casuri relatate de Leloir într'o lecție clinică asupra piodermitelor, publicată în Bulletin medical din August 1893.

I) O damă al căruî bărbat poseda nmeróse furuncule, fu atinsă și dinsa la rindul său de un mic antrax al spatelui, și de câțiva furunculă ai corpului.

II) O damă îngrijind pe bărbatul său ce avea furuncule mari, fu și dinsa atinsă de furuncule pe mâini și față. În urma acestui accident, îngrijirea bolnavului s'a făcut de una din ficele sale (cea mai mare). Dar și acésta fu atinsă de un furuncul al mâineî și un antrax al obrazului. Sora cea mai mică ce a venit să panseze pe tată, mamă și sora mare, n'a scăpat de cât în urma unor precauțiuni antiseptice rigurose.

III) Un bărbat fu atins de furuncule, spălând obiectele de pansament ale amantei sale, ce avea un furuncul al cóspei.

IV) Un tinăr purtând tartanul (cache nez) fratelui său atins de furuncule la gât, a căpătat la rândul său furuncule ale gâtului și foliculite, cu o stare sicosică a bărbiei.

V) Un tinăr avea regulat în timpul unei furuncule și antrax pe gât, din cauză că tómnă îmbrăca uă haină (pardessus) ce aparținea fratelui său, ce murise de un antrax al gâtului.

VI) D. prof. Petrini-Galați, dă în lecțiunile sale în fine, un cas foarte demonstrativ de o servitoare ce a căpătat furuncule, îngrijind pe stăpânul său (un ofițer) afectat de un antrax.

În fine sunt atâtea casuri de contaminațiune, rezultând din aceia că indivizi s'aũ culcat în patul ocupat de un furunculos sau antracic.

Cunoștințele acestea sunt foarte importante ca igienă; mai ales în precauțiunile ce trebuiesc luate prin oteluri.

Furunculul, grație naturei sale contagióse; póte lua chiar caracterul epidemic, mai cu sémă în spitalele de facere, unde prin întrebuiințarea acelorași rufe, bóla se póte transmite de la o bolnavă la alta.

În lecțiunile clinice ale D-lui prof. Petrini-Galați, găsim că, Hergott, a observat la maternitatea din Nancy, un cas unde o femeie presenta un furuncul în regiunea fesieră. Dupe câte-va zile, cinci femei cari erau în aceeași sală, aũ căpătat și ele fu-

runcule pe diferite părți ale corpului. S'a constatat că vasul cu care se spăla cea dintâi, se întrebuița și la cele alte cinci bolnave. Spălarea radicală cu sublimat corosiv a vasului molipsit, a avut de rezultat încetarea furunculosei în sală.

**SIMPTOME.** Acestea se divid în locale și generale. Cele locale încep printr'o ușoră mâncărime puțin durerósă, și o mică ridicătură roșie, conică, papulósă, or vesiculósă, plină cu serozitate sanguinolentă, mai mult saú mai puțin négră. Observând cu atențiune, constatăm în vârful ridicăturii un mic păr.

Acésta ar constitui *perióda inițială* în furuncul.

În urmă, bolnavul începe a simți o durere vie, împungătoare, ce 'i rápește repausul. Pielea din prejur se roșește saú devine lividă, iar tumora crește și ia un volum une-orí destul de mare, cât un ou, în care timp durerile și tensiunea devin și mai mari, iar tumora capătă o basă largă și îndurată.

Acésta forméză *perióda de confirmare* a bólei ce atinge punctul său maxim dupe 6—7 zile de la aparițiune. Imediat dupe acésta, tumora începe a se albi, iar vârful se deschide, lăsând să iasă un puroiú conținut în interiorul său. Dupé aceea, orificiul lărgindu-se, apare burbillonul caracteristic, în urma căruia rămâne o escavațiune mare, cu mărginile deslipite și violacee, care după o supurațiune mai mult saú mai puțin lungă, încep a apare mugurí cărnosi cu tendință către cicatrizare. Cicatricea de furuncul păstréză mult timp o colóre violacee, precum și o depresiune destul de manifestă, resultând din aderențele pielei cu părțile profunde. Dinsa se póte impune une-orí drept cicatrice sifilitice. De la aparițiune pînă la eșirea puroiului și a burbillonului, durerile une-orí sunt excesive. În acéstă periódă însă de eliminare totul încetéză. Acésta forméză ultima *periódă numită de supurație, ulceratie și cicatrizare*.

Descrierea ce am făcut pînă aci, este în totul cu privire numai la furunculul *simplu saú benign*. Există însă un *furuncul malign*, resultând din diferitele complicațiuni flegmonóse, gangrenóse și de generalizare de cari dinsul se însoțește. În acéstă varietate, putem avea o inflamație difusă a țesutului celular din vecinătate, complicație observată mai ales în furunculele desvoltate în glandele sudoripare. De asemenea, în forma de furuncul gangrenos, inflamațiunea fiind fórte intensă, durerea e excesiv de vie, precum se întâmplă la indivizii diabetici și la cari tóte

complicațiunile sunt mult mai frecvente. In acest cas, tumora se ulcerază și cade în gangrenă în totalitate, și are tendința la copleşire.

In fine furunculul în loc de a fi cu totul limitat, poate să se întinză printr'un fel de infiltrațiune, formând o placă furunculosă.

Alte dați, pe același individ, furunculul în loc de a rămâne solitar, vedem apărând de odată mai multe furuncule și în diferite regiuni, formând ceia-ce am menționat, *furunculosă*, și unde putem constata sutimi de furuncule, ne nelăsând ast-fel individului nici un punct pe care să stea. Acest fapt de sigur e o cauză de slăbiciune, dându-se că boala se dezvoltă mai ales pe discrasici, cahectici, albuminurici, diabetici etc.

Când această erupțiune furunculosă în loc de a fi răspândită pe corp, se limitează la un teritoriū devenind confluentă, atunci produce antraxul.

In fine une-orî furunculul nu trece prin periódele arătate, ci ia o evoluție bastardă, în care căs rămâne mult timp în stare de tumoră dură, violacee, fără deschidere, așa că rezoluția se face foarte încet și cu multă greutate. Această constituie ceia-ce unii autori numesc și azi *furuncul atonic*. Din contra, în alte circumstanțe, furunculul ia o extensiune locală mai mare, atât prin baza sea mai largă cât și prin o culóre roșie vântată ce'l înconjoră, ast-fel că s'ar părea a se apropia de antrax, pentru care cuvânt se și numește *furuncul antracoid*.

Simptomele generale de ordinar sunt nule când furunculul e izolat și mic; în cas contrariū, se produc fenomene grave și chiar ataxo-adinamice, mai ales dacă individul e diabetic, când se adaugă fenomene de limfangită și flegmóne difuze, formând ceia-ce autorii numesc *furuncul malign*.

Simptomele iarăși variază după sediul furunculului. Alt-fel, un furuncul al gâtului, poate împedica deglutițiunea și să se însoțescă de o dispnee intensă; furunculul din regiunea perineală poate produce retențiune de urină etc.

Dar mai ales furunculele din regiunea cervico-facială și în special acelea ale buzei, feței, cefei etc., se însoțesc de fenomene meningitice, din cauza propagațiunei inflamațiunei la sinusurile cerebrale, fie prin mijlocul venei faciale ce comunică cu oftalmica, a venelor diploe, sau a limfaticelor.

Gravitatea acestor furuncule a atras atenția autorilor încă din 1851 în persóna lui Stanley și Loyd. Dar atât autorii Englezi

cât și cei Germani, n'au dat o explicație suficientă fenomenelor observate, mărginindu-se în a le atribui unei forme speciale, numită furuncul malign, considerându-l chiar ca pustulă malignă.

*Trude* însă, un chirurg Danes în 1860, a analizat faptele mai științificește, interpretându-le pe cunoștințe anatomice, vederi ce fură primite în Franța mai de toți chirurgii ca Follin, Broca, Trélat, Verneuil, Reverdin etc. Astăzi dar, e demonstrat că malignitatea furunculelor din regiunea cervico-facială, se datorește unei flebite a venelor oftalmice sau durei mater, care foarte des se pot însoți de piemie; de unde forma ataxo-adinamică, meningitică, ce omoră pe bolnavi.

**PROGNOSTICUL** variază cu sediul furunculului. Complicațiunile flegmonose și limfangitice, dar mai ales starea diatesică a individului și în special diabetul, favorisază transformarea furunculului în flegmone difuze și consecutiv piemie.

**DIAGNOSTICUL.** O tumoră de ordinar mică, de o formă acuminată, cu o basă tare, având în vârful său un fir de păr subțire, tumoră în grosimea pielei și durerosă, constituie bazele diagnosticului.

În ceia ce privește deosebirea de un flegmon circumscrit și mai ales de o pustulă malignă, mărturisim că nu vedem între ele nici o legătură, și de aceea credem inutil a ne opri asupra semnelor diferențiale. Mai lesne putem insista a deosebi furunculul de o gomă tuberculosă sau sifilitică, cari iarăși își au semne și sedii deosebite, și în plus nu se însoțesc de dureri și reacțiuni inflamatorii, precum nici de acel burbillon caracteristic.

Antecedentele și starea generală ca și diatesa individului, ne vor arăta că ne găsim în fața unui furuncul de cât a oricărei altă afecțiune.

**TRATAMENTUL.** Mijlocele abortive ca badijonare cu tinctură de iod, or nitrat de argint, preconisate de Boinet și Velpeau, sunt iluzorii. Singurul tratament local residă în pansamente umede cu sublimat, sau cel mult în injecțiuni sub-cutanate de acid fenic împrejurul tumorei — metoda lui Bidder 1887 — precum și pulverisațiunile fenicate și băi antiseptice prelungite (Verneuil).

Mai tot-d'auna însă trebuie să recurgem la incisiuni largi și profunde, iar une-ori chiar la estirparea totală a tumorei.

Noi în general întrebuițăm Paquelin, adăogând mai multe

puncte profunde cu acel ac fin, înprejurul basei tumorei, dacă acesta este destul de largă.

De multe ori, după deschiderea furunculului cu bisturiul, noi în-trebuințăm răzuirea cavității cu lingura Volkmann. Prin acest procedeu, am căpătat rezultate din cele mai satisfăcătoare, căci distrugând toate acele bride fibróse, transformăm leziunea într'o plagă simplă, și ast-fel scurtăm foarte mult durata reparațiunei, nefiind siliți a aștepta eliminarea părților bolnave prin sfacel. Ast-fel între alte multe casuri este și acela al unui domn locot. Albu, care având un furuncul al cefei foarte mare, făcându-i răzuirea, dupe incinsie, vindecarea a fost aprópe completă în 10 zile.

În perióda de ulcerăție vom căuta a favorisa cicatrizarea regulată a plăgei.

Pe lângă acesta, trebuie să avem în vedere și diatesa individului, mai ales dacă e diabetic sau cahectic, administrându-i o medicațiune apropiată.

## ANTRAXUL ( $\alpha\theta\rho\alpha\zeta$ ) == cărbune)

Acastă bôlá, prin manifestațiunile și terminațiunea sa, prin *durerile arzătoare* ce provócă, asemănându-se cu un cărbune aprins introdus în țesuturi, a făcut pe vechii chirurghi să o considere ca foarte apropiată de carbuncul său pustula malignă. Ba ce este mai mutt, acesta din urmă era o varietate a celei dintâi.

Ast-fel Astruc (1759), împărția antraxele în 4 grupe: cărbune adevărat sau legitim; cărbune bastard sau erisipelatos; (antrax propriu zis), cărbune simplu și cărbune compus.

Boyer, ceva mai optimist, admise două categorii de antrax: benign și malign.

Dar mai ales Dupuytren este cel dintâi, care a recunoscut lipsa absolută de or-ce analogie cu pustula malignă, scoțând ast-fel antraxul cu desăvêșire din această clasă.

Astăzi toți autorii sunt de acord a admite, că antraxul nu e de cât una și aceeași bôlá cu furuncul, dar în mai mare.

De aceia Jamin definea antraxul ca un furuncul foarte întins; Follin ca o acumulațiune de furuncule, iar Broca ca un furuncul po-

ligandular; opiniune primită de toți, dându-se mulțimea orificiilor antraxului precum și a burbillónelor sale.

Astăzi e adoptat de toți autorii modul de a vedea al lui Trelat, care a dat o definiție a antraxului, bazată pe anatomia patologică și evoluția clinică. Antraxul este o tumoră inflamatorie, de volum variabil, ce începe în aparatul glandular pilosebaceu; de aci se întinde la dermul periferic și la țesutul celular subjacent; determină mortificațiunea unei părți din aceste țesuturi, și se însoțește de simptome generale adesea foarte grave.

**ETIOLOGIA.** Principiul e același ca și în furuncul, adică strebaterea în piele prin rădăcina părului a stafilococului piogenes aureus. Dar pe lângă acesta, mai avem cause predispozante și determinante. Ast-fel, statisticele au arătat lui Halpryn (1872) că nici odată antraxul nu există la copii mai mici de zece ani; că e mai frecuent la bărbat ca la femeie; că afectează bătrâni de 60—70, și în fine că se observă foarte rar în timpul iernei.

Causele determinante locale sunt iritațiunile, lipsa de îngrijiri igienice etc., în tocmai ca și la furuncul.

Caracterul contagios al antraxului, se adevărește prin diferitele inoculațiuni directe, putând ast-fel să trecă de la un individ la altul mult mai ușor ca furunculul. Ast-fel se citează cazul unui medic, care pansând pe un bolnav de antrax, a căpătat un panarițiu antracoid al mânei drepte. O spălătorésă, spălând obiecte contaminate, a căpătat un antrax al antebrațului. În fine, mulți chirurghi au contractat furuncule, făcând autopsia indivizilor morți de antrax etc. etc.

Pe lângă acesta, inoculațiunile împrejurul antraxului prin prezența puroiului, dând naștere la dezvoltare de mai multe furuncule, vorbesc în destul de contagiositatea acestei bóle. Forma acesta de contagiune este numită de Teldman *legea declivității*.

Nu se scie însă până acum dacă antraxul este o bôlă virulentă în adevăratul sens al cuvântului, de ôre-ce inoculațiuni în serie pe animale nu s'au făcut; sau unele din ele n'au dat rezultate pozitive. Trelat e contra virulenței.

Printre cauzele generale determinante, diabetul jôcă cel mai mare rol. Acastă idee a fost susținută mai ales în Englitera de Duncan, Karl Michael, Adams etc., iar în Franța de Marchal de Calvi și în Germania de Wagner, Griesinger etc.

Relativ la influența diabetica asupra antraxului, există în Fol-



lin două casuri foarte demonstrative aparținând lui Wagner. Într'unul e vorba de un om de 50 ani, de o talie atletică și sănătate perfectă, dar glicosuric. Densul e coprins de un antrax al obrazului drept, și după o mică ameliorare bóla ocupă obrazul stâng. Fenomene generale foarte alarmante se declară, iar bolnavul móre după 4 zile.

Al doilea caz iarăși aparținând lui Wagner e, cu privire la un locotenent de marină de o sănătate excelentă, dar care fiind coprins de un antrax al buzei superioare, a murit foarte repede; urinele aũ prezentat o cantitate enormă de zahăr.

Unii autori însă nu dau o importanță prea mare acestui lucru, susținând că s'a făcut o exagerațiune în această privință. Ba ce e mai mult, se admite că glicosuria e determinată de aparițiunea antraxului, iar nu acesta de diabet; drept probă ar fi că diabetul dispăre cu vindecarea antraxului, și decî, diabetul provine din starea febrilă a bolnavului.

Pe de altă parte, antraxul apare și în alte condițiuni, adică pe albuminurici, sifilitici, scrofuloși etc., fără să aibă zahăr în sângele lor.

După cum vedem, această chestiune încă nu e cu totul lămurită. Remâne însă un fapt constant în clinică, anume că, prezența zahărului în organism, fie primitivă sau consecutivă, are o influență vătămătoare asupra evoluțiunei antraxului.

Diatesa artritică sau gutosă, iarăși predispuie foarte mult la desvoltarea antraxului, după cum deja susținea Hunter. În adevăr, această bóla atacă mai ales pe indivizii voluminoși, grași și mîncăcioși, la cari economia fiind mult împregnată de acid uric, acesta tinzînd a se elimina prin piele și mucóse, ar juca rolul unui agent iritant, favorisînd aparițiunea antraxului.

**SIMPTOME.** Mai tot-d'auna antraxul e precedat de o indispoziție, oboselă, durere de cap, fenomene de anorexie, dispepsie și o mișcare febrilă, provocând chiar un adăvêrat frison.

Imediat într'un punct al tegumentului, bolnavul simte o căldură, durere vie, ca o înțepătură, însoțindu-se de o pată roșie. Mai curând sau mai târziu, tumefacțiunea crește, roșiata devine mai închisă, pielea de consistență tare și difusă, iar către centru se desemnă o tumoră cu mai multe orificii, prin cari iese o serositate înlocuită în urmă prin puroiu, iar după aceia prin părți sfacelate.

Caracteristica antraxului este că tumora ia un aspect ciuruit, întocmai ca un fagur de miere, formând semnul cel mai patognomic.

Durerea locală devine foarte mare, lancinantă; acesta repede slăbește pe individ împedându-l de a se odihni. Mai mult încă, antraxul fiind voluminos și așezat pe abdomen, torace sau gât, împedică pe bolnav de a-și face necesitățile corporale, de a respira în mod normal, mergând chiar până a prezenta fenomene de sufocație.

Se descrie două forme clinice: *antrax circumscris* și *difus*.

Cel *circumscris* de și poate lua un volum destul de mare, rămâne însă limitat, neprezentând de cât cel mult o mică aureolă roșie cu câte-va vezicule, flictene sau mici furuncule; dar totul se mărginește aci, fără a da naștere la temperatură ridicată sau fenomene generale alarmante.—Supurațiunea o dată stabilită, iar burbilonul eșit prin acele orificii sau cratera, toate fenomenele locale încep a descrește, iar reparațiunea își urmărește cursul până la complectă vindecare.—Acesta formează *antraxul benign* sau furunculul al lui Boyer.

*Antraxul difus* e forma cea mai gravă, nu numai prin fenomenele locale și generale, dar și prin complicațiunea de care se însoțește; astfel, baza tumorei în loc de a fi bine limitată, este din contra cu totul difusă, de o tărie colosală, semănând ca cum sub piele s'ar fi introdus o piatră sau scândură; colorațiunea roșie închisă, iar durerile ce provoacă bolnavului devin insuportabile.

Această placă indurată are tot-d'auna tendința a progresa, așa că poate să ocupe suprafețe colosale de 20—30 și chiar 50 c. m. de diametr. Acestea sunt adevăratele antraxe ale lui Guerin, *maligne* ale lui Boyer, și pe care le vedem ocupând totă regiunea cefeii, trecând chiar dincolo de occipital, iar în jos întinzându-se până spre epolete.—Uneori aceste antraxe pot ocupa totă regiunea spatelui sau întreaga față posterioară a cõpsei.

Volumul tumorei este iarăși enorm, ca un pumn, iar numărul orificiilor considerabil; prin ele iese o materie sanguino-purulentă murdară, sau adevărate grămezi de sfacele, formate din țesuturile coplesite. Durerile ce provoacă slăbesc foarte re-

pede pe indivizi, cu atât mai mult cu cât se însoțesc și de fenomene generale grave, ca febră intensă, limba uscată, agitațiuni, delir, coma, cari de sigur aduc o terminațiune fatală. Și cu atât mai repede mórtea e grăbită, cu cât aceste antraxe se complică de flegmóne difuse, de proces gangrenos, de supurațiuni abundente și limfangite. In urma acestor complicațiuni, bolnavul e coprins de toate fenomenele de septicemie și in mijlocul celor mai mari devastațiuni, de óre ce aponevrosele rămân descoperite, muschii disecați, distrucțiunea putând să mǎrgă chiar până la colóna vertebrală. In aceste casuri complicate, bolnavi măi tot-d'a-una sucombă in prada unei piemi, și aparițiune de abcese metastatice.

**PROGNOSTICUL** deci e fórte variabil, stând in raport cu forma antraxului și cu starea generală a individului. Antraxele cefeí și ale regiunei posterióre a corpului, sunt măi grave de cât acelea din alte regiuni. Măi cu sémă antraxele cefeí, ale feței și buzei, aú o gravitate excepțională, din cauza propagațiunei inflamației și agentului septic, prin flebita venei faciale ce comunică cu oftalmica, saú prin venele emisarii ale craniului, dându-ne fenomene de meningită.

Prognosticul iarăși variază cu întinderea antraxului, care dând loc in urma operației saú a deschiderei spontanate la o suprafață sângerândă prea largă, bolnavul se slébesce in timpul reparațiunei prin prea mare cantitate de puroiú, fiind espus in același timp la toate complicațiunile septicemice, măi ales când antisepsia nu e păstrată cu cea măi mare rigóre. Putem in fine adăoga ca semn réu pentru pronostic, acela când cu tótă întinderea antraxului, totuși bolnavul nu simte aprópe nici o durere; acesta ne anunță o gangrenă repede și o deteriorare profundă a organismului.

**DIAGNOSTICUL** este fórte ușor, așa in cât măi tot-d'auna dinsul se stabilește *de visu*, de toți aceia cari o dată aú vǎzut un antrax in splendoréa lui. In adevér, nici o bólă nu are caracterele sale reprezentate prin acele orificiuri numeróse, dând aspectul ciuruit, și acea basă roșie négră, de o tǎrie lemnósă și difusă, lucruri ce nu aú nimic de a face cu flegmonul, și cu atât măi puțin cu pustula malignă, cu care socotim de prisos or-ce diagnostic diferențial.

**TRATAMENTUL.** Putem la început aplica un tratament local, respingénd însă cu desăvârșire vechile cataplasme ce nu servă

de cât ca mediū de cultură al microbilor, precum și tôte cele-alte emplastro, ce nu fac de cât să mărescă iritațiunea. Vom întrebuița zic pansament pūr antiseptic, cunoscut sub numele de pansamentul lui Liston sau umed, și care constă în a pune compresii muiate în sublimat, apoi gutapercă și un strat gros de vată, totul menținut prin feși.

De multe ori am obținut bune rezultate cu acest mijloc, făcând în același timp prin unul sau mai multe orificii deja deschise, injecții cu sublimat, acid fenic 10% și croelină.

Verneuil recomandă pulverisațiunii repetate antiseptice, cari de sigur sunt bune, dar mai puțin eficace de cât băile prelungite, când regiunea permite.

Ca și pentru furuncule, putem întrebuița după deschidere pansarea antraxelor cu acid boric în pulbere, ast-fel precum a stabilit Loewenberg servind chiar ca anesthetic. Dr. Nicolini din Galați și Dr. Goilav au obținut câte-va succese cu acest procedeu; după cum reese din observația publicată în România medicală No. 13 din 1893.

Mai tot-d'a-una însă trebuie să recurgem la incisiuni largi și profunde, fie în sens paralel sau circular (metoda Lallemand), fie în cruce (Dupuytren) or în raze după cum practica Velpeau, mergând până la 12 sau 14 incisiuni.

Noi mai tot-d'a-una introducem în mijlocul tumorei acul fin al lui Pautelin roșit la maximum, și practicăm un număr considerabil de aceste înțepături cât se poate de adânci. După aceea, circumscrim baza tumorei la limita roșetei, prin una sau două colone de punte de foc, la distanțe de un c. m. și la adâncimi variabile; aplicăm apoi un pansament umed cu sublimat or creolină 5%. (Vezi vol. I).

După 1 sau 2 zile, orificiile se lărgesc, și fie-care începe a comunica între dinsele, ast-fel că făcând spălături cu sublimat prin unul din ele, lichidul iese prin cele-lalte în tocmai ca printr'o stropitoare.

Rezultatele sunt din cele mai satisfăcătoare, și recomandăm cu tătă insistența acest mod de a lucra, având următoarele avantaje mai ales când antraxul e voluminos.

I) Nu producem nici o emoragie și deci prevenim or-ce inoculație posibilă;

II) Temperatura escesiv de mare servă ca microbicid.

III) Tegumentele nu sunt distruse și deci nu lasă o suprafață ulterior ulcerată.

IV) Grație comunicărei orificiilor între ele, facem o irigațiune profundă și totală.

În fine, în loc ca să lăsăm cuiburi de antrax neatinse, aflate în spațiul incisiunilor, prin punctele de foc, distrugem fie-care furuncul în parte, adresându-ne direct la grămețile mai pronunțate.

O altă metodă constă în ablațiunea completă a antraxului, întocmai cum ar fi vorba de estirparea unei tumori maligne, metodă propusă și susținută mai ales de Broca (1865).

Acastă metodă este întrebuințată și ađi, în unele casuri mai cu sémă, după cum ăice Labbé, în antraxele lignóse, cari fiind prea tari nu pot fi bine incisate cu bisturiul și deci limitele profunde ale bólei nu pot fi atinse de cât cu multă greutate; ba încă chiar incisate, aceste antraxe n'au tendință a se deschide saú căsca, și deci nu daú loc la nici o ieșire de puroiú saú burbillon.

De tóte cele-l-alte substanțe destructive ca pasta de Viena, săgeți de clorur de zinc, nu vom vorbi fiind cu totul părăsite.

Este iarăși de prisos a reaminti, că antisepsia trebuie să fie pusă în prima linie, pentru a evita or-ce complicațiune.

Tratamentul chirurgical va fi însoțit și de cel general, ce se va adresa la diatesa bolnavului, mai cu sémă contra diabetului, a albuminuriei și a diferitelor cahexii, dând medicamente apropiate și susțitóre de forțe: printre acestea, dieta lactată, chinina și antipirina, apa de Vichy, sedativele, ocupă primul loc.

## DESPRE FOLICULITE

Din studiul furunculului și al antraxului, am văzut că aceste bóle își datoresc origina, putem zice la rigóre, numai unei inflamațiuni specifice a bulbului pilos. Sunt însă și alte inflamațiuni a rădăcinei părului, cari fără a da nascere unui furuncul său antrax, constitue o afecțiune a parte, numită *perifoliculită*, degenerând mai adesea într'o adevărată *foliculită pilară* care póte fi de 2 feluri: *acuminată* și *isolată*.

Când această inflamațiune se desvoltă în peri de la mustață, barbă sau obraz, se numesce *sicosis* (σύχων smochin), caracterizată prin nisce pustule acuminat aședate la basa părului, și în urma căreia se produc nisce indurațiuni tari sub formă de noduli. De aci și două varietăți de sicosis: *pustulos* și *tuberos* despre cari imediat vom vorbi. În adevăr, dintre toate discuțiunile și opiniunile emise, aceia a lui Cazenave este cea mai admisă. După acest autor, *sicosis* este o inflamațiune a foliculilor piloși, prezentându-se sub două forme: *sicosis pustulos*, când conductul escretor al părului e singur inflammat, și *sicosis tuberos* când leziunea atinge fundul de sac al foliculului.

Acastă bólă e foarte rebelă și cu tendință la estensiune, coalescând une-orî mare parte din peri, unde prin depositul lichidului ieșit din pustule, său chiar de puroi provenit din abcese foliculare ce se desvoltă, produce o pastă aglutinativă foarte desagreabilă și plicticosă pentru bolnav. Une-orî această afecțiune este de natură pur inflamatorie, dar mai adesea e sub dependența unui parazit numit *tricrofiton tonsurans*, după cum deja a arătat Bazin.

Când sicosis ocupă fața și pielea capului se numește *Kerion* al lui Celse; precum prin *mentagră* se înțelege sicosis al barbei.

Cu această ocașiune trebuie să dăm definiția unor termenî, pentru a nu fi luați unii drept alții. Ast-fel:

Prin *impetigo* se înțelege nisce pustule eczematóse turtite iar alte dăți ridicat, rotunde și rezistente, de mărimea unui

bob de mazere sau alună, dar fără relațiune constantă cu părul; evoluiază repede și se acopere de cruste galbene; au sediul pe față. Iar *ectima*, care e rară pe față, însă mai frecventă pe gambe, se prezintă sub formă de crustă neagră pronunțată, largă, turtită și izolată.

**Tratamentul** sicosisului este pur antiseptic, sub formă de spălături prin sublimat etc.

Epilațiunea e indispensabilă dacă bóla e parasitară.

Pentru detalii mai mari, recomand lecțiunile clinice asupra bólelor de piele ale D-lui profesor Petrini Galați.

**Perifoliculita acminată** studiată de Leloir în 1884, este caracterisată printr'o placă de mărimea unei piese de cinci lei sau mai mare, și de o grosime de 2—4 m. m. având sediul în special pe fața dorsală a mâinilor, a antebrațului și în toate regiunile provădute cu foliculi piloși.

Densa e de o culóre albastră sau roșie închisă, cu suprafața pe alocurea netedă, iar în alte părți aspră și acoperită de nisce cruste galbene, mai mult sau mai puțin gróse, posedând un puroi concret sau lichid. Ridicând aceste cruste, suprafața ni se prezintă ca ciuruită de nisce găuri, ce nu sunt de cât orificiul rădăcinelor de perii subțiri sau perișori, și din cari prin presiune putem scóte un lichid sau o substanță albă ca fideaua subțire.

Acéstă perifoliculită neglijată sau rău căutată, se póte complica de inflamațiuni flegmonóse, sau de ulcerături foarte rebele și luând forma serpiginósă.

Acéstă afecțiune, care se apropie de erupțiunile produse prin luarea la interior a bromului sau a iodului, este datorită după cercetările lui Pallier și Leloir, la străbaterea unui microb numit *stafilococcus albus*, sau chiar a unui streptococ dacă există și supurație. Leloir însă a făcut cercetări mai întinse în acéstă privință, găsind un microb special, bucurându-se chiar de proprietăți virulente, de óre-ce prin inoculație la epurii a produs pariez, accidente locale, roșiață, gangrenă, provocând până și mórtea animalului după 8 zile. Duclaux, în laboratorul căruia s'au făcut aceste experiențe, conchide la o foarte mare asemănare a acestui micro-organism cu acela din buboiul de Biscra despre care vom vorbi. (Cornil și Babeș).

Ast-fel fiind, tratamentul lesne îl înțelegem fiind un anti-septic.

Încă o afecțiune destul de importantă ce se găsește în grosimea pielii este inflamația glandelor sudoripare și sebacee. Primele formeză *abcesele tuberóse* ale lui Velpeau sau *idrosadenitele* lui Verneuil, iar secundele *acnea* asupra căria nu ne vom opri, fiind pe larg descrisă în lecțiunile clinice de bóbe de piele a D-lui prof. Petrini Galați.

Idrosadenita ni se prezintă sub forma unei mici tumori rotunde, tare, circunscrisă, mobilă și stând în grosimea pielii.

Sediul său e mai cu sémă pe scrot, buzele cele mari, anus, axila și areola mamelonului, regiuni unde glandele sudoripari au maximul de dezvoltare. Pe lângă celelalte cauze banale ca iritație etc., patogenia constă în prezența unui microb analog cu al furunculului, adică *stafilococcus piogenes aureus*; și ca probă avem evoluțiunea succesivă de focare multiple, uneori confluențe, rezultat al unor inoculațiuni directe de la o glandă la alta. Lipsa de prezență a unui fir de păr în vârful tumorei, este suficient pentru a-l deosebi de furuncul, fără însă a-l scuti de complicațiunile sale; probă abcesele și chiar flegmónele anusului, terminându-se uneori prin fistule, și a căror origină nu e de cât o idrosadenită.

## CHESTIONAR

Lesiuni traumatice și inflamatorii ale pielii.— Caracterele generale.— Diviziunea leziunilor traumatice. — Flictene. — Bătătură. (Durillons).

Bătăturile propriu zise.

Măsuri preservative. — Tratamentul.

Lesiunile inflamatorii.

Furunculul. — Definiție. — Istorical.

Teoria lui Dupuytren și Follin.— Teoria lui Gendrin și Nelaton.— Teoria lui Richet.

Observațiuni clinice. — Teoria lui Löwenberg, Cornil și Babeș. — Obiecțiuni. — Patogenia bacteriologică.— Microbul furunculului, analogia sa cu al osteo-mielitei.



Causele predispozante. — Rolul diabetului.

Probe de contagiositatea bôlei. — Observațiile lui Trastour. Simptome. — Perioada inițială, perioada de confirmare, perioada de supurație. — Caracterele fie-căreia din ele. Furuncul atonic și antracoid. Prognostic. — Diagnostic între o gomă, antrax etc.

Tratamentul. — Metóda lui Bidder, Verneuil. — Metóda actuală.

*Antraxul.* — Definiție. Istoric: Astruc, Boyer.

Opinia lui Follin și in special a lui Trelat. — Etiologia. — Microbul. — Caracterul contagios și virulent. Rolul diabetului.

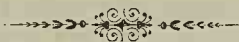
Observații. — Obiecțiuni. — Simptome. — Forme clinice: Antrax circumscris și difus. — Caractere. — Prognosticul. — Diagnosticul. — Tratamentul. — Diferite metode. — Metóda cu Paquelin și avantajele sale,

*Perifoliculita.* — Sicosis.

Perifoliculita acminată. — Caractere.

Microbul.

Idrosadenitele. — Acnea.



## § II.

# ULCERAȚIUNILE SPECIFICE ȘI TUMORILE PIELEI

## I. TUBERCULOSA PIELEI

Din studiul și istoricul ce am făcut asupra tuberculozei, e cu totul inutil a mai insista asupra peripețiilor prin cari au trecut leziunile tuberculoase ale pielii, căci ar fi să repetăm cele deja zise.

Vom spune numai că, autoritatea legei stabilită de Louis era așa de mare, în cât mult timp, nimeni nu îndrăsnea a pronunța cuvântul de tuberculosă cutanată, fără ca individul să aibă și plămâni afectați. De aceea, ca respect pentru Louis, sau mai bine zis ca timiditate, autorii s'au servit mult timp de cuvântul scrofulosă pentru a evita or ce discuțiuni și certuri!.

În adevăr nu exista de cât un singur criteriu pentru tuberculoza pielii, acela ca bolnavul să fi prezentat aceleași leziuni și în plămâni.

Dar niște asemenea condițiuni fiind cu totul excepționale, tuberculoza cutanată nu putea fi recunoscută.

Astăzi însă microscopul, bacteriologia și sistemul inoculațiilor, au distrus cu totul teoria lui Louis, arătând că tuberculoza pielii există în adevăr ca o bolă locală și independentă de tuberculoza pulmonară.

Noi nu vom intra în mari detalii asupra acestui studiu, ci ne vom mărgini a da numai două forme clinice ce sunt mai direct în raport cu chirurgia, lăsând restul pe seama dermatologilor.

Fiind dat natura contagiósă și virulentă a tuberculosei, fórte adesea observăm pe piele și mucóse ulcerațiuni specifice dezvoltate în urma unei autoinoculațiuni prin însăși lichidele individului manifest tuberculos, fie în urma unei contagiuni, bolnavul până aci fiind sănătos, dar întroducându-și virusul de la un alt tuberculos prin contact direct, fie în urma unei inoculațiuni.

Existența tuberculosei cutanate nu se confirmă numai de clinică ci și de cercetările bacteriologice întrnprinse de Cornil și Babeș, Hanot, Leloir, etc. Acești autori au găsit bacili atât în puroiul secretat cât și în marginele și fundul ulcerului.

Ast-fel Hanot într'un cas de ulcerațiuni tuberculóse serpiginoase situate pe antebraț, nu numai că bacili au fost constatați în puroiú, dar bolnavul murind de tuberculósă pulmonară, s'au făcut preparațiuni din marginele și fundul ulcerațiunilor cutanate, în cari s'au găsit o cantitate considerabilă de bacili. (Cornil și Babeș).

Varietțile clinice ale tuberculosei cutanate sunt de două forme: *Ulceratiunea tuberculósă* cu caracter distructiv și mers repede și *tuberculosa papilară* care e mai proliferantă dar cu evoluțiune lentă. După unii autori ca Vallas și Ritzo, ulcerațiunea tuberculósă este apanajul indivizilor ftisici, pe când cea papilară, aparține indivizilor sănătoși dar inoculați.

Forma ulcerósă apare printr'o ușóră rană izolată sau multiplă, dar căreia nu i se dă nici o importanță. Cu timpul însă densa crește, ia caracterul unei ulcerațiuni, de o formă circulară, sinuósă, serpiginósă ca și cum marginele sale ar fi róse de șóreci. Acéstă formă policiclică este rezultatul reunirei mai multor mici ulcerațiuni, sau mai bine zis foliculi tuberculoși. Mărginile sunt în general tăiate drept, mai adesea deslipite și de culóre roșie vânăță; ulcerul are o suprafață atonă, fără viață, acoperită de o peliculă cenușie și presărată ici colea cu puncte galbene.

Baza ulcerului este fórte puțin indurată, mai ales când ulcerația este superficială; suprafața ulcerului nu sângeréză ușor, dar secretă un lichid sero-purulent, care une-orí condesându-se formózá crustă.

Un caracter principal al acestor ulcerațiuni e că înprejurul lor se află o mulțime de mici puncte ca gămălia de ac, asemănându-se cu o adevărată semănătură de mici semințe, cari la rândul lor se ulceréză, se reunesc cu rana principală, asigurându-i

ast-fel axtensiunea în suprafață și producându-i acel caracter de mărgini policiclice.

Ganglionii corespondenți sunt intacti, totuși ulceratiunea aflându-se pe mucosa buzelor sau a limbei, densii pot fi prinși.

Semnele funcționale variază. Ulcerațiunile pielii mai tot-d'auna nedurerose, sunt din contra foarte sensibile, când se află în cavitatea bucală, pe comisuri sau orificiul anal, împiedicând pe bolnavi de a se nutri sau a efectua actul defecațiunii. Am avut în căutare pe o sârmană femeie tuberculosă din strada Virgiliu, cu niște ulceratii tuberculose bucale, care numai din cauza lor nu mânca zile întregi, spre a preveni durerile ce deveneau atroce chiar.

**Diagnosticul** de multe ori e foarte dificil putându-se confunda cu un epiteliom. Dar aci ulceratiunea ia o desvoltare mai repede, sângereză mai ușor, are marginile resfrante în afară, iar ganglionii sunt prinși de la început; pe când ulceratiunea tuberculosă e lătită mai mult în suprafață, are marginile rupte, deslipite, fără o basă indurată și fără prinderea ganglionilor în masă. În orice cas, mersul este mult mai lent, iar acele mici puncte ca nisce semințe și de o coloră galbenă, diseminate în jurul ulcerului, nu le găsim de cât în tuberculosă. Pe lângă acestea nu puțin vor contribui antecedentele ca și starea presentă a bolnavului, putând găsi fenomene de tuberculosă și în alte viscere, lucru ce nu există la un cancer.

Diagnosticul în privința sifilisului și mai ales în ce privesc plăcile mucose e ceva mai dificil. Vom adăoga însă că în sifilisul bucal, plăcile se află mai mult în fundul gurei, pe amigdale, vëlul palatin, bucele obrazului, iar cele tuberculose pe limbă, podișul gurei și fața internă a buzelor, lăsând la o parte că în perioada sifilisului secundar, diferite alte sifilide cutanate ne vor inlesni diagnosticul.

Dar și aci caracterele deja arătate ale ulceratiunei tuberculose, precum și diatesa individului ne vor fi de mare ajutor.

În casuri de îndoială, putem recurge la un tratament specific, cu toate că adesea singur microscopul și bacterologia ne pôte lămuri chestiunea.

Trebue să mărturisim că une-ori leziunile tuberculose aũ atât de mare asemănare cu cele sifilitice, în cât fără alte leziuni concomitente, diagnosticul pôte deveni imposibil, mai ales când afecțiunea ocupă regiuni neobicinuite ale sifilisului, ci mai mult

acelea a tuberculosei. În adevăr o gomă situată pe fața dorsală a piciorului e mai proprie tuberculosei; și cu toate acestea în fig. 40 originală dînsa era sifilitică, probă că vindecarea s'a obținut prin iodur de potasium luat la interior.

Dar acesta s'a confirmat mai mult prin cele alte leziuni sifilitice și anume de tubercule serpiginose ce existaū pe cōpsă și alte regiuni, precum arată figura.

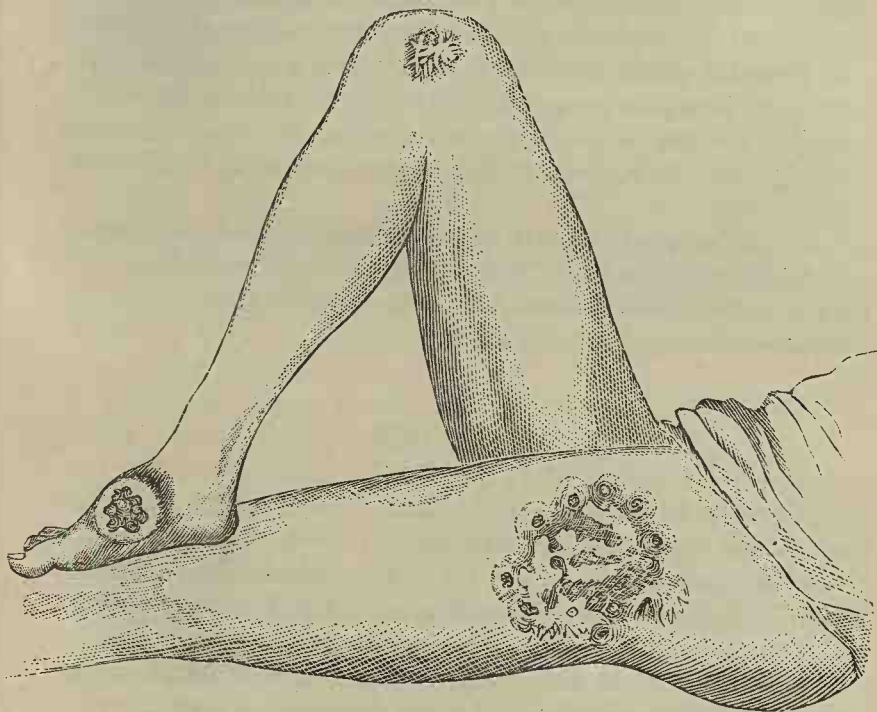


Fig. 40.

Gomă sifilitică pe dosul piciorului simulând o gomă tuberculōsă. Prezența însă de tubercule serpiginōse concomitente au evitat confușiunea. (Originală).

De aceia în asemenea cazuri, examenul minuțios al bolnavului e de cea mai mare necesitate, adesea fiind singurul ce pōte stabili adevăratul diagnostic.

A doua formă de tuberculosă cutanată e cea *tuberōsă*, reprezentată prin tuberculul anatomic și care apare pe fața dorsală a degetelor și în special pe police și index, ca fiind mai espuși la ori-ce inoculație.

Acastă formă *tuberōsă* se consideră ca cea mai benignă din

tóte tuberculósele, ceia-ce tocmai a făcut pe unii și în deosebi pe Polosson să-î nege natura tuberculósă, mai ales că de multe ori nu s'a putut găsi nici bacilul, nici foliculii tuberculoși.

Ast-fel Cornil și Babeș declară că în două casuri de aceste producțiuni n'aũ găsit bacili; pe când Karp și Riehl aũ găsit bacili în tuberculele anatomice cronice (Cornil și Babeș).

Dar faptele clinice sunt afirmative, arătând că aceste tubercule anatomice neglijate se pot însoți de limfangite tronculare, cu abcese reci multiple, cu infecțiunea ganglionilor și consecutiv a întregului organism aducând în cele din urmă mórtea individului. Și dacă microscopul n'a dat rezultate pozitive, este că probabil după cum susțin mulți autori, pielea constituie un mediu rău de cultură; dar încă o dată, clinica a arătat în destul natura sa virulentă.

Benignitatea tuberculului anatomic constă că individul prin el însuși nu e tuberculos ci inoculat în mod accidental. Deci prin îngrijiri apropiate dar mai ales prin estirpațiunea precoce, prevenim ori-ce infecțiune ulterioară.

## II. LUPUS

Afecțiune bizară, cel puțin pentru vechii autori. S'a numit ast-fel din cauza tendinței distructive a procesului său ulceros, care ca și un animal feroce, tinde la o continuă distrucțiune a părților coplesite, întindându-se une-ori în adincime (Lupus vorax), iar alte dăți în superfiicie (Lupus serpiginos).

Astăzi se scie, că acéstă afecțiune e de aceeași natură și identică cu tuberculosa, neformând de cât o varietate a parte.

Sediul său de predilecțiune e fruntea, nasul, obrazul, comisura buzelor, gâtul, trunchiul, membrele, organele genitale etc.

Natura bacilară este azi cu totul demonstrată, atât prin faptele clinice, cari ne-aũ arătat că indivizii atinși de lupus, mai curând sau mai târziu mor tuberculoși, precum și prin aceia că lupus ia tóte caracterele unei ulcerațiuni tuberculóse papilare.

Examenele bacterologice, mai tot-deauna în mâinele lui Krause, Cornil și Babeș, Leloir etc., încă din 1882, aũ arătat prezența bacilului lui Koch. Mai mult încă, acești autori aũ reușit a obține inoculațiuni pozitive cu țesutul lupic. Lustig

și Weichselbaum au reușit chiar cu inoculațiunile de sânge în care a găsit bacilul; iar aceia cari n'au obținut rezultate pozitive, de sigur au făcut eróre de diagnostic, confundând lupusul cu manifestațiunile sifilisului ereditar, sau că n'au examinat mai multe preparațiuni.

În adevăr, trebuie multă perseverență în a descoperi acești bacili, din cauză că sunt foarte puțin numeroși și astfel pot scăpa unei cercetări superficiale. Ast-fel într'un cas, însuși Koch a trebuit să examineze 27 de secțiuni microscopice, iar în altul 43 secțiuni până să găsească un bacil. Și nici o dată n'a putut constata mai mult ca un bacil într'o celulă gigantică. În plus însă, nicăeri și în nici o altă leziune tuberculoasă nu se găsesc mai frumoșe tipuri și cu caractere mai clasice foliculii tuberculoși ca în lupus.

Puțină discuțiune există asupra lupusului eritematos, unde nu s'a găsit nici foliculii, nici bacilii, plus că și inoculațiunile au fost tot-deauna negative. De aceia unii esită chiar de a pune această formă în clasa tuberculoșei. Clinica însă nu o poate separa de adevăratul lupus.

Varietățile clinice ne dă două tipuri principale, *lupus tuberculos* și *lupus eritematos*.

Lupusul tuberculos se caracterisă prin existența unui nodul de mărimea unui bob de mazăre, de o colóre galbenă, aspect lucitor, translucid și virât în grosimea pielei, ce nu presintă nici o urmă de inflamație, fiind ast-fel cu totul indolent. Mai curînd sau mai târziu acest tubercul devine môle; iar alte dăți își păstrează caracterul îndurat, fie sub forma izolată (*lupus solitarius*), fie sub formă conglomerată.

După cum se ramolesce sau nu, avem alte două subvarietăți: lupus ulceros și neulceros.

Lupusul neulceros poate fi *plan* când tuberculele sale rămân mici dar multiple și abia desemnându-se sub piele; lupus ipertrofic este atunci când tuberculele iaă o dezvoltare mare, atingînd chiar volumul unei nucii. Lupusul ulceros s'ar dezvolta mai ales pe indiviđi cu totul limfatici, producînd nisce ulcerățiuni cu tendința la extensiunea periferică, avînd cicatrițe centrale și dînd forma serpiginosă; alte dăți merge mai mult în profunzime, aducînd distrucțiuni mari, atingînd chiar cartilajele și oșele, formînd varietatea de *lupus terebrant* sau *vorax*.

Cicatrițele lor produc niște deformațiuni inspăimântătoare, mergând chiar până la atresia și astuparea complectă a unor organe ca gură, nas, ochi etc.

**DIAGNOSTICUL** prezintă ôre-carî dificultăți mai ales în privința sifilisului terțiar, începând prin tuberculele sub cutanate. De sigur, analogia ca leziune locală cu aceste două afecțiuni e foarte mare; vom sci însă că lupusul se desvoltă mai ales pe indiviți tineri, iar nu pe cei adulți ca sifilisul. Afară de acesta, e foarte rar ca sifilisul terțiar să se mărginască numai la o simplă manifestațiune în piele fără să găsim și alte leziuni în diferite regiuni, și mai ales în ôse și periost unde mai tot-d'a-una vom descoperi exostose și periostoze, lucru de care lupoșii vor fi privați, având însă în plus stigmatetele scrofulosei saũ antecedentele ereditare ftisice.

Este adevărat însă, după cum a arătat Fournier, că sifilisul ereditar pôte să se manifeste la copii prin tôte caracterele proprii ale lupusului tuberculos și unde diagnosticul diferențial de multe orî e imposibil de stabilit. De aceia, acest autor conchide, că acele leziuni de lupus, carî prin miracul s'aũ vindecat în urma unor medicațiuni iodice, trebuesc mai mult considerate ca leziuni sifilitice ereditare, de cât la leziuni ale lupusului. De aceia mai cu deosebire la adulți, la cea mai mică indoială putem recurge la un tratament antisifilitic, care nu va aduce de cât folos bolnavului.

**Lupusul critematos** se manifestă prin niște plăci roșii ocupând în special nasul, fața și anume obrajii, în regiunea pometelor.

De multe orî aceste plăci sunt simetrice și gemene, reunite între dînsele printr'o punte, ce trece pe d'asupra nasului, dând ast-fel erupțiunei aspectul comparat de Hebra cu un fluture cu aripile deschise.

Lupus atinge de ordinar sexul frumos, luându-se acest eritem drept rezultatul unei degerături de gradul I. Acastă pată cu tendința de a se întinde în mod excentric, pôte fi însoțită de o desquamațiune ușoră a dermului și chiar de o cicatrice albă, înconjurată de un lizereu roșiu.

Une-orî lupusul se acopere de squame cenușii, fine și uscate, formând niște cruste seboreice și formând varietatea de *Lupus acneic* saũ exfoliativ, ceia-ce îl face de multe orî a se confunda cu un herpes saũ eceză uscata.



**PROGNOSTICUL** e foarte serios, atât prin estensiunea răului, prin natura sea tuberculoasă, cât și cicatrițele la cari dă naștere.

**TRATAMENTUL** va fi local constând în aplicațiunea diferitelor antiseptice, și general în medicațiunea antișcrofuloasă și tuberculoasă.

Ca intervențiune chirurgicală avem mai întâi scarificațiunea, inventată de Balmanno Squire, ce se face cu un instrument în forma lingurei lui Volkmann, și este recomandată mai ales în lupusul ulceros și terebrant.

În alte cazuri, putem recurge la ablațiunea completă a lupusului, sau la distrugerea sea prin răzuire, metodă recomandată de Volkmann încă din 1870.

Se impută acestei metode sângerând că dă naștere unei auto-inoculațiunii, observându-se cazuri de dezvoltarea unei tuberculoze miliare, și chiar meningită tuberculoasă, aducând mórtea indivizilor.

Credem însă că auto-inoculațiunea póte fi evitată, operațiunea făcându-se în mod antiseptic riguros și cu aplicarea bandei elastice dacă e posibil.

Din parte-mi am distrus prin răzuire un lupus total al feței dorsale a piciorului la un copil de 14 ani, ce-i copleșise chiar spațiunile interdigitale și unde am mers cu rézuirea până la aponevroasă, fără cu toate acestea să se fi întâmplat nici un accident, individul vindecându-se pe deplin.

**Gomele scrofulose** în grosimea dermului sunt analoge cu lupusul tuberculos, cu această deosebire că dênsele au o tendință ire-sistibilă către supurație și ulceratiție, și ale cărei caractere sunt aceleași ca ale orî-cărei ulceratiuni tuberculoase, despre care am vorbit în mai multe rânduri, putându-se ast-fel ușor deosebi de tuberculele sifilitice cutanate și ulcerate.

Pentru cei cari doresce detalii mai mari, recomand instructi-vele lecțiuni ale d-lui profesor Petrini-Galați.

### III. ULCER EXOTIC AL PIELEI

(Coși, bubă, bouton d'Orient, de Alep. de Biscra, herpes de Nil, bóla de smochine a Arabilor (din cauza credinței că mâncarea sau culesul smochi-nelor produce această bóla etc. etc.)

Se numesce ast-fel o ulceratiune cutanată având ca sediú special membrele și fața. Este proprie țárilor calde mai ales din Orient.

Patogenia sea se atribue astăzi unui microb foarte analog cu stafilococul piogenes aureus, dispus în formă de zooglăes și foarte bine studiat de Duclaux, care a obținut inoculații pozitive pe epurii.

A fost încă observată din 1756 și 1787 de Russel și Volney, iar în Franța s'a studiat mai bine de Alibert în 1833.

**SIMPOMELE.** Se descrie trei perioade: *perioada papulo-tuberculósă*, începând printr'o ridicătură mică ca gămălia de ac, semănând cu o acnee. Mai târziu apare o mică crustă galbenă ce se întinde împrejur, formând un coleret epidermic. Mai multe papule de acestea se reunesc formând tubercule conglomerate. Când suprafața lor devine mai roșie, se acopere de scuame uscate, iar centrul se ramolesce; atunci, în urma unei scărpinături se produce un ulcer.

II) *Perioada ulcerativă.* Dacă ridicăm crusta centrală, apare o ulcerațiune mică, profundă, iar alte dați prin confluența mai multor puncte ulcerate, ne dă o ulcerațiune mare, ale cărei mărgini se apropie prin colorea lor de a siflidelor. Acastă ulcerație de ordin ar este îndolentă, une-orî însă e foarte durerósă, mai ales când se află pe plicele articulare ale degetelor; câte o dată secrețiunea devine purulentă și fetidă.

*Perioada III. Cicatrisarea* se efectuează după 6 luni: mai des după un an, pentru care afecțiunea s'a și numit bółă de un an.

Repararea se face pe socotéla unei cicatrițe indelebile, de o colóre roșie, une-orî albă și provézută de o mulțime de mici găurii, semnul ulcerațiunilor elementare, ce sémănă foarte mult cu cicatrițele sifilitice.

Une-orî cicatrița fiind întinsă, dinsa póte prin retrachilitatea ei să producă diferite diformități, dacă-și are sediul pe buze, nas, obraz, pleope etc. Acastă bółă fiind de natură microbienă este de natura contagiósă, și de aceia numărul bubóelor póte să fie considerabil mergând până la 20—30 și 40, grație inoculațiunilor succesive; ba une-orî ia chiar un caracter epidemic.

**PROGNOSTICUL** e destul de serios, atât prin tenacitatea în fața tratamentului, cât și prin posibilitatea diferitelor complicațiuni ca limfangite, adenite, flegmóne etc.

**DIAGNOSTICUL** e dificil, putându-se confunda în prima perioadă cu furunculul, perifoliculitele, etc., iar în perioada ulcerósă cu

ectima, șancăr, lupus, epiteliom și mai cu deosebire cu sifilisul în toate perioadele sale. Vom lua însă în considerație proveniența individului, stabilind dacă aparține țărilor calde sau a făcut călătorii în orașele sus indicate.

Tratamentul va consta în parasiticide, mai ales în aplicațiuni locale sub formă de pomezii mercuriale. Ast-fel un plastor de Vigo, tinctura de iod, sublimatul corosiv, iodoformul au dat pe rând diferite succese.

## TUMORILE PIELEI

**I. PAPILOMELE.** Sunt tumori formate de o ipertropie a papilelor normale simple sau compuse. În țesutul conjunctiv însă al acestor tumori se găsesc celule embrionare în abundență, arătând intervențiunea unui proces inflamator, fără însă ca aceste celule precum și prezența țesutului conjunctiv să ne autorizeze a admite natura sarcomatoasă sau fibrasă a acestor tumori.

Suprafața papilomelor este acoperită de un înveliș epitelial, păstrând caracterul pavimentos, iar alte dați suferă evoluțiunea cornată, de unde și divisiunea clasică în *papilome mucóse* și *cornate*.

Origina acestor tumori este pur inflamatorie, căci atât observațiunile clinice cât și histologice au arătat că nasc în urma unei iritațiuni și necurațenii.

Representantul lor îl vedem în negii sub diferite forme, ce se dezvoltă pe mucoșele organelor genitale afectate de blenoragie, și unde une-ori ia o dezvoltare enormă. Ast-fel avem vegetațiile prepuțului, ale glandului, vulvei, anusului etc. etc.

Pe lângă acestea, există nise negii cu totul mici, moi, sesili sau pediculați, cari apar pe fața dorsală a degetelor mâineii, pe față, gât, mucoșă labială etc. Dinși sunt contagioși posedând un microb numit *bacteriem porri*, descris de Majocci de Cornil și Babeș, și contra cărora nu există de cât escisiunea sau distrugerea cu acid nitric fumans.

**II. VEGETAȚIILE SENILE** se observă pe pielea bătrînilor sub formă de plăci ridicate, neregulat rotunde, de mărimea unei piese de 2—5 lei și de o coloră închisă neagră.

Suprafața netedă și de o consistență gresosă, fiind ridicată cu degetele, lasă în evidență papilele ipertrofiate.

Aceste vegetații iritate se pot transforma în ulcere cutanate capilare și pot deveni punctul de plecare al cancroidelor.

Se mai descrie încă nisce *papilome numite simple*, ce apar pe adulți, ocupând fața dorsală a mâinilor, a picioarelor și a antebrațului, asemănându-se foarte mult cu tuberculul anatomic, fiind prin urmare de natură tuberculosă.

III. **MILIUM** și **COMEDON** sunt de sigur cele mai puțin importante ca chirurgie.

**Milium** este o tumoră de cea mai mică mărime posibilă, de unde 'i-a provenit și numele, ne fiind nici o dată mai mare ca un bob de mei, semănând ca niște mărgăritare izolate sau reunite, de o culoare albă sau galbenă, iar uneori transparentă. Sediul lor e imediat sub epiderm. Nu are nici un orificiu, cu toate că procede din glandele sebacee sau foliculii perilor subțiri, căci orificiul de escrețiune este astupat; și ca probă de origina lor avem, că dacă le înțepăm cu un ac scotem o mică masă solidă, ce nu e de cât produsul de escrețiune al glandei.

Se observă mai cu seamă pe frunte, unghiul extern al pleoanelor și pe pomete. Dacă sunt numeroși sau capătă un volum mai mare, devine întru cât-va disgrațioși.

**Comedon** sau acnea punctată, este iarăși o mică tumoră așezată în glandele sebacee, caracterisată printr'o ridicătură albă sau galbenă, de mărimea unei gămălii de ac, având însă la centru un punct negru, de unde prin presiune iese un mic cilindru alb, cu extremitatea neagră, numit în popor vierme cu cap negru. De aci provine chiar și numele bólei comedon, din *comedere*, a mânca, a råde, a perfora întocmai ca un vierme.

Punctul negru provine după unii din celule keratinisate și pigmentate cari astupă canalul escretor.

Se crede a fi de origină parasitară, găsindu-se în el un vierme: *Demodex folliculorum*, descoperit încă din 1842 de Henle.

Sediul lor e pe față, obraz, frunte, nas și spate. Câte o dată numărul lor e așa de considerabil în cât desfigurază pe indivizii ce le poartă; s'ar zice că niște grăunțe fine de praf de pușcă sunt împlântate în grosimea pielii, dând un aspect de murdărie bolnavului. Diagnosticul între comedon și milium constă în lipsa de orificiu și prezența punctului negru; iar milium se

deosibește de sudamina prin conținutul lor: materie sebacee în milium; sudore în sudamină.

Tratamentul constă în loțiuni boricate, pomezi sulfurate sau chiar deschiderea micilor tumori cu bisturiul. Piffard aplică o mică picătură de t-ra Iodi după incisie, în scopul de a provoca o inflamație și a distruge glanda.

#### IV. CHIȘTI SEBACEI

Sunt nise tumori de consistență și aspect variabil, având o pungă ce conține celule epidermice și materii gresose.

Numele lor provine din aceea că Beerhaave și Van Swieten le consideră ca rezultatul unei retențiuni a produselor de secrețiune a glandelor sebacee. Cooper și Follin susțin această teorie arătând chiar că chistul sebaceu nu e de cât o desvoltare, o maturitate a acelor mici tumori pe cari le-am menționat, adică milium și comedon.

Astăzi Pagét, Hartmann, dar mai ales Franke, luptă contra acestei opinii deja veche.

Acești autori se bazază mai ales pe faptul că chiștii sebacei nu se desvoltă numai în grosimea pielei, ci în regiuni mult mai profunde, unde de sigur aceste glande nu există, precum de asemenea și în regiuni ce nu sunt prevăzute de glande sebacee. În adevăr, s'a observat chiști sebacei nu numai în țesutul celular subcutanat, dar chiar supt aponevroze, precum și pe palmele mâinilor și picioarelor, unde lipsa glandelor sebacee nu mai e de discutat.

Acești autori dar susțin că acești chiști au aceeași origină ca și chiști dermoizi, adică provin dintr'o incluziune a unei porțiuni aberante de epiderm în timpul vieții fetale. De sigur, această origină se poate aplica la chiștii sus indicați, dar a susține că un chist sebaceu așezat la rădăcina unui păr, cu un punct central negru ca și celelalte mici tumori, milium și comedon, provin dintr'o incluziune ectodermică, ar fi a merge cu generalizațiunea prea departe, și a abuza de datele embriologice. Rămâne dar, că cea mai mare parte din chiștii sebacei rezultă în adevăr din obstrucțiunea canalului secretor a glandei pilo-sebacee.

Dinșii se observă în special pe față, scrot, dar mai ales pe

pielea capului, unde iaŭ numele de lupi. Se pot însã desvolta și în alte regiuni cronic iritate, ca de exemplu fruntea saŭ umerii, — prin acțiunea localã ce determinã frecarea pãlãriei saŭ a bretelelor.

Acești chiști pot fi divisați în cutanați, sub cutanați și sub aponevrotici, după sediul ce ocupã. Volumul lor în general nu e mare, mârșinindu-se la acela de o alunã saŭ nucã; cu tôte acestea neglijați saŭ iritați, pot lua o dezvoltare fôrte mare, putându-se întinde de exemplu de la apofisa mastoidã pânã la claviculã.

Follin citézã un cas al lui Lebert unde un chist cãpãtase volumul unui cap de copil. Une-orì iaŭ o formã turtitã ca de bróscã țestósã, de unde numele de *talpa* saŭ *testudo* ce se dã acestor tumori.

În ce privește numêrul lor, câte odatã e considerabil mergând chiar pânã la 100.

În general însã numêrul e mult mãi restrâns, observându-se 5—6 saŭ cel mult 10, precum aratã figura nóstrã originalã, unde existã 8 chiști sebacei saŭ lupi pe pielea capului (Fig. 41.)



Fig. 41.

Chiști sebacei saŭ lupi ai pielii capului (originalã).

conținutul este în tocmai cu unt-de-lemnul, formând *chiștiuleiși*.

În fine grãșimea póte sã se impregneze de diferiți aciði:

Mãi tot-d'a-una sunt sesilì; în momentul extirpãrei însã îi gãsim pediculați, ceia-ce probeazã tocmai origina lor glandularã. Dinșii sunt mobili, aŭ tegumentele normale și libere, iar consistența variabilã, și după dînsa s'aŭ stabilit chiar mãi multe varietãți:

Se numesce *aterom* când celulele predominând în cavitatea chistului, conținutul este caseos, ca o cocã, iar alte dãți este și mãi tare, semãnând cu seul solidificat, de unde numele de *steatom*.

Din contrã, une-orì lichidul este cu totul semi-solid, mãi mult fluid, asemãnându-se cu mierea, de unde numele de chist *meliceric*; iar alte dãți

stearic, margaric etc.; și se numește *colesteatom* tocmai acei chiști în cari se constată mare cantitate de colesterină.

**PROGNOSTICUL** e foarte benign, afară bine înțeles de diferite complicațiuni precum și de opiniunea susținută de unii de a se transforma în epiteliom.

**DIAGNOSTICUL** se impune, și numai de formă, ca să zicem ast-fel, se mai caută a se diferenția de o gomă scrofuloasă or sifilitică.

S'a căutat a se face un diagnostic diferențial între meningocel și encefalocel. Aci mărturisim, lucrul e mult mai serios; pe de o parte, că aceste tumori craniene, apărând sub tegumente, pot în urma diferitelor circumstanțe, fie inflamatorii etc. să-și piarză caracterul patognomonic de a fi reductibile, și de aci lesne înțelegem consecințele, luându-le drept chiști sebacei săi lupi.

Alte ori inversul se produce, și acesta mai ales în chiștii foarte vechi și de un volum mai mare. În general, chiștii dermoidi, sunt cari cu timpul și treptat pot ajunge a contracta aderențe cu periostul, iar de acolo pe nesimțite să producă o uzură a osului și consecutiv o perforare, ceia-ce aduce inconveniente foarte mari, dacă nu chiar periculoase, în urma estirpării lor. De aceea un asemenea fapt trebuie să-l avem în vedere, pe de o parte a nu fi surprinși, iar pe de alta a nu merge în mod orbesce, putând deschide meningele, creștând că ridicăm pediculul chistului.

Este de prisos socotim a spune că tratamentul e pur chirurgical al acestor chiști, constând în ablațiunea totală împreună cu membrana de înveliș, spre a împedica orice recidivă. Când acesta nu e posibil, vom practica incisiunea largă, însoțind-o de rezuirea pungei și de cauterisațiunii ulterioare cu acid fenic, spre a-i distruge cu totul punga.

## V. COARNELE CUTANATE

Sub acest nume se înțeleg nisce producțiuni ce constituie o adevărată curiositate științifică, și constau în aparițiunea pe tegumente a unor escrescențe, al căror aspect și consistență le apropie în adevăr de cornele animale.

Istologia a arătat, că ele nu sunt alt-ceva de cât depozite succesive de stratură epidermice.

Ele însă pot să-și aibă origina și într'un neg, care crescând

mereu și acoperindu-se de celule epidermice, poate în cele din urmă să se transforme într'un adevărat corn.

Une-ori aceste córne sunt excesiv de multiple, așa în cât acopere mai totă suprafața corpului. Există un cas celebru al fraților Lambert, cari au adus bolnavul la Paris pentru a fi vădit de marele dermatolog Alibert.

Une-ori aceste córne sunt moi, iar alte dăți de o consistență tare, și prin generalizarea lor, schimbă cu totul aspectul de om al individului, apropiindu-l de un porc mistreț, sub numele căruia chiar, acești nenorociți sunt exploatați pentru a fi espuși la târguri, unde curiozitatea face a se plăti ore-care intrare.

Mai adesea însă córnela sunt solitare, avându-și sediul de predilecție pe față, cõpse, dar mai ales pe cap, fără însă ca mucõsele să fie escluse, căci s'a observat nisce asemenea córne, pe conjunctivă, limbă, glandul penisului și prepuț. Aceste córne tari au une-ori o lungime destul de mare, putând merge până la 20 c. m.; iar grosimea de 3—4 c. m. Une-ori sunt drepte, sau încurbate ca córnela de berbec, iar alte dăți posedând alte mici córne secundare, dându-i un aspect ramos, ca córnela de cerb.

Tot ca producțiunii cornate se consideră și acele depozite mai mult său mai puțin grõse de epiderm în formă de solzi, asemănându-se cu ichtiosa și formând o specie a parte de córne în plăci.

Se admite că necurățeniile și diferitele iritațiuni locale, ca eczeme, ulcere, negi, cancere, lupus etc., favoriză producțiunea acestor córne — condițiuni ce adesea le găsim în clasa săracă, unde tocmai se observă aceste producțiuni monstruõse.

Diagnosticul se impune; iar cât pentru prognostic trebuie ȳcare rezervă, susținuându-se că une-ori nisce asemenea córne mici pot fi punctul de plecare al dezvoltării unui cancrõid. Ast-fel Boyer a operat un om de 40 de ani, la care un corn al obrazului produsese după câți-va ani o tumoră malignă, ce a recidivat de vre-o 2 ori. Denucé a observat o femeie de 80 de ani, care a murit de un cancer, dezvoltat în urma unui corn al brațului stâng.

**TRATAMENTUL** nu e de cât chirurgical și constă său în ferestruirea cornului la baza sa și nivelul pielei, dacă-i prea mare, dar mai ales în estirparea totală a córnelor când nu sunt așa multiple și dacă regiunea ne permite, căci numai ast-fel putem preveni ori-ce recidivă.



## VI. TUMORI EPITELIALE ALE PIELEI

Am studiat deja o mare parte din ele, arătate în capitolul tumorilor în general și în special în chistele sebacee, cari sunt cele mai comune. Dar vorba aci e de un neoplasm său mai direct și de epiteliomul său cancroidul pielei, cunoscut de Englesii sub numele de *Ulcus rodens*, iar de cei vechi sub acela de *noli me tangere* și care apare în special pe ómeni ceva înaintați în etate. Are ca sediū fața, dosul nasului și sghiabul naso-bucal, nasogenial etc.

Se mai poate încă observa și în alte regiuni fiind în legătură cu profesiunile individului. Ast-fel avem un epiteliom al scrotului ce apare la măturătorii de coșuri (epiteliom des ramonneurs); epiteliomul feței dorsale a mânelor și antebrațului, la lucrători din fabricelē de gudron și parafină, etc., tóte datorite exclusiv iritațiunei locale a acestor substanțe.

Acest epiteliom al pielei, numit încă și ulcer șancros, din cauza asemănărei ce ar avea cu un șancăr extragenital, se susține că provine dintr'o iritațiune glandulară. Dinsul se caracterisă printr'o placă ulcerată, indurată, cu marginile tăiate drept, resfrânte în afară și stând pe o bază resistentă. Mersul său este eminentemente lent și pare a atrage către sine părțile moi vecine. Acésta ne și explică enorma suprafață sângerândă ce determinăm, când estirpăm aceste tumori relativ mici, și care nu provine de cât din secțiunea bridelor ce le ficsău de tumoră; o dată însă secționate, pielea retractându-se, ulcerația se mărește. De și aceste tumori au tendința a rămânea staționare și a nu se propaga la ganglionii, totuși nimic nu le împedică de a lua un caracter malign local, fiind neglijate sau iritate. Ast-fel Bérard spune că a văđut bolnavi la cari orbitele, fosele nasale și gura nu formaū de cât o singură cavitate; și cu tóte acestea starea generală a acestor indiviđi ce numai au figură umană rămânea escelentă. Pe lângă acestea, cancroidele pielei, pot cu timpul atinge chiar scheletul, precum se întâmplă la cele situate pe craniū și nas, putând ast-fel merge cu copleşirea până a strebate în cavitatea craniană, perforând ósele craniului, etmoidul, și dând ast-fel naștere la niște distingeri cu totul înspăimântátore. Un exemplu în mic se póte ve-

dea în fig. 42 luată din serviciul meu de la spit. Filantropia în 1892. Încă un fapt demn de notat este, că aceste epitelióme pot fi multiple, rezultând din contagiunea directă, ceia-ce ar veni în ajutorul teoriei parasitare și anume a acțiunei prezenței coccidiilor.



Fig. 42.

Epiteliom al feței complicat de distrugere a obrazului și copleşirea mucoasei bucale. (Originală).

Din punctul de vedere clinic, epiteliomul pielei ne prezintă trei varietăți distincte, de și une-ori se pot asocia între ele. Ast-fel avem: *epiteliom turtit plan sau superficial*; *nodos* și *papilomatos*.

Cel superficial numit încă și *ulcus rodens* începe prin niște ridicături foarte mici cărora nu li se dă absolut nici o atențiune,

luându-se chiar de unii bolnavi drept grăunțe de frumusețe, dar cari dupe un timp óre-care se ramolesc puțin la virf, lasă să iasă un lichid ce se usucă pe loc, și produce o crustă galbenă sau brună. Cu timpul, elemente noi se adaogă la cele vechi, și ast-fel treptat dupe 5, 10 luni și chiar și mai târziu, se forméză o ulcerațiune de o întindere și formă variabilă luând aspectul ser-piginos.

Varietatea nodósă sau profundă, începe d'adrechtul prin niște tuberculi ce se desvoltă și ocupă grosimea pielei, și cari iarăși în mod lent și prin adăogare succesivă de noi tuberculi, merge progresând până a copleși toate părțile subjacente, distrugând óse, periost și deschizând articulațiile și alte cavități naturale.

Cât pentru varietatea papilomatósă acésta apare sub forma unui neg pediculat sau sesil, dar care nu întârzie a degenera în ulcer, ce se caracterisă prin o suprafață granulósă, cu spintecături sau fisuri roșii și fórte ușor sângerânde.

Din caracterile descrise resultă, că aceste epitelióme se pot impune drept un șancăr, și mai ales drept un lupus; cu atât mai mult cu cât dinsele une-orí ne pot oferí fenomene de cicatrizațiune la centru, rămâind numai cu nisce ulcerațiuni periferice, și luând ast-fel caracterul ulcerațiunilor serpiginóse sifilitice sau lupice.

Opiniunea unora că epiteliomul pielei se póte desvolta și pe o ulcerațiune de lupus, nu este încă confirmată, de și se susține, că acea varietate de lupus rodens sau vorax, ce se însoțesce de nisce destructiuni fórte mari, nu este de cât rezultatul unei desvoltări a epiteliomului. Dar acéstă afecțiune, a căreia natură fiind tuberculósă, noi nu o credem capabilă de a se transforma în cancer, ca unii ce deja am susținut în primul volum, că tumorile maligne sunt apanagiul diatezei astritice și incompatibilă cu diatesa tuberculósă. (Vezí primul volum, despre diateze).

Ie ceia ce privește tratamentul chirurgical, fórte rar avem o-casiunea a'l aplica, de óre-ce după cum am vèzut, mersul bólei fiind fórte lent și înșelător, face ca bolnavii în general să ni se presinte în perióde cu totul înaintate când nu ne rămâne de cât un rol fórte restrâns, limitat la simple aplicări de substanțe sau pomezii.

Trebue însă a nota, să ne ferim a produce iritațiuni pe plagă sau a întepinde operațiuni incomplete, căci acestea au de efect

a grăbi în mod înspaimântător un mers repede, cea ce de sigur nu face de cât a compromite arta chirurgicală.

## VII. CHELOID

Numit ast-fel din asemanarea ce ar avea cu nisce picióre de rac (ἔηλη rac și εἶδος formă). Este o tumoră formată din polife-rațiunea țesutului fibros al dermului cu sau fără comprimarea glandelor.

Acéstă tumoră ni se presintă sub aspectul unei escrescențe mai mult sau mai puțin pronunțată, do o formă rotundă ovală or cilindrică, semănând după Retz cu o macarónă.

Are o consistență fermă dar elastică, mobilă pe tegumente, cu care face corp și nu are absolut nici un resunet asupra orga-nismului.

Se deosebesc două feluri de Cheloide: unul *spontanat* ce a-pare fără nici o cauză apreciabilă și avënd un sediū de pre-dilecțiune pe sternum, apendicele xifoid sau spațiul interma-mar, și un alt *cheloid fals*, ce se desvoltă, pe o veche cica-triță.

Deja Bazin, iar azi mai mulți autori, voesc a susține că Che-loidul adevărat nu există, fiind tot-d'auna fals, căci mai tot-d'auna putem descoperi în antecedentele bolnavului acțiunea unui mic traumatism, ce de sigur a provocat o mică cicatrice nebă-gată în sémă. Ast-fel vom desceperi aplicațiunea unei lipitori, o înțepătură, lovitură de biciū, frecarea pielei de un nasture de cămașă, găurirea urechelor—după cum e obiceiul, vaccinațiunea etc, etc; iar când acestea par a lipsi pentru regiunea sternală, atunci de sigur a fost în acest loc una din acele mici tumori ce am studiat sub numele de acnea, care cu timpul s'a trans-format în cheloid.

Este însă un lucru aprópe probat, că acéstă afecțiune se des-voltă pe indiviđi scrofuloși; și ca probă avem că pe aceste per-sóne, cheloidele numite false se desvoltă aprópe în mod inevi-tabil pe or-ce cicatrice, fie operatorie or cauzată de arsuri etc.

Unele din ele sunt albe; mai adesea însă aū o colorațiune ro-șietică sau violacee, cu arborisațiuni vasculare, visibile mai ales la periferie.

Acéstă tumoră, al cărui mers este tot ce póte fi mai insidios, crește câte o dată numai în lungime întocmai ca o macarónă,

după cum a arătat Retz, formând ceia-ce Alibert numia *Cheloid cilindraceu*; alte dați însă ia aspectul unei plăci de diferite forme: pătrată, ovală, oblungă, dar trimițând prelungiri în diferite sensuri, ceia-ce tocmai i-a provocat numele ce'l p'ortă, asemănându-se acele prelungiri cu picióarele de rac.

Cheloidul în majoritatea casurilor e unic; une ori însă putem observa tumori multiple, precum e cazul lui Cazenave cu 10 tumori, iar al lui Follin cu un număr considerabil de tumori pe același individ.

Tot între tumorile rezultate din ipertrofia țesutului conjunctiv al dermului, intră și *sclerodermia*, caracterisată prin indurațiunea și retractiunea pielei pe regiuni une-ori foarte întinse ale corpului, aducând desfigurări și suprimarea funcțiunei organului. Sediul de predilecție sunt mâinele dar mai ales figura (fața) formând o adevărată mască individului. Nu ne vom opri însă asupra acestei afecțiuni, fiind de domeniul dermatologiei.

Contra cheloidelor nu putem face aprópe nimic, căci atât compresiunile cât și aplicațiunile locale de emplastru de Vigo, nu dau aprópe nici un rezultat. Astăzi autorii sunt pe punctul de a descoperi diferite substanțe, cari injectate împrejurul tumorei, ar aduce topirea acestei escrescențe, considerată de Valpeau și Alibert ca o varietate de cancer, iar de Bazin ca o tumoră fibroplastică.

### VIII. FIBROAMELE PIELEI

Contrariu cu numele ce'l posedă, aceste tumori au mai mult o consistență môle, când iaú numele de *moluscum*, iar când se pediculiséză se numesc *moluscum pendulum*.

Aceste tumori după observațiunile lui Besnier pot să aibă sediul în piele sau în țesutul celular sub-cutanat, de unde *fibrom ipodermic*, formând o tumoră sferică mai mult sau mai puțin môle, iar une-ori dură, dar cu tendință de a deveni pendulum; și *fibrom profund al dermului* mai adesea sesil. Fibrómele moi sau moluscum pot fi solitare sau generalisate. Structura lor considerată de unii ca fibrósă iar de alții mixomatósă, póte să conție și fibre musculare lise, ceea-ce se esplică prin sediul acestor tumori, unde se găsesc nisce asemenea fibre.

Recklinghausen le atribue o desvoltare împrejurul vaselor

sanguine și limfatice, precum și în jurul nervilor. De aceea după acest autor, *moluscum solitar* ar fi un limfangio-fibrom; iar *moluscum generalisat* un nevro-fibrom. Drept probă ar fi structura intimă a acestor tumori ce s'ar asemăna cu țesutul conjunctiv perinervos, precum și în existența unui fir nervos ce strebate tumora, formând chiar nisce nevróme în miniatură; precum și faptul că aceste fibróme multiple se găsesc în trunchii nervoși ai membrilor.

Dar această opiniune nu e primită în mod absolut, și se admite ași că fibrómele său *moluscum* póte să ia naștere împrejurul or-cărui element al dermului, precum corpul papilor, (*Rindfleisch* și *Besnier*), țesutul conjunctiv ce înconjóră areolele grosóse (*Virchow* și *Bazin*) precum și în țesutul conjunctiv ce însoțesce foliculii pilo-sebacei.

Din punctul de vedere clinic, aceste tumori ni se presintă sub forma unor escrescențe de mărimea unui ac de gămălie, alună sau nucă, rar ca un ou de găină, așa că une-orí dênsele seamănă ca nisce alice vârâte în derm. Pielea e normală sau puțin roșie prin prezența unor fine arborisațiuni dezvoltate la vîrf. Mai tot-d'auna moi și asemenea unei bóbe de strugure shârcită; când sunt ceva mai dezvoltate, au tendința d'a se pediculisa. Une-orí presintă fenomene nervóse, ca anestezie sau iperestezie, ceia-ce ar veni în sprijinul opiniunii lui *Recklinghausen*.

*Moluscum solitar* al căruia sediú este mai ales tîmplele, pleo-pele, céfa, pieptul, și buza cea mare, iar fórte rar palmele mâinilor și piciórelor, recunósce adesea un traumatism, și póte să aibă o formă atárnândă ca aceea a unei limbe de orologiú, sau turtită în forma unei cute.

Ast-fel *Chassaignac* a prezentat un bolnav cu un fibrom pendulat, care inserat la partea superióră a pieptului, avea un ast-fel de pedicul, în cât mergea până la pubis. Cât privește forma turtită cunoscută încă sub numele de *dermatolisis*, casurile sunt și mai curióse. Ast-fel *Nélaton* a arătat o asemenea tumoră, care sub formă de plică pleca de la céfa până la sacrum, iar înainte până la epigastru...

Dar unul din casurile cele mai celebre este acela al unui medic *Eleonor*, vęđut de *J. Bell*. Este vorba de o cută a pielii, lungă de un metru și cinc-zeci, care plecând de la ureche și înnapoia capului, acoperea gâtul, pieptul și abdomenul, căđend în jos

sub formă de burelete voluminoase, întocmai analoge cu nisce pachete de intestin, sau împrumutând expresiunea lui Duhring, cu niște șalvarî turcești! Când femeea stătea jos, ea era silită să-și pue pe genuchi cu ambele mâini această tumoră monstruoasă.

Pozzi a extirpat o asemenea tumoră care pleca de la mamelă la cõpsă, cântărind 11 kilg. și care pusese 10 ani pentru a se desvolta.

**PROGNOSTICUL** e benign, afară de complicațiunî inflamatorii, precum și de unele fapte arătate de autori că, frecările repetate și ulceratiunile ce produc pot da nascere la emoragii grave; dar mai ales trebuie să notăm posibilitatea acestor tumorî de a degenera în sarcõme și chiar cancere.

**TRATAMENTUL** nu e de cât chirurgical, constând în ablațiunea tumorii, fie prin legătura elastică sau estirparea cu bisturiul.

Mai există încă și alte tumorî diverse ale pielei, însă de o mai puțină importanță, fie prin varietatea și confusiunea lor cu alte tumorî, fie făcând un studiū special de dermatologie.

Ast-fel avem miõmele pielei, cari pot fi și ele multiple, isolate, sesile or pediculate și caracterisate prin existența fibrelor musculare striate or lise, dar cari cel puțin din punctul de vedere clinic, se confundă și nu se pot deosebi de fibrõmele sau moluscum pielei, afară numai de un semn care s'a dat ca patognomic, constând într'un fel de refracțiune a tumorii, provocată în urma frigului, a iritațiunilor diverse sau a electrisării.

Același lucru vom zice despre degenerescenta coloidă a dermului, care iarăși nu se põte deosebi de acele mici tumorî pe care le-am studiat sub numele de milium, de cât cel mult prin coalescenta lor, formând nisce adevărate plăci; de õre-ce atât sediul, care este fața, precum și colõrea galbenă lucitoare, le apropie fõrte mult de cele dintâiu, nedeosebindu-se istologicesce de cât prin prezența unei mese coloide răspândită în țesutul conjunctiv.

Limfangiõmele pielei sunt excesiv de rari și nu se manifestă după Hebra și Kaposi de cât ca nisce mici tumorî tuberõse, multiple, de marimea unui bob de mazăre sau fasole, de o consistență fermă sau elastică și al cărui caracter esențial ar fi transparenta.

În fine Xantomele pot fi consecința unei desvoltări exagerate, luând o formă tuberõsă, a acelor plăci întinse și de o colora-

țiune brună, ce se observă în plica inguinoscrotală, plica cotului și fosa axilară, plăci colorate, cunoscute de dermatologiști sub numele de Xantelasmă, și a cărei origină este încă debătută, atribuindu-se de unii la o combustie incompletă a materiilor grase sub influența leziunilor epatice, iar după Balzer la acțiunea unor microbi speciali cromogeni.

Autorii englezi însă susțin relațiunile acestei afecțiuni cu un icter anterior ce ar fi avut bolnavul, fiind deci sub dependența unor bóle a ficatului. Acésta ar justifica credința poporului nostru care numește acéstă bólă pete de ficat. Dar o asemenea coincidență nu se găsește tot-d'auna. Virchow le consideră ca neoplasme a țesutului conjunctiv, iar Kaposi ca neoplasme a țesutului fibros cu depozite de grăsime galbenă.

## BOALELE UNGHIILOR

Nu vom insista asupra leziunilor traumatice ale unghiilor cari de alt-fel sunt destul de frecvente, căci aceste leziuni rămân mult mai inferioare în importanța lor, față cu complicațiunile la cari dau naștere, precum limfangite; flegmone etc.

Vom spune numai că ori-care ar fi gradul contuziei, unghia crește, cu condițiune ca lunula saă matca să nu fie distrusă, precum nici dermul sub-ungueal. De aci acele diferite diformități ale unghiilor, ce nu cresc de cât în jumătatea lor, saă nu sunt reprezentate de cât prin nisce straturi cornate informe, și cari de sigur ne arată diferitele grade de alterațiuni a organelor sus citate.

O altă deformațiune a unghiilor în adevăr de natură patologică și cunoscută sub numele de *Onicogrifosă*, este reprezentată fie sub formă de măciucă, de linii profunde transversale, de o creștere demăsurată până la aspectul de ghiare; alte dați în loc de o consistență peste măsură cornată, unghiile pot deveni fragile, putând chiar să cadă în mod spontanat. De sigur niște asemenea alterațiuni sunt de cea mai mare importanță în medicină, de órice azi este bine demonstrat că tóte sunt direct sub dependența leziunilor nervilor trofici; formând adesea elementul cel mai prețios de diagnostic al bólelor nervóse. Pe de altă parte, cine nu cunoște semnul patognomic al ftisicilor prin forma specială



de măciucă ce iaă unghiile, formă rămasă încă și ađi clasică cunoscută sub numele de unghii Hipocratice, după numele celui mai profund spirit de observațiune — Hipocrat.

Sifiligrafii au descris și stabilesc adesea-ori diagnosticul unui sifilis ascuns, numai prin leziunile caracteristice ale unghiilor. Medicina legală și psihiatria sunt de asemenea pe cale de a trage cel mai mare profit din studiul unghiilor, ast-fel că onichologia e menită a juca cel mai mare rol în medicină.

Dar asupra tutulor acestor varietăți nu putem intra, de óre-ce ar fi să ieșim cu desăvârșire din domeniul patologiei chirurgicale pure. De aceia trecem peste ele, limitându-ne exclusiv la alterațiunile de resortul pur al chirurgiei.

Incepem dar cu:

## ONIXIS

Sub numele de Onixis se cunosc nisce afecțiuni, ale căror caractere comune constau în inflamațiunea părților moi peri-ungueale.

Dupe cum inflamația se mărginește numai la părțile laterale, la părțile moi ce formează așternutul unghiei, sau înapoi către matcă, vom avea *onixis lateral*, *onixis sub ungueal* și *retro-ungueal*. Ultimele două varietăți numite încă *ongladă* de Astruc, sau *onichia* malignă de Wardrop, nu sunt așa de importante, pe de o parte că se observă rar, iar pe de alta că cer același tratament ca și cel lateral.

Onixul sub ungueal e rezultatul contusiunilor forți sau prezenței diferiților corpi streini introduși între unghie și părțile subjacente; o inflamație se declară, apoi desvoltare de puroi, iar unghia se poate deslipi în totalitate.

Onixul retro-ungueal ne presentă aceleași fenomene, când o ulceratie apare în jurul matcei unghiei, care cu timpul se poate deslipi din toate părțile prin un adevărat sghiab de eliminațiune.

Nu mă voiu ocupa aci de cât de onixul lateral de natură mecanică, sifilitică și scrofulosă.

*Onixul lateral* numit încă și unghie incarnată, este o ulceratiune, produsă de o cauză mecanică, constând în presiunea marginilor unghiei pe părțile laterale ale degetelor, dând ca resul-

tat final intrarea unghiei în carne, de unde și numele de unghie încarnată.

**ETIOLOGIA.** Unghia încarnată e o bôlă aprôpe exclusiv a degetului mare de la picior, căci forțe rar s'a observat la cele alte degete și mai nici o dată la degetele mâinilor.

Unghia încarnată se desvoltă mai tot-d'a-una în părțile laterale a degetului și anume în punctul unde marginea liberă a unghiei se continuă cu cea laterală.

De aceia Boyer critica obiceiul, ce există și azi, de a se tăia unghia în mod rotund, căci prin acésta sã crează un unghiu ascuțit ce în urma celei mai mici cause, intră cu înlesnire în cărnuri.

Unghia încarnată e rar bilaterală; mai des pe marginea internă și cu totul excepțional la rădăcină.

Cât pentru încarnarea marginei libere, acesta nu s'ar putea efectua de cât la degetele mâinilor, ce s'ar ține într'o stare permanentă de flexiune, când de sigur unghiile crescând pot străpunge în palma mâinei.

Unghia încarnată e o afecțiune proprie *ómenilor incultți* ce caută printr'o încălțăminte strimptă sã 'și formeze un picior subțire.

La ómenii săraci, bôla se produce prin o încălțăminte rău croită și necurățenia piciorórelor.

Mecanismul e ușor de înțeles.

În urma unei presiuni, părțile moi neincetat sunt împinse către unghie care, prin marginele sale, va căuta sã străbată în cărnuri; acestea încep întâi a fi iritate, apoi inflamate, până termină a se ulcera și a fi chiar spintecate de marginea unghiei. La acésta, mai adăogând și greutatea corpului care face ca în timpul mersului pulpa degetului sã fie ridicată în sus, constituie un nou factor mecanic ce înlesnește încarnarea unghiei.

**SIMPROME.** Acéstă bôlă apare prin ușóre dureri, printr'o mică umflătură și o ușóră roșată; apoi se face o jupuitură în sghiabul ungueal, degenerând cu timpul într'o ulcerațiune, și în cele din urmă tae tótă lungimea mesei cărnóse.

Când încarnațiunea este bilaterală, atunci ulcerațiunea înconjură unghia întocmai ca o potcôvă de cal.

O dată ulcerațiunea declarată, țesuturile vecine se tumefiază, supurația apare destul de abondentă, bureletul lateral devine dur, formându-se nisce fungosități, ce acoperă fața dorsală a

unghiei. In fig. 43 se reprezintă un model de unghie incarnată laterală.

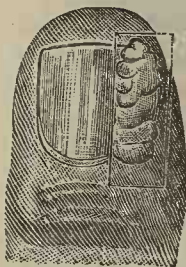


Fig. 43.

Reprezintă un model de unghie incarnată laterală.

Culórea pielii este de un roșu violaceu, care se întinde neconținut și în mod difuz. La un moment dat unghia se deslipesc, devine subțire și tăetóre, însă nici odată ea nu cade.

Onixul lateral este o leziune serioasă, căci îndată ce ulceratiunea este formată, durerile devin vii și face imposibilă umblarea, saú forțeză pe bolnav a umbla pe călcâe.

Pe lângă acesta, unghia incarnată devine serioasă prin abcesele ce se pot desvolta și limfangitele ce de multe ori o însoțesc.

Trebue iarăși a ști că une-ori bóla fiind veche și neglijată, putem observa periostite, osteite și chiar necrose a falangelor ce adesea pot compromite degetul.

**ONIXUL SIFILITIC** prezintă după Fournier două varietăți: onix-ungueal și periungueal.

Cel ungueal ni se póte manifesta: prin dintături a marginei libere a unghiei, ca și cum ar fi unghia rósă; prin o deslipire parțială saú totală (alopecie ungueala), saú prin o stare ipertrofică cu o suprafață neregulată (psoriasis ungueal).

Varietatea periungueală, se divide în onix uscat, inflamator și ulceros.

Onixul uscat se mai numesce squamos și este constituit dintr'o simplă sifilidă papulo-squamósă a șanțului lateral saú anterior.

Onixul inflamator sémăna la început cu o turniolă, dar care nu supurează și ulceratiunea urmata une-ori după căderea unghiei este rară.

Onixul ulceros primitiv este datotit unei adevérate plăci mucóse periunguale.

Ea se póte forma la mână ca și la picióre, dar mai ales la picior, la degetul cel mare și la rădăcina unghiei.

**ONIXUL SCROFULOS.** Constitue onichia malignă a lui Wardrop; se desvoltă pe copii și adolescenți. Dacă această leziune este saú nu de natură scrofulósă pură saú de sifilis ereditar, chestia n'a fost studiată până acum in mod complet.

La început această afecțiune este roșie, lividă în dreptul indoi-

turei retro-unguale, apoi înconjură unghia și formeză un burelet, care se ulcerază, devine fungos iar unghia se înegresce și în urmă cade.

Acastă bôlă e cronică; și dacă un tratament apropiat nu-î opresce mersul, pôte să aibă consecințe fôrte seriose; așa putem să avem între altele necrosa falangei etc.

#### Tumorî sub-ungueale. (Exostose sub ungueale).

Sub unghia degetului mare, se dezvoltă une-orî o tumoră ce prin creșterea sa, ridică și deformază unghia mergând chiar până a o distruge. Acastă tumoră considerată de Follin ca o simplă ipertrofié a papilelor dermului sub ungueal, cercetările recente tînde a face din ea o bôlă cu niște caractere mult mai maligne de cum se credea, descoperîndu-se că dacă une-orî tumora constă într'un fibro-miom, sau papilom, alte dăți pôte fi considerată ca un adevărat epiteliom plecat din părțile moi or osóse.

#### Tratamentul unghiei incarnate

Nu este suficient a ridica numai părțile moi, inflamate și fungóse ce acopere unghia, de óre-ce după ablațiunea lor, unghia încă va continua a'și exercita acțiunea sa iritantă, și de aci recidiva.

Când dar prin diferite îngrijiri nu reușim a opri bôla din mersul său, atunci pentru a obține o vindecare radicală, trebuie să ridicăm atât părțile moi cât și unghia.

Am absolută convingere, că prin paciență tot-d'auna se pôte vindeca o unghie incarnată fără operație, ci numai prin metode blânde, precum făceau vechii autorî. Și susțin acésta atât din succesele obținute pe alții, cât și pe mine însumî și familia mea! Mai întâiu, pentru a preveni bôla nu trebuie să permitem pedicurilor a ne tăia unghiile în mod elegant, rotunjindu-le; și în special să nuî permitem a intra cu instrumentul prin sghiabul unghiei, precum toți aũ obiceiul. Unghia trebuie tăiată în mod pătrat și ast-fel în cât să acopere pulpa degetului.

Imediat ce bôla s'a declarat, cu multă blândețe și cu ajutorul unui stilet bine desinfectat să ridicăm puțin unghia, introducând în acelaș timp câte-va fire de vată fenicată, până ajungem ca

unghia să stea pe vată iar ru pe carne. Atunci totul e finit și or ce durere încetază la moment.

De va fi inflamație sau ușoră ulcerare, vom da băi cu sublimat și vom atinge cu acid fenic 10% acolo unde va fi trebuință.

Previn, că această manipulație e în adevăr foarte dureroasă. În cazul dar când bolnavul va fi prea nervos, vom recurge la anestezie locală cu ether; nici o dată însă în timpul serei, căci fără a băga de seamă eterul poate lua foc la apropierea unei lumini. Iarăși un mijloc ce merită a fi încercat, și care 'mă-a dat succese, este atingerea ușoră a unghiei cu o soluție forte de potasă caustică (40%) metodă veche recomandată deja de Levrat Perroton.

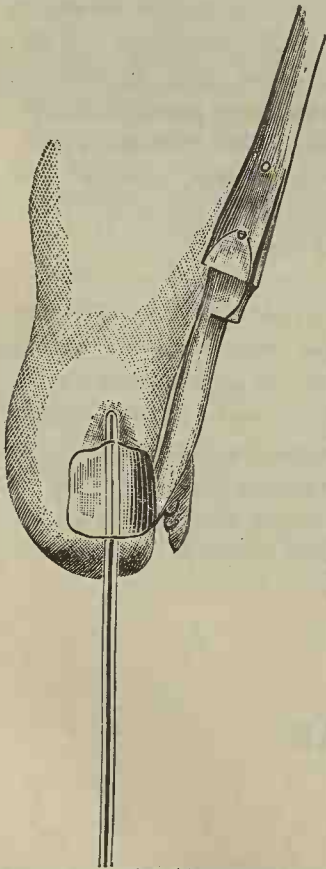


Fig. 44.

Pozițiunea bisturiului pentru rezecarea părții fongose din unghia incarnată (originală).

În momentul badigionării, răzuim cu bisturiul unghia, care treptat se moie până se reduce la o foiță foarte subțire; atunci se poate scoate numai porțiunea ce voim, și fără ca bolnavul să simtă durere.

Iar când operația se impune, atunci vom recurge la metodele următoare:

1) **Procedeele lui Lisfranc.** Ridicăm părțile moi înfigând bisturiul la mijloc între unghie și densesle coprinzând totă grosimea și scoțând vârful la fața plantară. De aci terminăm secțiunea eșind la extremitatea liberă a degetului. După aceea aplecăm din nou bisturiul în primul loc și mergem tăind către baza degetului, unde trecând dincolo de matca unghiei, ridicăm totă masa fongosă. Figura 44 desemnată după natură de Dr. Minovicî, arată modul cum procedez eu.

Cele-alte procedee ca de exemplu al lui Guyon ce constă în a ridica părțile moi printr'un lamboiu pătrat și în urmă prin autoplastie a reconstitui suprafața sângerândă, precum și procedeul lui Desault prin care ridicăm unghia prin o lamă de tinichia, azi nu se mai întrebuințază.

Ablațiunea unghiei se p $\acute{o}$ te face numai a porțiunei incarnate, a jumătăței unghiei, sau a totalității sale.

Fără a mai descri diferite procedee și modifi cațiuni, vom da pe acela ce urmăm în practica noastră și care trebuie aplicat fie în extirpările parțiale sau totale.

Bolnavul va fi chloroformisat, sau cel puțin anesteziat local cu ether, căci durerile sunt teribile. Incepem întâi a împinge cu o spatulă indoitura ce acopere matca unghiei precum și părțile sale laterale. Introducem atunci sub unghie o sondă canelată, al cărui vârș îl scótem dincolo de matcă, precum arată fig. 45. Cu fórsecile sau histuriu tãem unghia pe sondă. Dupe aceea introducem sub fie-care jumătate a unghiei o pensă fixă, mergând până la matcă, când prin tracțiune și mișcări de lateralitate o extragem, nu în mod brusc ci blând, căci dacă părțile moi aũ fost bine deslipite unghia ese cu înlesnire

Dupe casurı, putem face o răzuire cu lingura lui Volkmann sau cauterisări cu Paquelin daca voim a distruge cu totul unghia spre a nu mai crește. Operațiunea acésta de și în aparență mică, trebuie însă făcută cu cele mai mari precauțiuni antiseptice, nu numai spre a evita diferite complicațiuni inflamatorii precum și limfangitele or

crispelul, dar să nu uităm că de multe ori operațiunea de unghie incarnată a dat naștere tetanosului, aducând mórtea bolnavului.

Fig. 45  
Preparative pentru ablațiunea unghiei (originală).

## CHESTIONAR

Tuberculosa pielci. Considerațiuni.

Varietăți clinice. Forma ulcerósa și papilară. Diagnosticul diferențial cu sifilisul. Forma tuberósa. Caractere.

Lupus. Natura sa tuberculósa. Diferite cercetări. Varietăți clinice: Lupus

tuberculos și eritematos. Sub-divisiuni: Lupus plan, terebrant sau vorace. Diagnosticul cu sifilisul și în deosebi cu cel ereditar.

Lupusul eritematos. Sub-varietăți.

Tratament.

Gome scrofuloase. Caractere.

Ulcer exotic al pielii. — Butonul de Biscra. Evoluțiunea clinică. Perioada inițială, ulcerativă și cicatrizătoare. Prognostic. Diagnostic.

Tumorile pielii. I. Papilome. Caractere.

Forma mucosă și cornată. Microbul.

Vegetațiile senile. Caractere.

Milium și Comedol. Descriere.

Chiși sebacei. Istorie. Definiție. Opiniunea lui Franke dându-le aceeași origină ca și celor dermoidi. Divisiune. Caractere clinice: Aterom, steatom, meliceric, colesteatom. Diagnosticul cu gome, meningocel etc.

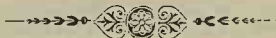
Córnele cutanate. Forme clinice.

Tumori epiteliale ale pielii. Ulcus Rodens. Caractere clinice. Devastațiuni. Cheloid. Definiție. Descriere. Cheloid fals și adevărat.

Fibrómele pielii. Divisiune. Caractere clinice. Diferite aspecte.

Bólele unghiilor. Considerațiuni. Onixis. Caractere. Etiologie. Simptome. Onixul sifilitic. Onixul scrofulos. Caractere. Exostose sub-ungueale.

Tratamentul unghiei incarnate. Mijlóce blânde. Tratamentul chirurgical. Procedul lui Lisfranc. Ablațiunea unghiei.



## CAP. II.

# BOALELE TESUTULUI CELULAR SUB-CUTANAT

Nu ne vom opri asupra atrofiei țesutului celular sub cutanat ce se observă une-orî, și care tot-d'a-una e sub dependența unor afecțiuni generale nervoase, precum nici asupra ipergenesei sale, dând adiposa generală, și contra căria chirurgia nu are a interveni.

Vom studia deci numai următoarele bóle ca singurile fiind de rezortul chirurgiei :

## I FLEGMONUL DIFUS (Celulita Malignă)

După regulă ar trebui să studiem flegmonul circumscrit, dar cred de prisos acésta, de óre-ce dînsul formând tipul inflamației a fost fórte pe larg studiat de mine în lucrările de laborator al D-lui prof. Assaky (1887 vol. I și II) precum și la capitolul Abces și puroiu, în primul volum.

Reamintim numai, că inflamația limitată a țesutului celular sub cutanat, forméză flegmonul circumscrit care póte fi superficial sau profund, după sediul inflamațiunei. Cele 4 semne ale inflamației (tumor et rubor cum calore et dolore) forméză baza flegmonului fără de care nu ar putea exista.

Trecem dar la *flegmonul difus*.

Este inflamațiunea acută a țesutului celular sub cutanat, datorită, după cercetările moderne ale lui Pasteur, Ogston, Rosenbach, Cornil și Babeș etc., prezenței în țesut a unui microb numit streptococcus piogenes.



Flegmonul difus din punctul de vedere clinic a fost foarte bine definit de Follin când zice: se numește ast-fel, inflamațiunea acută și necircumscriță a țesutului celular, cu tendință a coplesii din distanță în distanță păturele celulose vecine, producând în același timp mortificațiunea lor. Flegmonul difus era foarte bine cunoscut de cei vechi, observându-se adesea în urma venesecțiilor. Pentru esplicarea producerii sale A. Paré, Fabrice de Hilden etc. invocau rănirea nervului median sau a bicepsului. Se crede că însuși Carol IX ar fi căpătat un flegmon difus al brațului în urma unei venesecții. Mai târziu se incrimină flebita, iar Charles Bel făcu să intervie limfaticele.

Istoria științifică a flegmonului difus a început în Engiltera în persoana lui Hutchinson (1814). Mai în urmă au apărut lucrările lui Bell, Colles, Duncan și Lawrence. În Franța, tocmai în 1827 această boală a fost științificește studiată, bine înțeles din punct de vedere clinic, de Dupuytren și Béclard în lecțiunile lor.

Împreună cu aceștia, Chassaignac și Dolbeau au dat descripțiuni clasice ale flegmonului difus, introducând forme diferite în raport cu mersul și complicațiunile sale. Ast-fel dinșii numiră flegmon gangrenos, acele flegmone difuse însoțite de sfaceluri întinse a țesuturilor și pe cari le atribuiau la acțiunea specială a bilei, urinei, materiilor stercorale etc. în raport cu regiunea, precum și la prezența tincturei de iod în urma tratamentului hidrocelului cu această substanță: flegmonele gangrenose ale scrotului, urmau foarte adese-ori injecțiunile hidrocelului.

Flegmonul erisipelatos era iarăși un flegmon difus însoțit însă de o roșeță, edem și flictene ca și erisipelul.

În fine, Chassaignac descria flegmonul său erisipelul bronzat, care iarăși nu era de cât un flegmon difus împins la maximul său de dezvoltare și coplesire.

**ETIOLOGIA** constă după cum am arătat în străbarea în țesutul celular a streptococului piogen. Prezența stafilococului aureus ne produce flegmonul circumscriș, fiind cu totul invers celui difus, mărginindu-se adică la o inflamațiune limitată a țesutului celular fără nici o tendință către coplesire și nici de complicațiuni gangrenose, erisipelatoase etc.

Calea pentru străbarea streptococului în țesutul celular este

favorisată prin toate efracțiunile tegumentului, mergând de la escoriațiunile cele mai mici până la sdrobirile cele mai mari.

Mai adesea însă flegmonul difus tip, vine în urma unor înțepături neînsemnate, prin care un vas limfatic fiind deschis, streptococul străbate cu înlesnire; pe câtă vreme în sdrobirile cele mari ca și în fracturile complicate, flegmonul difus poate să fie consecința unei flebite sau osteo-mielite.

Flegmonele difuse se observă mai cu seamă la extremitățile superioare și inferioare, și în deosebi în urma înțepăturilor la degete în momentul facerii autopsiilor, depinzând de cauza morții individului: cadavrele cele mai periculoase fiind a celor morți de piemie, sau a femeelor parturiente.

Cadavrele în putrefacții sunt mai puțin periculoase, susținându-se că micro-organismele dispar în fața procesului gangrenos.

De sigur, pe lângă agentul microbic jăcă rol și starea generală a individului, de alt-fel ca în toate bôlele microbiene, căci dinsa constituie gradul de rezistență sau de capitulare, formând deosebirea indivizilor care espuși la aceleași traumatisme, nu toți capătă flegmonele difuse.

În orice cas, această bôlă pentru dezvoltarea sa, cere străbateră microbului în țesuturi, străbateră, care une-orî e înlesnită printr'o sgârietură așa de mică în cât nici nu se bagă în seamă, făcând pe autori să admită un flegmon difus spontanat, dar care în realitate nu există.

Flegmonul difus fiind o bôlă microbienă se transmite prin contagiul direct, producând chiar adevărate epidemii, fapt de alt-fel deja întrevăzut de Duncan, care susținea transmiterea bôlei de la un individ la altul.

Din observațiunile lui Follin rezultă, că flegmonul difus e mai rar la copii ca la adulți și mai puțin frecuent la femei ca la bărbați; de sigur din cauza profesiunilor penibile ce îi expun la diferite traume.

Se mai adaugă încă oboselele, contracțiunile violente ale muschilor, și în special contuziunile sau plăgile pungilor seroase, care mai tot d'auna se complică de flegmon difus, din cauza conexiunilor vaselor limfatice cu aceste organe.

Reamintim iarăși opinia lui Béclard, ce dedea ca o cauză a flegmonului difus preexistența unei vechi fracturi cominutive. După acest autor, în timpul consolidării, se produc aderențe

între os și părțile moi; dar acestea, în urma unui mers prelungit se pot irita și inflama prin faptul unei continue tracțiuni. Și numai pe această cale dinsul a putut să-și explice apariția unui flegmon difus, zece ani după o fractură cominutivă!?

**AMATOMIA PATOLOGICĂ.** După sediul ce ocupă flegmonul difus, Chassaignac instituisese următoarele 4 forme:

I) *Flegmon difus panicular*, când coplesește numai țesutul celular sub-cutanat, ale cărui ochiuri sunt pline de o materie concretă.

II) *Flegmon difus supra-aponevrotic* numit încă și masă purulentă.

III) *Flegmon difus profund* sau sub aponevrotic, când inflamația copleșește tecile musculare.

IV) *Flegmon difus total*, când ocupă toate aceste țesuturi de o dată, și când prin urmare un întreg membru e compromis.

În flegmonul difus și în prima sa perioadă, țesutul celular este copleșit de o serositate fluidă, producând un edem de o grosime foarte mare, de o colorațiune roșietică, dând țesutului un aspect gelatiniform, transformându-l într-o peltea de portocale, și care dă membrului afectat o grosime dublă sau întreită. Vascularitatea țesutului conjunctiv e foarte mare, iar venele se găsesc îmbuibate cu sânge.

În perioada de supurație avem un puroi în masă, care iarăși infiltră țesutul conjunctiv. Uneori e concret, galben-verde, iar mai târziu devine fluid, se scurge cu greutate și rămâne infiltrat în țesuturi fără a avea tendința a se colecta. Această lipsă aparentă de puroi făcuse pe Chassaignac să introducă o varietate de *flegmon difus fals*.

Aponevrozele, cu progresiunea rului se alterează și dinsele, luând o colorațiune verde caracteristică; iar când puroiul se află sub dinsele, atunci se deslipesc de mușchi, cari la rîndul lor se separă unii de alții ca cum ar fi disecați.

În mijlocul acestui puroi fetid și fluid, se ved plutind trunchiuri venoase, vene și artere, ce la rîndul lor sunt copleșite de procesul inflamator sau chiar se distrug, dând naștere la emoragii. Disecțiunea puroiului merge până a copleși oșele pe cari le deslipesc de periostul lor, le necrosază, mergând chiar până la distrugerea și deschiderea cavităților articulare, precum și altor cavități seroase.

Ajuns la apogeul său, flegmonul difus determină sfacelarea totală a țesutului conjunctiv copleșit, care împreună cu cele alte trabecule fibróse sau vasculo-nervóse ele însuși necrosate, ies afară sub forma unui ghem de păr sau câlți, ast-fel precum deja lucrul a fost observat de Duncan.

În fine tegumentele pe o largă suprafață devin și ele livide, își pierd vitalitatea și se termină printr'un sfacel ce une-orî ia o întindere colosală.

**SIMPTOMELE.** Flegmonul difus se anunță de o dată prin fenomene generale grave, ca frison, febră intensă, agitațiunii, delir și chiar dese vărsături, putându-se lua la început drept febră tifoidă, mai ales când agentul inoculat e de natură septică.

Fenomenele locale predomină însă prin intensitatea lor, caracterisându-se printr'o durere vie, umflare repede, difusă și enormă a membrului.

Roșata une-orî este deschisă, iar alte dăți violacee, și se întinde fără linie de demarcație ca și însuși umflătura. Pe suprafața regiunii observăm diferite flictene sau bule, pline de o serositate adesea sanguinolentă, iar ici coalea pete negre.

Prin presiune căpătăm senzațiunea unei părți spongioase pline de lichid, ce nu se aseamănă nici cu senzațiunea ce ne-o dă edemul, nici emfisemul, nici tăria inflamatorie pură adică flegmonul circumscris.

În mijlocul unor dureri atroce, mai tot-deauna constatăm prezența unei limfangite reticulară sau tronculară, ce se întinde până la rădăcina membrului, afectând și ganglionii conrespondenți. Flegmonul difus are tendința a progresa, copleșind un întreg membru și făcând chiar cinctură în jurul său.

Cu progresiunea rēului, durerile devin din ce în ce mai violente, tumefacțiunea membrului mai mare, fenomene generale mai intense, fără ca nimic să pótă micșora nici căldura nici insomnia de care bolnavii sunt pradă. Și dacă o intervențiune repede nu se aplică, flegmonul póte produce gangrenarea țesuturilor, deschiderea vaselor și deslipiri întinse a mușchilor, în urma cărora puroiul infect póte produce septicemia individului.

Acésta constituie *perióda inflamatorie* a flegmonului difus care nu duréză mai mult ca 3—4 zile.

Daca bóla e lăsată la mersul său, atunci dinsa atingând maximum de intensitate, putem observa un fenomen înșelător con-

stând în disparițiunea durerilor, dar care în realitate nu e de cât preludiul gangrenei, ce nu întârzie a se manifesta prin sfacelarea întinsă a pielii și a celor alte țesuturi. Acésta forméză *perióda de mortificațiune*, în care fenomenele generalí în loc de a se micșora, cresc în intensitate, puind pe bolnav în prostrație, dându-i diaree colicativă, și acea întrégă stare ataxo-adinamică, ce nu întârzie a-i ridica viața.

Cât pentru a III-a *periódă* numită de *eliminarea escarelor*, dinsa constă după cum numele indică, în eliminarea tuturilor părților sfacelate ce deja am arătat. Adesea însă bolnavul dispăre înainte acestei *perióde*, sau dacă nu, atunci de multe ori se distruge, neputând lupta contra puroiului fetid, gangrenei întinse și resorpțiunii lente a acestor produse ce se termină prin septicemie cronică. Fórte adesea terminațiunea fatală e determinată prin o *bólă* intercurentă: ca pneumonia, pleuresia etc.

**PROGNOSTICUL** escesiv de grav, stă în raport cu virulența microbului, starea generală a bolnavului și diferitele complicațiuni de cari am vorbit.

Deci nu trebuie să avem iluziuni într'o vindecare spontanată, precum nici în forme benigne, susținute de unii autori precum și de Reclus.

Se citéză în adevăr în Follin o observațiune datorită lui Duncan, în care sudori fórte abundente, fetide și negre, au servit drept crisă acestei afecțiuni, în urma căroră un flegmon difus ar fi dispărut în mod repede. Dar acestea sunt adevărate excepțiuni, căci în majoritatea casurilor, fără o intervențiune repede, mórtea e o terminațiune obicinuită a flegmonului difus.

Trebuie iarăși a ști că și chiar dacă individul scapă, rămâne însă fórte adesea cu membrul compromis, dându-se aderențele ce tendónele și mușchii contractă între dinșii, întinderea enormă a cicatricei etc. etc. ce pun membrul în imposibilitate a-și îndeplini funcțiunile fiziologice. Și acésta se observă mai ales la antebraț, unde adesea după vindecarea flegmonului, suntem siliți a face amputația membrului, ce numai e de nici un folos bolnavului.

**DIAGNOSTICUL.** Din cele descrise, în general e fórte ușor de pus, dându-se mai ales caracterele locale ale bólei. Deosebim flegmonul difus de cel circumscrit, prin tendința sa la difuziune, iar de erisipel și limfangită, cu care de alt-fel se complică adesea, prin lipsa de tumefacție și împâstarea edematósă.

Un diagnostic mai dificil este de pus între erisipelul bronzat, ce represintă imaginea septicemiei supra-acute — și de care am vorbit în destul în primul volum, precum și de osteo-mielita acută, ale cărui caractere distinctive le vom arăta mai târziu. Este însă destul a avea în vedere etiologia și mersul bólei, pentru a evita ori-ce eróre.

**TRATAMENTUL.** În prima linie va fi preventiv, evitând înțepăturile, mai ales cele de la cadavre. Bóla însă o dată constituită, vom recurge imediat la băi anti-septice prelungite și la pansamente unede, respingënd cu totul vechile metode de cataplasme, vesicători, mușturi etc.

Incisiunile magistrale, adânci și multiple, recomandate de Béclard, Chassaignac și alții, sunt azi părăsite pentru aceleași cuvinte ce am arătat la antrax, mai cu sémă că aci adesea prin aceste incisiuni, putem deschide vase importante, ale căror emoragii vor fi cu atât mai de temut cu cât nu putem aplica un fir de legătură, vasul aflându-se înconjurat de acéstă massă enormă edemațiată. Bérard a văđut bolnavi murind în urma acestor emoragii. Decí vom întrebuiňa ferul roșiu ca și contra antraxului, ba încă, dacá am intervenit târziu și vedem că apar fenomene de septicemie și piemie, nu trebuie să esistăm a practica amputația membrului, pentru a scăpa cel puțin viața bolnavului.

Tratamentul intern iarăși nu va fi lăsat la o parte, căutând prin el a ridica și susține forțele bolnavului, luptând în acelaș timp contra septicemiei.

## II. ELEFANTIASIS ARAB

Prin numele generic de elefantiasis, se înțelege o creștere considerabilă de volum a membrelor, datorită unei infiltrațiuni de serosități în ochiurile și chiar în întregul țesut conjunctiv subcutanat.

În urma acestui fapt, membrele devin așa de grose și tumefiate, în cât prin asemănarea ce capătă cu nisce picături de elefant, a determinat și numele acestei bóle. Acéstă acumulațiune de serosități saũ edem póte să provie din mai multe cauze: în special însă sunt vasele limfatice și venele, în carĩ existând diferite obstacole în libera circulațiune a lichidului ce conțin, serositățile sanguină iese prin transudațiune prin părețiĩ vaselor, și respândindu-se în țesutul conjunctiv, produce bóla numită elefantiasis.

Noĩ nu ne vom ocupa de chestiunea elefantiaselor în general, și decĩ ne vom mărgini a menționa numai, că flebitele, varicele ca și limfangitele, mai ales cele cronice, precum și tóte tumorile situate în drumul saũ pe trunchiurile principale ale acestor vase, precum și însuși paludismul, produc un edem, un elefantiasis. Une-ori dñsul e acoperit de un epiderm fórte subțire, cu corpul papilar atrofiat, formând varietatea de elefantiasis slab (*elefantiasis laevis* saũ *glabra*); alte dăți corpul papilar este ipertrofiat, înmugurat și acoperit de un epiderm cornat și gros, formând *elefantiasis verucosa* a lui Virchow; iar alte dăți în fine, acéstă ipertrofie papilară se transformă în adevărați nucleĩ saũ tuberculi groși și tari, formând o altă varietate de *elefantiasis tuberosa* saũ *nodosa* saũ *elefantiasis lobar*.

Mai avem încã și alte varietăți, stabilite după colorațiune: astfel avem un elefantiasis *rubra* și elefantiasis *fusca* vel *nigricans*, după cum aspectul seũ va fi roșu, brun saũ negru. În fine elefantiasisul se ȓice că e móle, gelatinos, tare or lignos, după gradul consistenței ce ne oferă la palpație.

Noĩ dar, trecẽnd peste tóte aceste varietăți, ne vom ocupa numai de o formă cu totul particulară și de o natură exotica, cunoscută

sub numele de *elefantiasis arabic*, care trebuie cu deosebire separat de elefantiasis Crecesc, fiind de origină și de o evoluțiune clinică cu totul deosebită, cunoscută sub numele de lepră.

Elefantiasul arab este o afecțiune eminamente cronică, caracterizată printr'o infiltrațiune de serosități în țesutul conjunctiv, cu alterațiunea ipertrofică a dermului și a țesuturilor subjacente. Patogenia sea constă în introducerea în sistemul limfatic, iar după Brassac chiar în sistemul limfatico-venos, a unui parazit numit *filaria sângelui*.

Acastă bôlă proprie țărilor calde, are sediul de predilecțiune pe membrele inferiôre și organele genitale, în special scrotul și buzele cele mari la femei.

Bôla acêsta a fost cunoscută chiar de Romani, fiind menționată de Lucrețiu, sub numele de Elefas-morbus.

Rhasez s'a ocupat mai în special, descriind bôla sub numele de gambă de elefant. În urmă, Europeanii prin diferitele expedițiuni, au întreprins un studiu mai aprofundat al acêstei bôle singulare, printre cari vom menționă pe Wucherer și Manson, arătând origina elmintică a bôlei.

Pentru a specifica mai bine acest istoric fôrte important, vom spune că în 1868, naturalistul german Wocherer, studiind în Brasilia urinele gresôse ale unui bolnav, a descoperit embrionii unui parazit, din genul *Filaria*.

Mai târziu, Lewis a găsit același embrion în sângele omului, dându-i numele de *Filaria sanguinis hominis*; iară ciclul transformațiunilor acêstuï parazit se datorește descripțiunei dată de Manson.

*Filaria* este un vierme nematod, având o formă cilindrică, puțin umflată și de un diametru aprópe ca al unui globul roșu. Există o filarie masculă și una femelă.

Larvele acêstuï animal, pentru a ajunge la o completă dezvoltare de vierme, trebuie să trecă prin corpul altor animale; și iată filiațiunea: Printr'o circumstanță ôre-care, acest animal microscopic, și în special *filaria femelă gravidă*, este introdusă în corpul uman. Aci dânsa strebate în sânge, unde își depune ouele său larvele, dar cari nu pot progresa mai mult, ci rămân în mod indefinit în acastă stare. Lucru curios, aceste larve deși în sânge, ele însă în timpul zilei staă ascunse în adâncimea



țesuturilor și în capilarele fine ale pulmonului etc., și nu apar către exterior de cât în timpul nopței.

În țările calde, există nisce musce numite *mustic* sau țânțari, cari tocmai către séră și în timpul nopței ies a'și esercita profesiunea (?) mușcând pe locuitori. Dar cu acéstă ocaziune, și în același timp cu sugerea sângelui, înghite și larvele de filaria, ce acum în timpul nopței se află în vasele periferice.

După acéstă, larvele cresc în corpul musticului, care se duce la marginea lacurilor sau a apelor stagnante, pentru a depune embrionii, în urma căruia act densusul móre.

Acești embrioni aflați ast-fel în apă, intră din nou în corpul omului în diferite moduri.

Se scie că Negrii umblă mai tot-d'auna desculți, se ocupă cu pescăria etc., așa că intrând în apa infectată, este destul să aibă o singură escoriațiune pe picior, pentru ca acest embrion vierme să pótă străbate printr'o adevărată inoculațiune; de aci și frecvența elephantiasului la extremitățile inferioare. Mai mult, conform ritului Mahometan, locuitorii țărilor calde, trebuie să-și facă cel puțin de doué ori pe zi spălături pe organele genitale,—spălături de sigur cu o apă infectată,—de aci lesne ne esplicăm prezența elephantiasului scrotal, unde iarăși o neinsemnată escoriațiune e suficientă pentru inoculație.

Dar inoculația se póte face și pe cale digestivă, indiviđii bând o asemenea apă coruptă, când embrionii pot străbate și să-și stabiléscă locuința în vasele lor de predilecție, cari sunt limfaticele.

Acesta este agentul principal al elephantiasului arab. Dar și aci ca și pentru or-ce bólă parasitară, chiar și tuberculoasă, nu e suficient parazitul, ci se cere și un teren propriu pentru dezvoltarea sa. Și ca probă avem, că nu toți locuitorii din țările calde au elephantiasis, căci atât ar mai trebui; ci numai acei cu organismul slăbit prin escese sau lipsă de hrană or îngrijiri igienice, ca muncitorii și în special clasa săracă a populației

**ANATOMIA PATOLOGICĂ** se resumă în acéstă: că embrionii intrând în vasele limfatice și dezvoltându-se peste măsură, le micșoréză calibrul; deci, circulațiunea fiind mai mult sau mai puțin împedicată — fie în urma acestei obstrucțiuni mecanice, sau a limfangitelor acute frecvente, alternând cu cele cronice — produc

acel exudat seros, care respândit în țesutul conjunctiv constituie bóla însăși.

**SIMPTOME.** Elefantiasisul póte să începă în mod brusc, anunțându-se prin tóte fenomenele generale și locale ale unei limfangite acute, sau chiar prin accese cu caracter pernicios. Acésta a și făcut pe unii autori să admită un elefantiasis de natură paludică. Alte dăți însă, elefantiasul evoluiază într'un mod insidios, fără nici o reacțiune locală sau generală. De aci două forme clinice de elefantiasis: *forma febrilă sau piretică și afebrilă sau apiretică.*

Bóla o dată confirmată, ni se manifestă cu tóte caracterele elefantiaselor în general, arătate deja. Totuși bóla ia forma tare, e provăzută de ó colóre mai mult rosă, și tot-d'auna însoțită de prinderea ganglionilor, cari de și sunt cu totul nedureroși, constituie însă un semn inițial al bólei, pentru care s'aú și numit glandele Barbarilor.

Relativ la glandele limfatice, vom menționa predilecțiunea ce aú aprópe fie-care specie de viermi aflați în corpul uman, de a se stabili în anumite organe, fără cu tóte acestea să ne putem esplica într'un mod suficient acest capriciú, sau plăcere vierminósă (!). Ast-fel: viermií numiți limbrici, se stabilesc în partea inferióră a tubului digestiv, adică în rect; oxiurii, împrejurul orificiului anal și la intrarea vaginului; pe când tenia solium rămâne fixă în stomac. Pe de altă parte, cisticercul stă mai bucuros în țesutul celular, pe când trichina esclusiv în mușchi. În fine putem menționa tenia cenurus, ce are predilecțiune pentru creeri, cel puțin la oi și la cari le produce căpierea.

Ei bine, tot ast-fel este și cu filaria. Intr'adevăr, acest vierme are o tendință irezistibilă a se stabili în organele limfatice, unde determină trombose, iar une-orí o astupare completă a vasului, așa că printr'un exces de acumulațiune deasupra obstacolului, acești nematozi pot perfora chiar vasul, răspândindu-se în țesuturile vecine.

Or cum ar fi, consecința unei asemenea stabiliri în vasele limfatice, sunt alterațiuni variate, ce în prima linie aduc o jenă în circulațiune, de unde edemul; apoi o ipertrofie a dermului și a pielei, precum și limforagii, extravasațiuni în cavitățile seróse. De aci unde diaree și emisiuni de urini gresóse, cunoscute sub numele de *șilurie* (chylurie), fenomen, care este atribuit la o

invasiune directă a embrionilor, ce nasc, cresc, și se dezvolt în corpul omului și cari la un moment dat fac erupțiune în diferite cavități; și ca probă avem următoarea constatare făcută de un German Havelburg în 1882. Et'o :

Se scie că această bôlă, pe lângă cele lalte simptome, măi presintă faptul, că bolnavul are nisce emisiuni de urină, asemănându-se în totul cu o grăsimă disolvată: *urină chilioasă*. Iată ce a constatat numitul autor: pe o femeie de 32 de ani, având șilurie cu o dilatațiune considerabilă a uretrei, Havelburg a practicat, fără să producă mari dureri, cateterismul digital al bășiceii, și a reușit atunci prin mijlocul degetului, servindu-i ca conductor, să introducă în uretera stângă o sondă elastică No. 5, pe care a lăsat-o în loc măi mult ca două ore. În acest timp, tótă urina ce se scurgea prin sondă avea un aspect absolut normal. Scoțând sonda, și lăsând să iasă urina din bășică, se obținea un lichid șilios, gresos. Cateterismul ureterei drepte nu a reușit. Bolnava însă sucombând, s'a găsit la autopsie o dilatațiune considerabilă a limfaticelor din partea stângă, formând un fel de sac neregulat, dilatat ici coala, și care perforând păretele vesical, forma în acest punct o ridicătură pronunțată, ce prin presiune lăsa să se scurgă un lichid șilios în rezervorul urinar.

Acésta este o probă evidentă că în general, șiluria nu este datorită unei modifi cațiuni a secrețiunilor pe cale depărtată, ci unei modifi cațiuni provenită în urma unei acțiuni directe, grație străbaterii în natură a nematozilor însăși.

Aceste considerațiuni sunt de o importanță fôrte mare, prin aceia că de multe ori, nisce asemenea fenomene șilurice, se observă și chiar pe indivizi cari nu numai nu sunt originari din țerile calde, dar nici n'au făcut călătoriul în aceste locuri. Și este admis azi a se grupa tóte aceste fenomene, sub numele generic de *filariose*, tocmai pentru a se arăta analogia ce există între aceste simptome europene, dacă ne este permisă espresia, cu cele transatlantice.

Este vorba deci: tot-d'auna și în mod fatal aceste fenomene or unde le vom constata, vor fi ele datorite aceluiași agent său parazit descoperit de Levis și numit filaria ?

Răspunsul este negativ, de ôre-țe prin cea măi minuțioasă anchetă asupra indivizilor atinși de această *filariosa nostras*, dinsa

s'a arătat cu totul independentă de influența nematodului, nu numai prin lipsa unei călătorii în locurile filarice, dar chiar și prin cercetările negative a prezenței acestui vierme în sânge, urină sau organul atins. Se admite deci că, ori-ce trombosă limfatică, precum și or-ce cauză mecanică, reprezentată prin diferite tumori și chiar cicatrice, capabile însă de a produce un obstacol în circulațiunea limfei, e în stare să dea naștere unor fenomene cu totul analoge celor produse de filaria. Ast-fel s'a observat o șilurie venită în timpul unor trei gravidități succesive, care de sigur pôte fi atribuită unei stase limfatice, în urma compresiunii exercitate de uterul gravid.

Noi credem că la rigóre, opiniunea unor autori, cari admit un elefantiasis de natură paludică, s'ar putea susține dându-se obstrucțiunea vaselor limfatice cauzată de numărul enorm și crescerea de volum a leucocitelor, ceia-ce tocmai constituie efectul paludismului cronic.

Și cine din noi n'a observat edeme colosale ale membrelor inferioare, mergând chiar până la anazarcă, la nenorociții noștri țărani, cașectisați de miasmele paludice (?).

În or-ce cas, acest studiu este foarte important, mai cu seamă cu privire la țara noastră.

Suntem siguri, că nisce observațiuni mai minuțioase și perseverente, ar demonstra pôte în mod neîndoios o filariosă de natură paludică; un tratament specific, ar învedera și mai bine natura sea, prin obținere de vindecări. Și cu atât mai mult e posibil acest lucru, cu cât paludismul pôte determina leziuni mult mai grave, mergând până la gangrenă, chestiune deja tratată în primul volum, și unde am publicat chiar o observațiune indubitabilă de gangrenă palustră.

**Mersul.** În afară de diferite complicațiuni streine bôlei și cari vin în urma traumatismelor sau neglijențelor mari, elefantiasisul nu are absolut nici un resunet asupra organismului, ast-fel că indivizii se bucură de o sănătate perfectă.

Volumul ce capătă aceste tumori este enorm, întrecând chiar ori-ce imaginațiune. Ast-fel se citéză un elefantiasis al gambei, a căreia circomferență era de un metru de grosime. Este de remarcă, că talpa piciorului și chiar fața sa dorsală nu sunt coapse de edem, așa că e surprinzător a se vedea ómeni cu

membrul inferior gros ca un butoiu, și totuși purtând o încălțăminte strimță!

Elefantiasul organelor genitale la om devine și mai enorm. Ast-fel s'a văzut un prepuț cântărind până la un kilogram, iar penisul luând un volum întocmai ca un penis de măgar! ba încă, une-orî s'a văzut nisce asemenea elefantiasa atârând până la pământ, semănând cu o trompă de elefant și care de sigur ar transforma pe om din biped în tripod (? !)

Scrotul iarăși ia o dezvoltare enormă, putându-se coborâ până la genuchi și chiar până la călcâe. Un autor Titley, a extirpat un scrot ce avea doi metri de circumferență și în greutate de 80 kilog! iar Brassac citează cazul unui Negru, care când obosia, se odihnea pe scrotul său, al cărui volum și tărie îi servea drept scaun!

Elefantiasul buzelor mari, mici și a clitorisului la femei, este destul de frecvent, dar nu așa de espus, din cauza pudorei și a înbrăcăminte ce-l maschează.

Dați aici următoarele trei figuri (Fig. 46, 47, 48) luate din Enciclopedie, spre a da o idee cititorilor de această teribilă bôlă, ce denaturază speța umană.

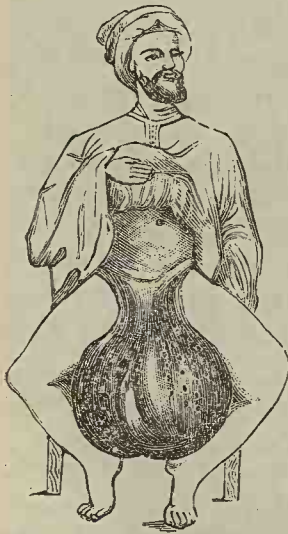


Fig. 46.

Elefantiasis al scrotului.



Fig. 47.

Elefantiasis al organelor genitale la femei.

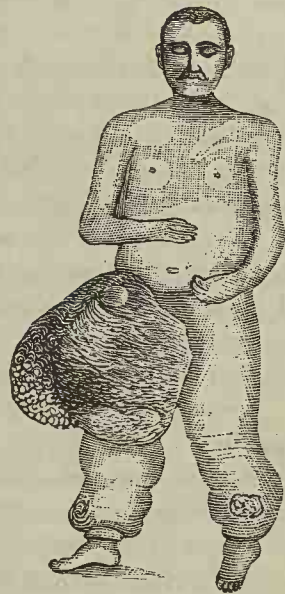


Fig. 48.

Elefantiasis al membrului inferior drept.

**DIAGNOSTICUL** e foarte ușor; și numai în perioada inițială s'ar putea pune chestiunea între o limfangită acută sau cronică.

Mai târziu, ne putem gândi și la o sclerodermie sau elefantiasis nostras; dar proveniența individului și examenul microscopic ne vor ridica ori-ce îndoială.

**PROGNOSTICUL** cu totul benign ca stare generală, de și bóla n'are absolut nici o tendință către o vindecare spontanată. Vom evita însă toate complicațiunile ce pot schimba cu totul natura bólei, putând aduce chiar mórtea individului, în urma limfangitelor, flegmónelor și gangrenei.

**TRATAMENTUL.** Cel profilactic constă în neîntrebuințarea apelor infecte; schimbarea localității, și o igienă mai riguroasă. Dar elefantiasul odată confirmat, tratamentul variază după regiuni. Astăzi, cu mijlocele antiseptice, putem recurge la înțepături multiple, dar mai ales la incisiuni largi, prin cari serositatea scurgându-se, s'ar fi obținut unele succese.

Compresiunea periodică cu banda elastică însoțită și de masaj, merită a fi întrebuințată. Celelalte mijloce, ca fomențațiuni, aplicațiuni de pomezii mercuriale, până și electrisarea, n'au dat absolut nici un succes.

În 1820, Labat a propus legătura arterei principale a membrului, metodă care la chirurgii Americani ar fi dat unele succese, prin faptul micșorării lichidului nutritiv ce se provóca în membru.

D-r Morton din Filadelfia a încercat în 1880, secțiunea nervului, într'un cas unde legătura arterei femorale practicată cu 2 ani înainte, nu dăduse nici un beneficiu durabil. Acest autor deci, a rezecat nervul sciatic la mijlocul cõpsei, pe o lungime aprópe de 4 c. m. Operațiunea a fost urmată de o micșorare a cõpsei în circumferență, obținându-se dupe 6 săptămâni o reducere de volum de 21 centimetri.

Amputațiunile membrelor au dat în general rezultate defavorabile.

Pentru scrot, cea mai mare parte din autorii recurg la decortizarea acestui organ cu sau fără anaplastie.

Acéstă operațiune numită și oscheotomie, vulgarisată în Franța de Delpach, este în general foarte benignă, căci casurile de mórte nu s'au observat de cât în mod escepțional, și atunci când principiile antiseptice au fost neglijate.

### III. FILARIA DE MEDINA,

Mai există încă o altă bôlă locală, determinată de un vierme helmint numit *Filaria de medina* — *Dracunculus medinensis*, ce se stabilește în țesutul celular sub cutanat și chiar prin înțepăturile musculare. Acest animal, ale cărui larve se găsesc depuse pe marginea lacurilor și riurilor, poate să străbată în corpul omului, fie printr'o inoculațiune directă în urma unei înțepături pe picior sau gambă, fie prin tubul digestiv, prin înghițirea apei infectate. Sediul de predilecțiune al acestui helmint sunt glesnele picioarelor, gambele și spatele, mai ales la indigeni cari duc apa în spinare în nisce burdufe și prin cari de sigur, provocându-și ôre-care escoriațiune, acesta servă ca pôrtă de intrare a elmintului.

S'a văzut însă acest vierme în ochi, buze, gură și mai ales sub conjunctivă, unde câte o dată se vîd chiar mișcările acestui vierme. Ast-fel Guyon povesteste istoria unei Negre, viind din părțile Africei, și la care o filarie trecea cu o rapiditate surprinzătoare de la o conjunctivă la alta, printr'un tunel sub cutanat, ce-și crease la rădăcina nasului.

Acest vierme așezat mai ales sub piele, poate lua o dezvoltare mare, până la 15 sau 20 c. m. și chiar până la 2 metri, precum a observat Peré, care a extras un vierme de o asemenea lungime din pările abdominale ale unei fete de 12 ani.

Acest vierme de o formă cilindrică și ușor sbârcit transversal, de o coloră albă închisă, are un cap ascuțit, pe care adesea îl scote afară prin vre-un orificiu fistulos. Când pielea e fină și viermele cu totul sub cutanat îl putem chiar observa; mișcările și incolăciturile sale, sémănă cu un ghem.

Prezența sa în țesuturi dă naștere la abcese sau traecte fistuloase interminabile, contra cărora nu există de cât deschiderea. Fiind vorba de o fistulă, introducem o ansă de mătase, prin care apucînd viermele îl tragem ușor afară pentru a nu se rupe. Nu tragem de o dată, dar în mai multe ședințe, unele mergînd chiar până la o lună sau 6 săptămâni, învîrtînd pe un sul de diachilon porțiunea de vierme extrasă în fie-care ședință.

## DESPRE PSOROSPERMOSE

Se numesc ast-fel, un grup de bóle parazitare cauzate de nisce animale unicelulare, puse de Leuckart și Balbiani în clasa psorozoarelor. Aceste parasite, trăind exclusiv în țesuturile epiteliale sub formă de spore, sunt mai mult cunoscute sub numele de coccidii.

Au fost deja intrevăzute de Bollinger și Virchow sub numele de *gregarine*, precum și de Batemann, ce le-a studiat în moluscum contagiosum.

Tendința este a autorilor moderni a arăta că, acești paraziți stabilindu-se în celulele epiteliale ale tegumentelor și mai ales în aparatul pilo-sebaceu, ar produce prin acțiunea lor o proliferare mare de epiteliu, și ast-fel ar fi origina canceroidelor sau cancerelor tegumentului. Paget a descris chiar o formă de cancer al mamelei, ce poartă numele său, și care nu e datorit după dînsul de cât acțiunii specifice a acestor coccidii.

Albarran a arătat un epiteliom de natură psorospermică a maxilarului superior, iar Cornil o analogie între aceste parasite și elementele găsite în cancerul uterului. Iarăși Albarran, a făcut să intervie prezența acestor parasite în unele tumori ale bășiceii.

Din punctul de vedere dar doctrinal, și mai cu seamă cum acum la ordinea zilei e chestiunea parazitara a neoplasmeilor, e posibil ca coccidiile să jöce nu öre-care rol în patogenia tumorilor. Până atunci, Batemann a arătat, că bóla de piele numită moluscum contagiosum, e datorită unui asemenea parazit. Acéstă afecțiune, ce se desvoltă mai ales pe față, ni se presintă sub forma unor mici coși, une-orî discreți, iar alte dăți confluenți; la centrul lor se află un punct mai închis, care cu timpul se turtesce luând forma unui ombilic, de unde și numele de acnea varioliformă dată de Bazin

Despre rolul coccidiilor am vorbit deja în teoria parazitara a tumorilor.



## TUBERCUL SUB-CUTANAT DUREROS

Nu trebuie a fi influențați de acest nume de tubercul, ce ar implica ideea unei entități morbide specifice, fie tuberculoasă, cancerosă or sifilitică; ci să ne reprezentăm bóla ca o simplă tumoră sub-cutanată, al cărui caracter esențial este o durere așa de violentă, în cât constituie singurul semn patognomonic, de unde 'i-a și provenit numele.

Acéla bóla a fost pensru prima óră studiată de William Wood în 18i2. Velpeau o numia *neuromatie* durerósă; Virchow, ganglion nervos, iar alții o descriu ca tumoră iritabilă, fibrom sub-cutanat dureros etc.

Sediul tubercului, de și póte fi în diferite regiuni ale corpului, se observă însă mai des în zonele periarticulare, une-ori pe mamelă, dar mult mai des pe *fața internă a gambei*

Durerea ce constituie unicul și principalul simptom, póte după autori să apară înainte aparițiunei tumorei, servindu-î ca un precursor; dar mai adesea o însoțesce după aparițiune. Casurile sunt rari când dēnsa se desvoltă mai târziu, de și Wood vorbesce de un fibrom ce n'a devenit dureros de cât după 17 ani de existență.

Acéstă durere, une-ori fórte mediocră, póte deveni însă destul de intensă, așa că la cea mai mică atingere, dēnsa capătă o intensitate așa de mare și insuportabilă pentru bolnavi, în cât nu suferă nici chiar atingerea cămeșei.

Durerea plécă chiar de la tumoră, și se iradiază fie către periferie, fie în lungimea unui traect cunoscut al nervului, provocând țipete din partea bolnavului și chiar *sincope*. Se zice că bătrēnul Béclard a suferit de un tubercul sub-cutanat, ce'i cauza nisce dureri nevralgice, tot-d'auna localizate pe traectul nervului safen intern.

Aceste dureri la început, pot lua un caracter de accese cu remisiuni, pentru ca în urmă să devie permanente și persistente, așa în cât nimic să nu le calmeze, ci din contra să se exaspereze la cea mai mică atingere, iar une-ori chiar la schimbările temperaturēi. De aci lesne putem vedea cum, din cauza acestor dureri continue, indiviđii lipsiți fiind de repaos pot slăbi, și să devie ipohondriaci, unii mergēnd chiar până la sinucidere.

Care este cauza acestor dureri așa de violente, dureri ce nu

ne prezintă nici însuși tumorile proprii ale nervilor, adică nevromele? căci este în adevăr foarte curios, când vedem cum acești tuberculi dureroși, prin cele mai minuțioase disecțiuni nu s'a putut descoperi de cât o conexiune cu firisoare secundare ale unui tub nervos sau un simplu contact, un filet nervos fiind așezat pe una din laturile sale sau între piele și tumoră?

Acestea sunt casuri până la un punct óre-care suficiente a explica durerile, dar ele sunt cele mai puțin la număr, de órece majoritatea disecțiunilor celor mai minuțioase, și chiar a examenelor microscopice, n'a arătat absolut cea mai mică conexiune a tumorii cu vre un firisor nervos fie direct sau indirect. Și cu toate acestea, durerile exasperante sunt în afară de orice descriere. Neputându-se dar găsi nici o explicațiune satisfăcătoare, Broca a emis deja opiniunea, că aceste dureri nu sunt datorite tumorii însăși, ci bolnavului.

Nu este, așisăzică acest autor, tumora care este iritabilă, ci bolnavul însuși. Cu alte cuvinte, se admite și chiar așisăzică că ceia-ce face caracteristica tuberculului sub cutanat dureros, e că se desvolta pe indiviđi nevropați, nervoși, sau pe femei când se află sub influența unei perturbațiuni generale a sistemului nervos ce apare în momentul menopausei.

Este lesne deci a deduce, cum nisce asemenea tumori în aparență fără nici o importanță, pot da nascere la nisce fenomene dureroase în afară de orice descriere, dacă individul este nervos ori nevropat; și ca probă avem, că la nisce asemenea indiviđi, orice tumoră devine durerosă, după cum a arătat Broca, Billroth, Poget, Verneuil, unde mixóme, lipome, fibro-condrome, mióme, sarcóme etc. se însoțesc de nisce dureri atroce, când se desvolta pe indiviđi nevropați, pe câtă vreme pe alții scutiți de această stare nervosă, sunt cu totul indolente.

Dașisăzică aci ca probă de relațiunea între aceste tumori și indiviđi nervoși sau isterici, următoarele observațiuni, cari de și foarte vechi (1720) nu sunt însă mai puțin demonstrative.

Ast-fel, se ăice că Portal a prescris fără nici un succes cele mai variate remedii unui epileptic, a căruia aură pleca tot-d'auna de la police. Elevul său Ledru, găsi în acest punct o bă-tătură foarte durerosă, pe care extirpându-o, bolnavul s'a vindecat de epilepsie(?).

Tot așa este a doua observație a unui alt medic Short, ce

e relativă la o femeie de 38 de ani, care în timp de 12 ani, era coprinsă de epilepsie cu crize frecvente, ce o adusesese într-o stare de stupiditate. Aura pleca de la gambă. În timpul interogatorului, bolnava fu coprinsă de un acces; și în această stare medicul a examinat punctul incriminat al gambei, dar n'a simțit nimic. Cu toate acestea el tot introduse bisturiul, și găsi un corp tare, de mărimea unui bob de mazăre, ce ținea de un nerv pe care l'a tăiat; accesul a încetat imediat, fără ca mai în urmă să fie vorba de epilepsie(?).

Nimic nu poate lupta contra acestei bóle, de cât extirpațiunea totală a tumorei.

Reproduc aici ca o curiositate, un asemenea cas de tubercul sub-cutanat dureros, ce am observat încă din timpul internatului meu, pe când făceam serviciu la regretatul și eruditul meu profesor *Turnescu*. Și acum am prezent în mintea mea, starea de nervositățe de care era coprinsă femeia, lucru ce m'a făcut a publica această observație în jurnalul *Spitalul* din 1881, la a căruia fundare am luat și eu parte. Eată cazul :

Maria Nicolae, de ani 50, domiciliată în Bărbătescu vechi (București), intră în spitalul Colțea în ziua de 16 Noembrie 1881.

*Anamneza*.—Femeia ne spune, că sunt aproape 4 ani de când simți că sub piele, în regiunea supero internă a gambei, se afla o tumoră foarte mică, abia cât un bob de linte, pe care o putea cuprinde în totă întregimea sa, cu degetele. — *La început*, această tumoră nu'i producea mai nici o senzație, afară de mici dureri, și acestea numai atunci când o pipăia sau o freca cu degetele — Cu timpul însă, dēnsa observă că încetul cu încetul, mica tumoră începe a cresce în volum, când și durerile nu întârziară a deveni mai simțitóre. Acastă stare de lucruri duréză aproape un an; după acest interval însă, fenomenele crescând, începu a îngriji pe femeie și a o determina să ia precauțiuni contra lor. Intr'adevăr, după al II-lea an de vechime al bólei, tumora nu numai că crescú într'un mod destul de simțitor, dar și durerile câștigară atât de mult în intensitatea lor, în cât bolnava începu a nu le mai suferi: or-ce compresiune cât de mică, chiar atingerea hainelor, îi producea nisce dureri înspăimēntátóre, cari de multe ori mergéu până a'i provoca leșinuri.

Un lucru demn de observat și de reținut este declarațiunea bolnavei că, ori de câte ori o apuca durerile, fie că acestea ve-

néu spontaneu, saú cã se provocaú prin loviri, frecãri cu degetele saú în urma aplicãrei vre-unui medicament, *tumora se mãrea în volum*, devenea tare și *cãpãta ocolóre albã cenușie*, în care timp durerile deveniaú atroce. Trecând acéstã crisã, totul intra în starea de mai'nainte: tumora se mã micșora de volum, devenea ceva mã móle și lua aceiași colorațiune ca a tegumentelor. Acéstã succesinue de fenomene, le-am constatat însu-mi, la patul bolnavei. Femeia, fiind sub dependența acestor dureri atât de mari, începe a se plânge prin vecini. Camaradele sale, departe de a o consilia sã intre în spital cãci o înspãimântaú zicndu-i „sã nu te duci cã o sã'ți tae piciorul“ o îndemnarã sã facã uz de apã tare, la care pacienta nãstrã consimți cu cea mã mare plãcere. Dar, dupã întrebuintarea zadarnicã a acesteia ape într'un timp destul de îndelungat, vëndând cã nu folosesce nimic, ci din contra rãul progresa din zi în zi, ast-fel cã o adusesse într'o adevãratã *desesperare și desgust de viață*, renunță la or ce încercare și se decise a veni la spital. Nu mã descriu frica cu care a intrat în sala de consultațiuni, nici palórea feței și cãutãtura sãlbatecã cu care ne privea; voi spune însã numai atât, pentru a'și face cine-va idee de temerea ce avea în sufletul sãu, cã întrebând'o ce voesce, ea ne respunse „vã rog D-le Doctor, sã trãiți, sã nu'mi tãiați piciorul!“ Abia dupã multe stãruinți blãnde și asigurãri mari, am putut'o determina sã ne arate rãul de care suferea. Alt-fel era o femeie demnã de compãtimit. O deciseram în sfãrșit se intre în spital.

*Starea prezentã*: La 17 Noembrie se examinézã și de D-nu D-r. Turnescu și se constatã: În regiunea supero-internã a gambei stângi o tumorã de mãrimea unei alune mari, tare, nesfluctentã, neulceratã și avënd aceiași colóre ca a tegumentelor. Acéstã tumorã e situatã în derm, mobilã, ast-fel cã se póte cuprinde între degete, fôrte durerósã așa cã cea mã micã atingere provoca pacientei durerile cele mã teribile, Într'adevër, în timpul pe când se examina, *tumora devine mã mare de volum, se întãrește, se albește, iar femeia începând a tremura de dureri, scrãșnind din dinți, de o datã sare din pat, și se duce la gura sobei ca sã și dogoréscã piciorul*. Toți credeam cãi va veni un atac de epilepsie. — Puțin trecu și durerile se calmarã.

Reviind la pat, ne istorisi tótã perióda bólei așa precum am a-

rătat în anamneză, și se mira și se ciudea femeia cum de nu a putut, prin mijlocele de care a uzat, să facă să spargă această necurată umflătură. D-nu D-r. Turnescu ne pune să facem compresiuni d'asupra și de desuptul tumorii iar D-sa apasă pe tumoră și întrebând pe femei dacă o dore, această răspunsă că prea puțin. — Atunci D-nu D-r. Turnescu luând în considerație, anamnesa, starea prezentă cu toate fenomenele descrise, apoi faptul că nu a găsit pe întreaga suprafață a corpului nici o cicatrice sau semn ce de ordinar lasă sifilisul, a exclus idea că aci ar putea fi un tubercul cutanat de natură sifilitică, mai cu deosebire luând în vedere, că această tumoră e solitară, ceia-ce se întâmplă foarte rar, fiind de natură specifică; căci de ordinar, un tubercul sifilitic, este însoțit și de alte tubercule sau alte sifilide; apoi faptul că de 4 ani de când datéză nu a supurat sau ulcerat, în sfârșit durerele cari în loc de a fi nocturne, sunt periodice și vin prin adevărate atacuri, toate aceste considerațiuni, zic, a făcut pe D-nu Dr. Turnescu să escludă idea că aci ar fi un tubercul sifilitic. Tot asemenea s'a exclus și idea că ar fi un canceroid căci și acesta nu duréză atât de mult fără să se ulcezeze și fără să compromită organismul. În consecință se stabilește diagnostic «*Nevrom*». — Operația s'a amănat pentru a doua zi, prescriind-i-se ca paliativ, parégoric, cataplasme laudanizate. La 18 se face extirpația tumorii fără a se cloroformiza bolnava. Cu un bisturiu, s'a făcut două incizii semilunare privindu-se prin concavitățile lor și în aria căroră se cuprindea tumoră în totă întregimea sa. Se disecă apoi puțin tegumentele, se apucă tumoră cu o pensă, și cu bisturiu se separă de țesutul celular în care se afla situată. Această tumoră nu s'a găsit nici traversată nici așezată pe vre'un filet nervos. (Tubercul dureros?). După aceia buzele rănii s'a reunite prin 3 puncte de sutură, pe cari a 3-a zi am fost siliți să le scotem de ore-ce reunirea nu s'a putut dobândi prin prima intenție. — La 30 Noembrie bolnava eși din spital complect vindecată și fără a mai suferi nici o durere, care alt-fel dispăruse chiar din ziua operației.

## CHESTIONAR

Bólele tesutului celular sub-cutanat. Flegmon difus. Definiție. Istorice. Etiologia. Microbul. Cause predispozante. Sediul. Starea generală. Anatomia patologică. Divisiunea lui Chassaignac in flegmon panicular, supra-aponevrotic, profund și total. Caractere. Alterațiunea țesutului celular, aponevrozelor, tendónelor, muschilor etc. Simptome generale și locale. Caractere. Diferite perióde, inflamatorice, de fortificație, de eliminare.

Prognostic. Diagnosticul cu erisipel, limfangită etc. Tratamentul general și local.

Elefantiasis arab. Considerațiuni.

Diferite forme. Definiție. Istorice.

Etiologia, Filaria, Levis. Mecanismul producerei. Anatomia patologică. Simptome. Forma febrilă și afebrilă. Caractere. Urină grasósă. Opiniuni diverse. Relațiunea elefantiasului nostras cu cel arabic. Etiologia. Diferite opiniuni. Mersul. Diagnosticul. Tratamentul chirurgical prin decorticare, legarea arterei principale, secțiunea nervósă.

Filaria de Medina (Dracunculus) Caractere. Lesiuni.

Despre psorospermoze. Considerațiuni. Istorice.

Tubercul sub-cutanat dureros. Definiție Caractere, sediul. Opiniuni asupra durerii. Diferite observațiuni precum și a autorului.



### CAP. III.

## LEZIUNILE VASELOR LIMFATICE

### § I.

## LEZIUNILE TRAUMATICE

**CONSIDERAȚIUNI GENERALE.** De și Magendie a voit să atribue venelor rolul vaselor limfatice, totuși aceste vase de la descoperirea lor și până azi, au fost și sunt considerate ca *vase absorbante*.

Dinsele, născute din intimitatea țesuturilor, absorb materiile găsite și apoi le varsă în marele sistem venos, iar de aci în circulația generală, în modul următor:

Vasele limfatice o dată formate, se grupază în general în două sisteme, unul superficial sau cutanat, iar altul profund, însoțind vasele și nervi organelor.

Tóte limfaticele intestinelor—numite chilifere—precum și acelea ale membrelor inferioare și a întregii jumătăți stângi a corpului, se reunesc printr'o umflătură—reservoriul lui Pécquet—intr'un mare trunchiu numit *canalul toracic* ce se află în dreptul celei de a II-a vertebră lombară. De aci înaintând în sus prin diafragm, urmăzează aorta și intră în cavitatea toracică. Ajuns în dreptul celei de a IV-a vertebră dorsală, se înclină la stânga, urmăzește artera sub clavieră stângă, ajunge la partea inferioară a gâtului, înecrușeză muschiul scalen anterior și se varsă în fine în vena sub-clavieră stângă cam în acelaș nivel cu venele jugulare.

Restul celor-alte limfatice ale corpului adică: jumătatea dréptă

a capului, a gâtului, a toracelui, și a membrului superior drept, se varsă în vena sub-clavieră dreaptă prin intermediul mării vene limfatice, ce reprezintă porțiunea cervicală a canalului toracic.

Conținutul vaselor limfatice vărsat în venele menționate, trece în cordul drept, de aci prin arterile pulmonare în plămâni, iar de acolo prin venele pulmonare intră în cordul stâng și de aci în marea circulațiune.

Ast-fel fiind, lesne ne putem explica :

I. Posibilitatea strebaterii unui agent toxic sau a unui microb în întregul organism, o dată ce a intrat în sistemul limfatic. Și pe această cale ne putem da seama de gravitatea limfangitelor, ce pot provoca fenomene de piemie prin formarea de embolii limfatice.

Origina vaselor limfatice este și azi debătută. Inșă după cercetările lui Sappey, Cornil, Ranvier și a altor autori, reese că dinsele nasc din intimitatea țesuturilor : a țesutului conjunctiv, a mucoselor și seroselor prin niște dilatațiuni numite sinusuri sau lacune limfatice, și în urmă își reiau forma obicnuită de canale precum arată figura 49 din Klein și Variot.



Fig. 49

Stomate sau guri, arătând origina vaselor limfatice în mijlocul unui țesut.

Aceasta ne explică faptele clinice.

II. Că inflamația or cărei seroze sau mucose, tot-d'auna poate fi însoțită de limfangite. Ast-fel avem peritonitele, pleuritele, metritele etc. unde limfangitele nu lipsesc mai nici o dată.

III. Inflamațiunea parțială sau în masă a țesutului celular conjunctiv formând flegmonul circumscriș sau difus, iarăși se însoțește de limfangite, grație originii acestor vase. Pe de altă parte, cercetările lui Cornil și Babeș au arătat că micro-organismele din spațiurile conjunctive, dupe ce au determinat o dilatație nevro-paralitică a capilarilor și o reacție inflamatorie, acești microbî strebat apoi în spațiurile limfatice, iar de aci în vase provocând limfangitele. Dar și opinia inversă susținută de Chevalet, că inflamația țesutului celulo-conjunctiv e tot-d'auna consecutivă unei limfangite, încă se poate explica, iarăși în urma acestei comunicațiuni, prin care micro-organismele



din limfatice pot strebate în lacunele conjunctive și să producă consecutiv un flegmon.

Deci faptele deja intrevăzute de Duncan și Chassaignac în privința tendinței coplesitoare a flegmonului difus, astăzi se explică foarte clar, și putem chiar stabili un *flegmon centripet* (venit în urma unei limfangite) iar pe de alta o *limfangită centrifugă* (venită în urma unui flegmon).

De aci limfangită flegmonosă, precum și flegmon limfangitic său numit de cei vechi flegmon erisipelatos.

IV. În fine, din origina și comunicarea acestor vase cu seroasele, ne explicăm diferitele complicațiuni ce observăm în limfangite din partea pungelor seroase și chiar a pericardului după cum vom vedea.

Vasele limfatice, conțin în interiorul lor un lichid numit *limfă*. El e incolor, transparent, și ale cărui corpuscule sunt cu totul identice cu leucocitele. *Limfa imediat ce iese din vase se coagulează*.

Vasele limfatice prezintă 3 tunici ca și arterele și venele, însă aci fibrele musculare sunt într-o foarte mare abundență; dinsele de și transversale și longitudinale, se încrucișează însă în dreptul valvulelor în mod inextricabil, formând inele.

În adevăr, limfaticele prezintă în interiorul lor niște valvule foarte pronunțate și diferite de acelea ale venelor, prin aceia că posedă ondulațiuni și neregularități asemănătoare cu aranjarea jocului numit: *a da în cărți*, precum arată figura 50.

Din prezența limfei ce are principala proprietate de a se coagula imediat ce iese din vase; din faptul că limfaticele în mare parte sunt formate din țesut muscular, reiese:

V. Că plăgile acestor vase de și foarte frecvente, totuși dinsele se cicatrizează spontan și fără a se complica de fistule, grație contractilității părților și coagulării limfei.

Monro a văzut chiar canalul toracic, rănit experimental pe un porc, obliterându-se foarte repede prin coagularea limfei.

VI. Că în cas de fistulă limfatică — lucru ce se poate observa când vasul fiind înconjurat de aponevroze sau



Fig. 50  
Vase limfatice  
cu dispoziția  
valvulelor.

țesuturi cronice inflamate, nu se mai p $\acute{o}$ te contracta, și deci va r $\acute{e}$ m $\acute{a}$ ne deschis, și ca atare stabilindu-se o fistul $\acute{a}$  vom avea scurgere de limf $\acute{a}$  sau limforagie — diagnosticul cel mai important de f $\acute{a}$ c $\acute{u}$ t este intr $\acute{o}$  plag $\acute{a}$  penetrant $\acute{a}$  a articulației, dac $\acute{a}$  bine  $\acute{i}$ nteles fistula limfatic $\acute{a}$  ar fi situat $\acute{a}$  pe o articulație. E $\acute{i}$  bine,  $\acute{i}$ n asemenea casuri, pe l $\acute{a}$ ng $\acute{a}$  aceia c $\acute{a}$  or ce scurgere  $\acute{i}$ ncet $\acute{e}$ z $\acute{a}$  exercit $\acute{a}$ nd o presiune  $\acute{i}$ ntre plag $\acute{a}$  și extremitatea membrului, pe l $\acute{a}$ ng $\acute{a}$  c $\acute{a}$  traectul fistulei limfatice e mai lung și superficial, mai avem *caracterul coagulabilit $\acute{a}$ ței limfei*, știut fiind, c $\acute{a}$  *sinovia de și mai gr $\acute{o}$ s $\acute{a}$  și visc $\acute{o}$ s $\acute{a}$ , nu se coagulez $\acute{a}$   $\acute{i}$ ns $\acute{a}$  nici o dat $\acute{a}$  și nici constat $\acute{a}$ m prezența de leucocite*.

VII. Din prezența valvulelor și a dilatațiunelor sau amputelor ce se afl $\acute{a}$  d $\acute{a}$ supra lor, ne explic $\acute{a}$ m multiplicitatea și forma  $\acute{i}$ n m $\acute{a}$ tani $\acute{a}$  a abceselor,  $\acute{i}$ n casuri de limfangit $\acute{a}$  supurat $\acute{a}$ . Vom reveni.

Din cele descrise, este de prisos a mai insista asupra pl $\acute{a}$ gilor prin instrument t $\acute{a}$ etor a vaselor limfatice, c $\acute{a}$ c $\acute{i}$  acestea dup $\acute{a}$  cum am v $\acute{e}$ đut, se cicatrizez $\acute{a}$  f $\acute{o}$ rte repede  $\acute{i}$ n urma coagul $\acute{a}$ rei limfei și a contractilit $\acute{a}$ ței p $\acute{a}$ reților s $\acute{e}$ i.

Cu t $\acute{o$ te acestea, sunt unele pl $\acute{a}$ gi cari sunt urmate de o scurgere continu $\acute{a}$  de limf $\acute{a}$ , de limforagie: ast-fel  $\acute{i}$ mprejurul unor articulații, la  $\acute{i}$ ndoitura cotului, la fața intern $\acute{a}$  a c $\acute{o}$ psei, pe g $\acute{a}$ țul piciorului,  $\acute{i}$ n dreptul maleolelor interne și externe, la g $\acute{a}$ t etc., se observ $\acute{a}$  fistule limfatice.

$\acute{I}$ n urma venesețiilor brațului, Van-Swieten și Mitchel din Strassburg  $\acute{a}$ u observat acest fenomen, unde limfa curgea pic $\acute{a}$ tur $\acute{a}$  cu pic $\acute{a}$ tur $\acute{a}$ .

Monro a observat același lucru cu ocazia unei extirp $\acute{a}$ ri de tumor $\acute{a}$  a brațului.  $\acute{I}$ n fine se cit $\acute{e}$ z $\acute{a}$  un caz clasic al unui doctor Hewson pe care  $\acute{i}$ l lu $\acute{a}$ m din Enciclopedia internațional $\acute{a}$ :

„Unui m $\acute{a}$ celar c $\acute{a}$ đ $\acute{e}$ ndu- $\acute{i}$  cuțitul din m $\acute{a}$ n $\acute{a}$ , și-a secționat c $\acute{a}$ te-va din marile vase limfatice din lungul tibiei. Din ac $\acute{e}$ st $\acute{a}$  plag $\acute{a}$ , se scurse o cantitate considerabil $\acute{a}$  de limf $\acute{a}$  ce se coagula  $\acute{i}$ n contact cu vesmintele, form $\acute{a}$ nd un fel de fungositate alb $\acute{a}$ , ce se putea ridica cu o spatul $\acute{a}$ .“

C $\acute{a}$ t privesce secțiunea și ruperea canalului toracic, casurile sunt mai rar $\acute{i}$ , mai ales  $\acute{i}$ n traectul toraco-abdominal; la g $\acute{a}$ t  $\acute{i}$ ns $\acute{a}$  s $\acute{a}$  putut deschide c $\acute{a}$ te-odat $\acute{a}$   $\acute{i}$ n urma extirp $\acute{a}$ rei cancerului din regiunea supra-clavicular $\acute{a}$ .

În orî ce caz, aceste incidente operatorii saũ accidente traumatice nu presintã o gravitate mare, de óre ce prin compresiuni sub plagã, saũ prin tamponare directã, or aplicaþiune localã de diferite caustice, saũ la rigóre simpla compresiune digitalã, reușesc de a închide vasul și a opri limforagia.

Cãt privesce ruptura vaselor limfatice, acẽsta iarãși nu presintã mare gravitate; este însã capabilã de a produce sub tegumente nisce pungĩ seróse studiate fórte bine de Morel-Laval-lée, lucru asupra cãruia am insistat în volumul I.

---

## § II.

# LEZIUNI INFLAMATORII

## LIMFANGITE (Bouilland)

(*Angio-leucite*. (Velveau) se numesc încă *Limfite* și *Limfatite*).

Prin Angio-leucite se înțelege inflamația vaselor limfatice.

Studiul clinic al limfangitelor se datorește școlii franceze și în special lui Velveau, Breschet, Cruveilhier, cari au lăsat o descriere cu totul magistrală. Trebuie însă a recunoște că în Anglia s'a dat semnalul studiului anatomic al vaselor limfatice de Hewson, Cruikshank etc., precum și de Hunter cu ocazia întreprinderii de a distruge teoria umoristă pentru a o înlocui cu cea solidistă. Astăzi bacteriologia și istologia au adus servicii foarte însemnate, prin arătarea originii acestor vase, precum și rolul microbilor când strebat în ele.

**CAUSE.** Pentru producerea limfangitei, se cere neapărat străbaterea unui agent iritant sau septic în interiorul unui vas limfatic. Pentru realizarea acestui lucru însă, se cere o soluție de continuitate, sau mai bine zis deschiderea vasului.

Casurile de *limfangite fără soluție de continuitate*, ce se observă în urma contuziunilor, artritelor purulente, aparițiunea bruscă a unui edem, precum și disparițiunea sea subită, sunt astăzi greu de înțeles, și să atribue iarăși unor soluțiuni de continuitate, însă cu totul mici și neapreciabile, numite de Verneuil *micro-traumatisme*. Tot prin acest mecanism de micro-traumă ne esplicăm *Limfangitele tardive*, bine studiate de Jouet, cari apar foarte târziu în urma traumatismelor sau chiar a cicatrisirii unei plăgi.

Deci, astăzi nu se admite de cât limfangite în urma unei soluțiuni de continuitate, fie dânsa mică sau mare. Ast-fel, o simplă înțepătură, o sgârietură, ruperea unor vezicule pruriginose determinate de o eczemă sau scabies, neoplasmele ulcerate, dar mai ales înțepăturile anatomice la ómenii de profesie, sau a unei simple autopsii, se însoțesc în mod inevitabil de limfangită, grație soluțiunei de continuitate a părților, și străbaterea în interiorul vasului a agentului iritant, dând fie-care diferite forme de limfangită.

În ceia ce privesce natura agentului, în majoritatea casurilor, după cercetările lui Rosenbach, acesta ar fi Stafilococul aureus și Streptococcus piogenes.

Cornil și Babeș au găsit în limfangite toate speciile de microbi comuni în orî ce supurație.

Clado și Verneuil au găsit microbul erisipelului — Shreptococcus erisipelatus, iar Koch pe acela al tuberculosei,

De aci rezultă că în linifangite nu avem un microb special și deci *nu există o limfangită ci linifangite*, proprii fie-cărui microb și stărei diatesice a individului.

Modul cum lucrează acești agenți este următorul:

1) Se produce o tumefacție în celulele epiteliale ce câpțușesc membrana internă a vasului; endotelium se umflă, se deslipesc pe alocuri, apoi pe o întindere mare a tunicei interne.

Păretele se îngroșă și se umple cu o masă de celule rotunde, cari mai târziu vor deveni puroi.

Dar fenomenul cel mai principal arătat de Virchow este coagularea limfei. Acest trombus sau dop fibrino-globular, se poate întinde așa de departe, în cât Weber l'a putut urmări până în rezervoriul lui Pecquet, într'un cas de autopsie de febră puerperală.

Acest fenomen de coagulare a limfei când nu este prea întins, formază de sigur o barieră în străbaterea mai departe a agenților septici, și constituie ast-fel un beneficiu pentru bolnavi; căci dacă dânsul nu se produce, infecțiunea se poate propaga cu cea mai mare ușurință.

Dar acest fenomen a fost deja întrevăzut de Bouisson, care stabilește că, dacă un aflux sanguin de natură flegmatică se produce într'un organ, limfa conținută în vasele ce plăcă de la acest organ, și schimbă compozițiunea încărcându-se de o materie co-

lorată roșie și de o mai mare cantitate de fibrină. Limfa ast-fel mărită, trece cu dificultate în ganglionii pe cari îi umflă, astupând în acelaș timp și calibrul vaselor.

Până aci inflamațiunea efectuându-se în tunica internă, se numește *Endo-limfangită*, însoțită saă nu de *abcese intra-tubulare*.

Procesul inflamator însă trece de părășii vaselor limfatice, pentru a coplesi țesuturile din prejur, constituind ast-fel o *peri-limfangită*, aci, dacă procesul inflamator este prea intens, țesutul conjunctiv și celulo-grăsos se pot desagrega, revin în stare embrionară, și ast-fel se transformă în puroiū. Acesta colectându-se dă nascere unor abcese *para* saă *extra-tubulare*. La rândul lor, aceste abcese pot perfora pereții vasului, să se verse în interiorul său și să devie ast-fel *intra-tubulare*.

De aci rezultă că, în cazul numai de simplă endolimfangită, vasul va fi cel mult mărit de volum, dar fără conexiune cu părțile vecine, pe câtă vreme, adăogându-se și peri-limfangita, dinsul va fi mai mare, mai tare și mai aderent putându-se simți sub degete sub formă de cordóne.

Aceste leziuni sunt proprii mai mult limfangitelor tronculare, de alt-fel singurile importante; căci în ceia ce privesce limfangitele reticulare, leziunea se mărgineșce numai în desquamarea saă distrugerea epiteliului după fața internă a vasului.

**SIMPTOME.** Limfangitele aū fost divise de Le Dentu în: *reticulare, tronculare și radiculare*.

Cele radiculare, interesază chiar rădăcinile limfatecilor; dar acestea avënd origina în intensitatea țesuturilor, inflamația lor se confundă cu inflamațiunea acestor țesuturi, și deci scapă observațiunei chirurgului, mai ales când sediul lui se află în viscere; deci vom studia numai primele douē forme.

Vechea diviziune de limfangite acute și cronice e părășită, de ore ce limfangita cronică nu mai forméză o bólă a parte, ci e un simptom al unei diateze a individului, fie tuberculósă, sifilitică, cancerósă etc.

Deci, tot ce vom descri va fi cu privire la starea acută.

În limfangită trei sunt semnele patognomonice: *roșeța, ingorgarea saă prinderea ganglionilor și febra*.

Roșiata o vom studia de o dată cu limfangita reticulară și tronculară.

1) **LIMFANGITA RETICULARA.** Aci roșeța une-orii este în con-

tinuitate cu plaga, iar altă dată începe la o distanță de 1 sau 2 c. m. Invasiunea se anunță pe lângă altele printr'o iritabilitate specială a buzelor plăgei, ce le fac să devie foarte sensibile la cea mai ușoră atingere, fenomen cunoscut sub numele de ipe-restesia plăgilor.

Aceste pete sunt continue, largi, dar cu marginile dințate iar nu oprite brusc ca în erisipel. Ele de și separate, tot-d'auna însă sunt reunite prin câte-va linii sau arborisațiuni, datorite limfangitei tronculare.

Colórea este roșie deschisă, iar une-ori cenușie închisă și venosă, când în general ne anunță supurația sau gangrena.

Mai tot-d'auna în limfangita reticulară avem un edem, ce câte o dată ia proporțiuni mari, precum îl observăm pe dosul mâinilor, picioarelor, buzelor, pleopelor și în special pe penis, unde se determină fimose și parafimose din cele mai înspăimântătoare, transformând întregul organ într'o grosime colosală.

Un fapt constatat încă de Chassaignac, este că nici odată în limfangite nu avem flictene, lucru ce nu se vede de cât în erisipel. Cu toate că Roux spune a fi văzut limfangite cu flictene, casurile însă sunt foarte rare; și când există, se poate lua ca preludiul unei terminațiuni prin gangrenă.

Aceste pete limfangitice sunt foarte dureroase la presiune, și bolnavii manifestă o senzațiune analogă cu o arsură de gradul întâiu.

Se întâmplă că petele limfangitice în loc de a fi separate și unite prin linii sau arborisațiuni, să constitue o placă unică, roșie și în totul analogă cu o erupțiune scarlatinosă.

După observațiunile lui Chassaignac și Guérin, o asemenea erupțiune a parcurs în două cazuri întreaga suprafață a corpului, într'un spațiu de 2 luni. Acest lucru se observă mai ales în limfangitele foarte superficiale, când se însoțesc și de o desquamățiune, ce s'ar impune drept aceia a unei scarlatine sau erisipel. Se deosibesce însă de ele, că desquamățiunea în limfangită este foarte subțire și plăcă de la centru către periferie, pe câtă vreme în erisipel și mai ales în scarlatină, dinsa se face în plăci largi și grose și începând de la periferie către centru.

**2. LIMFANGITA TRONCULARA** sau **TRAJECTIVA** ni se prezintă sub formă de linii, bande sau fâșii, cari plecate de la plagă, merg

spre rădăcina membrului, sau într'un anumit loc, unde se constată prezența unui ganglion.

Acastă roșeță desemnează une-orî în mod așa de clar vasul limfatic, precum nu-l pôte obține cea mai fină injecțiune artistică, și constituie câte o dată o adevărată plăcere vederea acestui lucru, ce e cu atât mai manifest cu cât persóna atinsă este mai limfatică și deci cu pielea mai fină.

Dacă la această limfangită se adaugă și o perilimfangită, atunci vasele forméză cordóne, carî cu timpul pot deveni retractile, așa în cât să jeneze unele mișcări a regiunei. Ast-fel Chassaignac și cu Richet aũ fost nevoiți într'un cas să secționeze aceste cordóne limfatice și retractile din regiunea gâtului. (Lejars).

Acésta constituie limfangita *trunculară, traiectorie* sau *ascendentă*.

Unii mai admit o limfangită *retrogradă*, care fie zis în parentesă nu ne-o putem esplica, fiind dat că agentul iritant ar trebui să percurgă un drum cu totul opus cursului normal al limfei.

Cu tóte acestea, Roux și Guérin daũ douë observațiuni reproduse de Lejars: într'unul este vorba de o serie de fistule limfatice aședate pe marginea internă a brațului. Pe fistula cea mai inferióră cu scop de a se culege limfa, s'a aplicat o mică cupulă de sticlă, ce s'a fixat pe loc, dar a căruî margine a determinat o mică ulcerăție. Scurgerea s'a oprit în tóte cele-l-alte fistule, dar după câte-va zile, s'a desvoltat pe cot și antebraț o limfangită retrogradă, care se răspândi pe mână, determinând și un edem fórte pronunțat.

În cazul lui Roux, este vorba de o placă limfangitică ce începea de la maleola internă ridicându-se până la rădăcina membrului, iar de acolo retrogradând a coplesit fața esternă a membrului mergend până la picior și degete.

Noi credem că în aceste casurî, este vorba de o limfangită concomitentă, plecată dintr'o plagă nebăgată în sémă, iar nici de cum de retrogradarea inflamatorie, pe care încă o dată nu o admitem, chiar dacă am presupune străbaterea agentului prin vre-o ramură anastomotică limfatică.

2) *Ingurgitarea ganglionară*. Caracteristica limfangitei este de a avea răsunset asupra ganglionilor.



Acésta prindere ganglionară se face în general după una sau două zile; alte dăți însă extensiunea se face în mod așa de brusc în cât or ce încubațiune este înlăturată. Lucrul acesta se observă mai cu sémă în limfangitele septice. Ast-fel sunt cazurile lui Hunter, Broca și Weber unde în urma unei înțepături la autopsie, în câte-va minute s'a produs atât limfangita cât și prinderea ganglionilor axilari.

În general prinderea ganglionului se mărginesce la o simplă împăstare durerósă a zonei ce-l înconjoară; am avea deci o periadenită. Alte dăți avem o supurațiune francă, o adevărată adenită supurată. De ordinar, primul ganglion sau lanț ganglionar este atins de extensiunea inflamatorie. Se întâmplă însă că o parte din agentul iritant scapă din acest ganglion și merge a coplesi un altul așezat mai sus. În adevăr în limfangitele membrului superior putem avea deodată adenită axilară și supraclaviculară. Alte dăți, primul ganglion rămâne neatins, pe când cel care-i urmăzează supurează; exemplu: ganglionul epitrocleeen sănătos iar cel axilar inflammat etc. etc.

3) *Febra* se ridică brusc la 38—39 și 40°, precedată de un frison și urmată de un stadiu de căldură și sudore. Ca fenomene generale avem: cefalalgie, inapetență, prostrație, une-ori delir și adenanie, după diatesa individului.

În or-ce cas, temperatura nu are caracterele precum nici mersul ce ni-l oferă în erisipel. (Vezi primul volum).

Ar trebui să descriem și limfangita profundă, studiată mai ales de Dolbeau și Chevalet, dar simptomatologia sea este uneori confundată cu aceia a flegmonului difus. Singurul lucru ce ne-ar veni în ajutor, ar fi prinderea ganglionilor precum și aparițiunea după un scurt timp a unei limfangite superficiale, constituind ceia-ce Follin numesce *limfangită dublă*. Pe lângă acésta, fenomenele sale de și vagi, ne presintă însă o durere vie pe traectul trunchiurilor limfatice subaponevrotice, o împăstare profundă și un lanț de nucleii îndurați, unde presiunea determină dureri mai mult sau mai puțin vii. Să nu uităm că în asemenea cas există mai tot-d'auna un edem al membrului.

Acésta limfangită adese ori are tendința la supurațiuni profuse, constituind ceia ce Chassaignac a numit *Tifosul membrilor*, și unde într'un cas, Roux a fost silit să practice desar-

ticulațiunea còpsei pentru o asemenea limfangită a membrului inferior.

**Mersul.** In general după 5 sau 6 zile fenomenele dispar, iar roșeța locală se termină prin diliteșcență nelăsând nici un semn în urma sa. La varicoși însă, pe membrele inferioare, sau când inflamațiunea a fost intensă, rămâne câte o pată echimotică ce nu dispăre de cât foarte târziu. Acésta ar proveni probabil din străbaterea în limfatice a globulelor roșii ale sângelui, confirmându-se opiniunea unora, că vasele limfatice au comunicațiuni cu vasele capilare (?).

Alte dăți rezoluțiunea nu este complectă, rămâind unele semne și dând naștere la dese recidive. Acésta constituie limfangita reticulară *oscilantă* a lui Chassaignac, ce se observă mai ales pe mâini și la indiviđi cu natură scrofuloasă sau cu anumite profesii.

In fine, une-orî deși fenomenele generale ca și prinderea ganglionilor au dispărut, roșeața însă persistă, însoțindu-se de indurațiunea părților moi. Acésta se observă în limfangita nodoasă, care se crede a fi de natură palustră și unde observăm mai tot-d'auna și un edem persistent.

## DIFERITE FORME DE LIMFANGITE

Ceia-ce am studiat până acum, constituie limfangitele comune sau ordinare; sunt însă unele limfangite cari prin natura agentului și a simptomatologiei, constituie tipuri deosebite. Ast-fel avem:

1). *Limfangită supurată.* Se observă mai ales pe indivizii slabi, cachectici și în miserie fisiologică.

Dinsa începe prin aparițiune de flictene și formațiune de abcese mici și multiple întindându-se pe traectul vasului.

Aceste abcese une-orî sunt difuse, sub aponevroasă, dar mai des se colectează la suprafață. Sediul lor este, după cum am arătat la început, în dreptul fie-cărei valvule, și sunt caracterisate prin formă boselată, noniliformă, ampulară. Conținutul lor este mult mai mare în raport cu volumul, așa că din abcese foarte mici, scótem cantități mari de puroi, fără a fi însoțite de coagul sanguin ca în abcesele varicoase.

Păreții lor sunt foarte subțiri, iar cavitatea fără bride sau tra-

becule, ast-fel în cât odată deschise se turtesc și se cicatrizează foarte repede. Numărul lor une-ori este considerabil: Chassaignac și Roux au deschis până la 32 de abcese limfangitice.

Noi am avut ocaziune a deschide peste 30 de abcese situate pe gamba stângă varicosă și complicată de limfangite multiple pe un D-n. farmacist numit Albescu, și al cărui desemn îl reprezentăm în figură. . 51



Fig. 51.  
Abcese limfatice multiple  
(originală).

Dacă aceste abcese relativ sunt benigne, atât prin faptul că une-ori se resorb, iar odată deschise se cicatrizează, trebuie însă să șcim că ele pot fi punctul de plecare de inflamațiuni difuze perilimfangitice, sau a țesutului celular, dând ast-fel loc la angio-leucită flegmonosă difusă. De aceea în deschiderea lor trebuie să ne înconjurăm de cele mai mari precauțiuni antiseptice.

O a doua formă de limfangită supurată este când, câte trele teritorii limfatice, adică reticulară, tronculară și ganglionară intră în supurație. Acestă constituie ceia ce Chassaignac a numit *Limfangita totală*.

III) **LIMFANGITA SEPTICĂ**. De și în principiu or-ce limfangită este septică, totuși s'a dat acest nume la aceia care provine din înțepături anatomice, și care stă în raport atât cu cantitatea și calitatea virusului cât și cu starea diatesică a individului.

În această formă se deosebesc trei tipuri:

a) *Tip fulgerător*, unde leziunea locală de și mică, fenomenele generale însă sunt înspăimântătoare: bolnavul este coprins de o febră intensă, de delir, o adinamie profundă și o comă ce poate aduce mórtea în cel mai scurt timp posibil.

b) *Tip cu supurație extrem repede*. Aci aceleași fenomene generale, însoțindu-se însă chiar de a doua zi de supurațiuni

fie locale, sau la distanțe. Are un resunet în diferitele seroase și în special în pleură; mórtea însă nu este inevitabilă.

c) *Tip cu formă de supurație lentă*, sau septico-piemică. Se stabilește încetul cu încetul, bolnavul este coprins de frisoane și abcese metastatice caracteristice piemiei.

IV) **LIMFANGITA GANGRENOASA**. Forma acésta a fost fórte bine studiată de către Jalaguier, și stă în strânsă legătură cu stările diatesice ale individului și în special cu alcoolismul. (Veđi vol. I, lecțiune clinică asupra gangrenei la alcoolici).

Dénsa este caracterisată, pe lângă o stare generală gravă, prin aparițiune de flictene, ce apar după un fórte scurt timp, anume de la a 2-a la a 3-a zi, și care anunță un sfacel eminent.

Aceste flictene pline cu un exudat lichid, quasi concret, se sparg, lăsând dermul denudat; altele apar în jurul celei dintâi, formând ca o corónă, cari pline de un lichid roșcat, sanguinolent sau de piftie fibrinosă, se rup la rëndul lor, pentru a lăsa în loc aceiași ulceratiune lividă, ce se întinde atât la suprafață cât și în adâncime. Dênsele pot compromite întregul membru, lăsând în locul lor nisce escare, mai adesea uscate, iar alte dăți umede, și umplute de o colóre brună închisă de fôie mórta, négră, iar une-ori de un alb cu totul curat sau pistrii, formând *gangrena albă* a lui Quesnay. Caracteristica acestei limfangite gangresoase este că distrugerea țesutului rămâne superficială; și ca probă avem că plimbând un ac peste aceste escare, anestesia este complectă, dar dacă îl introducem la o mică adâncime, durerea este fórte manifestă. În gennral limfangita gangrenosă nu trece dincolo de aponevrosă, afară de casuri cu totul escepționale și când se însoțesc de limfangita profundă, provocată de o aceiași virulență septică și pe un același individ cachectisat.

V) **LIMFANGITELE VENERICE**. Fórte adesea acéstă formă se observă în șancările moi ca și în urma ori-cărei iritațiuni, necurațenie sau cauterisațiuni rău făcute.

Când inflamațiunea este intensă, apare un edem fórte mare precum am arătat deja.

După unii ar exista și o limfangită blenoragică, datorită gonococului lui Neisser, cu tóte că examenele bacterologice nu l'au găsit.

Caracteristica acestor limfangite este că mai adesea nu are

forma difusă reticulară ci mai mult forma mamelonată, provădută cu flicte și vesicule.

VI. *Limfangita specifică* (sifilitică, tuberculoasă și canceroasă). Acastă limfangită ca și cea tuberculoasă și canceroasă nu merită adevăratul nume inflamatoriu, căci agentul specific nu determină în vase reacțiuni inflamatorii, ci se stabilește deadreptul în ganglionii; așa că în asemenea casuri, limfaticile ar servi pur și simplu ca o cale de transport a unor anumite viruse, fără ca dinsele să se resimță intru ceva. Se pare în adevăr că nisce asemenea agenți, dacă prin óre-care circumstanțe se opresc în dilatațiunile ampulare ce există în nivelul valvulelor limfatice, acolo se stabilesc în mod insidios, unde pot pulula fără însă a produce vre-o reacțiune inflamatorie; partea însă cea mai mare a acestui agent, are tendința irezistibilă de a se stabili în ganglionii.

De aceia constatăm următorul fapt: că în șancărul îndurat, în tuberculoasă și în cancer, observăm o creștere și îndurațiune foarte mare în ganglionii, pe câtă vreme nu constatăm nici o urmă de limfangită francă; sau și când există, este *sub forma bastardă*, caracterisată prin noduli mai mult sau mai puțin mari și apropiați, dar fără cea mai mică urmă de reacțiune inflamatorie.

Caracteristica limfangitei sifilitice numită încă și *leucopatie*, constă în prezența de mici noduli, plecați de la șancărul primitiv sau de la o manifestațiune secundară or terțiară. Dar nodulii de și numeroși sunt însă liberi de or-ce aderențe, ast-fel că aceste cordóne limfatice, alunecă cu cea mai mare ușurință sub deget, și nici odată n'au tendința de a supura, ci din contră, rămân staționari sau se resorb în urma unui tratament apropiat.

Limfangita tuberculoasă este caracterisată prin aceeași formă nodulară, însoțită însă de o inflamațiune rece circumvecină, ceia ce face că cordonul limfatic nu este liber ca în cel sifilitic, ci mai mult sau mai puțin aderent de părțile vecine. Afară de acésta, are tendința a supura, dând naștere la abcese reci tuberculóse superficiale, sau în țesutul celular, a căror natură este astăzi în afară de ori-ce discuțiune, găsindu-se în ele baccilul lui Koch.

Observațiunile lui Verneuil, Deprès și Le Dentu sunt foarte confirmative.

Aci ca și în canalul deferent, aceste nodule sau abcese sunt separate de niște tuburi netede dar rigide, dând senzațiunea unei tige de pipă ruptă, sau acoperită de o pânză.

Dați aici o figură de abcese limfatice tuberculose, luată din muzeul de la Spit. St. Louis și reprodusă în Duplay și Reclus. Fig. 52.

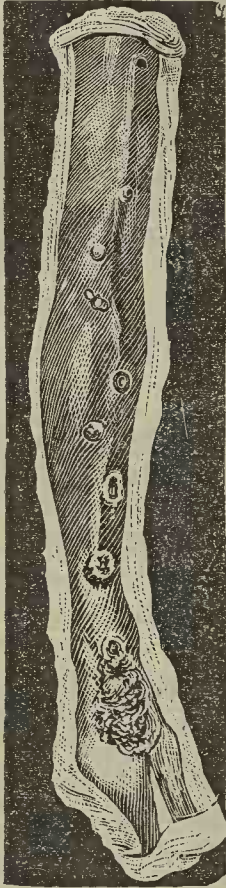


Fig. 52.

Tuberculoasă cutanată, limfangită.

Limfangita canceroasă are aceleași caractere ca și cea tuberculoasă, nefiind adică însoțită de fenomene inflamatorii, ci servind numai de transport elementului neoplasic, ce are mai mult tendința a se stabili în ganglionii. Particularitatea acestei forme este deci că, nodulii ce se formează, pot fi punctul de plecare al dezvoltării unui neoplasm analog cu cel primitiv, constituind astfel o probă evidentă de posibilitatea grefării tumorilor maligne (Vezi Cap. tumorii).

**COMPLICAȚIUNI.** În afară de abcese, gangrene, flegmone etc. avem complicațiuni mai importante din partea seroaselor.

Am arătat la început modul și posibilitatea acestor lucruri dându-se origina limfaticilor.

Clinica în persoana lui Velpeau, Chassaignac, Verneuil, Nicaise, a confirmat acest fapt. Genuchiul, articulațiunea piciorului, bursele pre-rotuliene, olecraniene etc. sunt sediul de idartrose și chiar de artrite purulente în urma limfangitelor. S'a observat chiar fenomene poliarticulare în urma acestei afecțiuni; și dacă în forma benignă totul se reduce la uă simplă versare de serozitate articulară, ce se poate resorbi, sunt însă cazuri unde putem observa artrite purulente, însoțindu-se de o gravitate

excepțională, putând compromite, dacă nu viața cel puțin membrul afectat. Mai mult încă, s'a constatat răsunetul limfangitei chiar asupra pericardului, determinând endocardite

În fine Barette în tesa sa de agregatiune, descrie albuminuria și ematuria de origină limfangitică, fenomene, cari după Bouchard, se esplică prin aceea că limfangita fiind o bôlă infecțioasă, escreșiunea agentului trecând prin rinichii, organ emonctoriu, determină o nefrită congestivă — (Lejars), sau pentru a fi mai corecți o nefrită infecțioasă (Bouchard).

**PROGNOSTICUL.** Limfangita simplă și pe un individ sănătos, în general are o terminațiune favorabilă. Prognosticul însă este în strânsă legătură cu starea individului, cu natura rănirii și a agentului introdus în vase; toate formele de supurație, de inflamațiuni difuse, de gangrene, de abcese etc. depind de cauzele sus citate. Trebuie încă să avem în vedere aglomerațiunile în spitale, casărni, precum și mediul ambiant, când bôla pôte să ia chiar un caracter epidemic, fapt deja signalat de Roux și Chassaignac.

**DIAGNOSTICUL.** În general nu e greu, luându-se în vedere cele trei semne patognomonice deja arătate la simptomatologie, precum și fenomenele ce însoțesc această bôlă.

Nu vom uita că or care ar fi forma limfangitei și aspectul insidios sub care ni se pôte presenta, mai tot-d'auna explorând, vom constata prinderea ganglionilor, unde printr'o ușoră palpație vom determina o senzațiune durerosă, ținând la o inflamație periadenitică sau de adenită francă.

Trebuie însă să recunoscem, că foarte adesea ori deosebirea între această afecțiune și erisipel de multe ori este imposibilă, cu atât mai mult, cu cât însuși anatomia patologică a acestor două afecțiuni este foarte precară în datele sale, lucru ce deja am arătat în primul meu volum.

Dar nu e mai puțin adevărat că, prin caracterele plăcilor, a desquamatiunii, a edemului, precum și a antecedentelor bolnavului, ne vom putea ajuta foarte mult.

Pe lângă acesta, trebuie să scim că dacă confusiune pôte să se facă între limfangita reticulară și erisipel, dânsa nu pôte avea loc când va fi vorba de limfangita tronculară sau trajectorie, căci aci caracterele sunt cu desăvârșire deosebite.

De alt-fel chiar confusiune de am avea, acesta nu ar vătâma întru nimic interesele bolnavului, fiind știut că tratamentul este aproape același în ambele afecțiuni, iar terminațiunea favorabilă sau fatală, nu depinde de bôlă însăși cât de bolnav.

În ceia ce privesce deosebirea între o limfangită tronculară și flebită, aci în casuri simple este foarte ușor de făcut, reamintindu-ne aforismul foarte spiritual și logic stabilit de Velpeau „*Limfangita se vede, nu se simte; flebita se simte, nu se vede.*“

Acésta în majoritatea casurilor este foarte adevărat, dar noi vom adăoga că în casuri de limfangite în cordóne, complicate decî cu perilimfangite, ambele aceste afecțiuni se vîd și se simt.

Singurul lucru decî, este tot explorarea ganglionilor, iar în cas de supurație, caracterele abcesului și mai cu deosebire a conținutului său, care în flebită posedând coagulî sanguini, iar în angioleucită fiind o lipsă absolută, ne vor lumina diagnosticul.

Limfangita gangrenósă, septică și specifică se va recunoște după antecedente și prezența diferitelor neoplasme.

**TRATAMENT.** În prima linie, mijloce profilactice, mai ales cu privire la disecțiuni și autopsii—primele trebuind injectate cu lichide antiseptice, iar secunde făcute cu mânuși de cauciuc.

În or-ce cas, la cea mai mică înțepătură, vom întrebuița cele mai energice măsuri adresate direct asupra plăgei, precum: băi cu sublimat, cauterisări cu acid fenic 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub> sau chiar cu ferul roșu; iar când bóla odată s'a declarat, vom face us de băi antiseptice locale sau generale, și în special pansament umed cu sublimat pe care deja 'l-am descris.

Acesta este pansamentul ce tot-d'auna 'l-am urmat contra limfangitelor și a or cărei inflamațiuni.

Forțe adesea am întrebuițat aplicațiune de puncte de foc excesiv de multiple, după o metodă proprie a subsemnatului și care tot-d'auna 'mî-a dat rezultatele cele mai satisfăcătoare. (A se vedea vol. I).

Pe lângă acestea, nu trebuie să neglijăm tratamentul intern, constând în prima linie în administrare de chinină, și diferite medicamente fortifiante, adresându-se unor anumite diatese ale bolnavului.



### § III.

## LEZIUNI ORGANICE

### LIMFANGIECTASIE SAŢ VARICE LIMFATICE

Ectasia limfatică a fost deja menţionată încă din 1670. Dar tocmai în 1818, studiul varicelor limfatice a început a se face în persóna lui Meckel, Breschet şi alţii, iar acum în urmă Trélat, Bousquet, Verneuil şi în special Th. Anger, s'aú ocupat mai de aproape de acéstă chestiune.

**ETIOLOGIE.** Câte o dată sunt congenitale, se observă însă în copilărie şi până la etatea de 25 ani, afară de esceptii, când le putem întâlni şi la 50 ani.

Regiunile bogate în limfatice sunt mai predispuse, ast-fel avem: scrotul, penisul, faţa superióră şi internă a cópselor, buzele mari la femeí etc. Când bóla se desvoltă pe limbă constituie *macroglosia*; pe buze — *macrochilia*, iar pe părţile laterale a gâtului — *hydroma*. Bólă specială a ţărilor calde din Africa, America, Australia, pentru care s'a şi stabilit un *tip exotic* saú limfangiectasia ţărilor calde.

Când apare pe indivizi fără să fi făcut călătorie prin sus numitele locuri, se numeşte *tipul indigen* saú limfangiectasia climelor nóstre.

Causa intimă a acesteí bóle încă nu se cunoşte, afară de tipul exotic, în care Lewis şi Lancereaux aú constatat mai tot-d'auna presenţa vermelui nematod numit *filaria*, care dupe cum ştim e promotoriul elefantiasului arab.

Unii autori bazaţi pe observaţiuni clinice, atribue limfangiec-

tasia la diferite obstacole în circulația limfei. Ast-fel e cazul lui Patterson în care un copil fiind atins de varice limfatice congenitale la un membru, s'a găsit o bandeletă foarte condensată de țesutul celular în ligamentul lui Ponpart, care comprima în mod puternic vasele limfatice.

Busey, relatează istoria unei tinere fete care avea întregul membru ipertrofiat, limfangiectasic. Dupe mörte, s'a găsit o enormă tumoră retroperitoneală, ce umplea aproape marele și micul basin, însoțindu-se de o dilatație generalisată a limfaticelor superficiale și profunde.

Afară de acésta, clinica ne arată că tumorile voluminoase, maligne, adenitele cronice, inflamațiuni des repetate, în urma eczemelor scrotate, traumatismele etc. etc. adesea se însoțesc de niște asemenea varice limfatice, de sigur în urma diverselor obstacole opuse în cursul limfei. În 1892 am observat pe un individ din Mizil, un cas de asemenea varice însoțită de edem în așa grad, în cât întregul scrot și părțile din prejur, formaū o tumoră cât un cap de adult; și acesta în urma unei inflamațiuni cronice determinată de eczemă și fistule urinare.

Th. Anger însă, susține că simpla compresiune nu e suficientă a produce limfangiectasia.

Dinsul a legat canalul toracic la căini, și nu a obținut de cât o distensiune a acestui conduct; edem, umflarea glandelor lombare și a trunchilor mesenterici, dar aceste varice aū fost temporare, pentru că ectasia a dispărut în câte-va zile.

Este adevărat că adesea experiențele nu în tot d'auna decid de faptele clinice; este însă iarăși constatat că limfangiectasia de natură mecanică sau compresivă se deosebete foarte mult de cea spontanată, care de o dată copleșete ganglionii, trunchiurile și rățelele, avënd o tendință iresistibilă a se generalisa la întregul sistem limfatic, și prezentându-se tot-d'auna sub formă simetrică, pe când cea mecanică, rămène limitată și fără a se întinde dincolo de anumite regiuni, și unde nici o dată nu se găsește filaria ca în cea spontanată.

În or-ce caz, limfangiectasia e considerată astăzi ca un proces patogen general în esența sea, cu predilecțiune însă de a se stabili numai în teritoriul restrâns al limfaticelor; precum un alt proces patogen se cantonează în sistemul venos producând varicele. Și analogia între aceste două afecțiuni e așa de mare,

în cât Verneuil a arătat că limfangiectasia spontanată are întocmai acelaș început și mers ca și varicele venoșe, începând ca și acestea întâi prin delatația vaselor profunde, apoi vin cele sub aponevrotice și în flne cele dermice sau superficiale.

**SIMPOMALOGIA.** Se consideră trei forme:

1) **Varice limfatice în rătea sau reticulară.** Sunt superficiale și apar sub forma de mici vesicule conglomerate, clare, pline de limfă, se dezvoltă foarte repede, întinzându-se pe suprafața pielii, unde formând niște mici ridicături ca gămălia de ac sau unei alune, de o coloare albă roșietică sau violacee, dau tegumentelor un aspect de cójă de portocală.

Dacă presăm asupra lor, se turtesc și se reduc, pentru ca din nou să se umfle, dacă punem pe individ să umble sau să stea mult în picioare. Când aceste vesicule sunt întinse în plăci, presând asupra lor, căpătăm întocmai senzațiunea ce ne dă un burete strâns în mână.

Aceste varietăți limfatice formate de spațieri bine limitate, comunică între ele fie prin ruperea păreșilor, prin mijlocul unui traect limfatic încă nedilatat, sau chiar cu limfaticele țesutului celular sub cutanat. Se constată în păreșii lor o dezvoltare pronunțată de țesut conjunctiv ténăr.

Deschiderea lor provocată sau spontanată, produce scurgerea unui lichid special numit limfă. Dinsele se pot ulcera și să fie punctul de plecare a limfangitelor.

Acastă formă se observă pe cõpse, gambă, buzele cele mari, pe tegumentele abdomenului, axilă, membru superior și chiar pe conjuctivă precum și în viscere. Mai ales însă se ved pe scrot, picioare și extremitatea inferiõră a gambei, căci aceste regiuni sunt mai des afectate de erupțiuni pruriginoșe sau ulceratiuni, ce foarte des se însoțesc de procese inflamatorii. Figura următoare luată din Lancereaux, ne dă o idee de varice limfatice reticulare a scrotului (fig. 53).

Iarăși un exemplu de asemenea varice pe picior, se pôte vedea în primul meu volum, la ulcer cronic pl. 13.

Dați aci în fig. 54 un alt model de varice limfatice stiuante pe picior, piesă ce se găsește în Museul Spit. St. Louis și produsă în Duplay și Reclus.

2. **Varice limfatice tronculare.** Presintă trei varietăți: a)

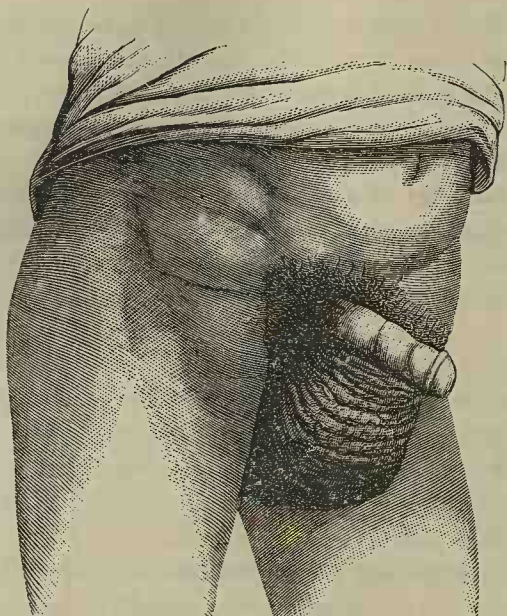


Fig. 53.  
Limfangiectasia scrotului.



Fig. 54.

Varice limfatice ulcerate (Gibout 1873). Sinonimie, pachidermie limfangiectasică a lui Rindfleisch.

în *cordóne isolate saũ varice cilindroide*, când dilatația ocupă toate punctele vasului îngroșat, formând cordóne tari ce alunecă sub deget ; *b) varice ampulare saũ pachet varicos*, când dilatațiunile sunt parțiale, saũ când mai multe vase ast-fel varicoșe se împleticesc între dinsele, întocmai ca niște tuburî de drenagiũ puse într'un vas. Ele se însoțesc de ordinar și de o ectasie ganglionară ; *c) varice profunde*, prin situația lor scapă observațiunelor nóstre și nu se bănuiesc de cât prin edemul membrelor, durere, saũ aparițiune de varice superficiale.

În ce privește anatomia patologică, aci ca și în cele alte forme, este puțin precisă.

Dupe Th. Anger, pãretele vascular e fôrte îngroșat, ipertrofiat, datorit unei ipergeneze a țesutului muscular. Valvulele numai sunt normale, ele sunt forțate și insuficiente.

3. **Varice limfatico-ganglionare** numite și *adeno-limfocel*, se pôte observa în mai multe părți. Sediul de predilectiune însă este în regiunea inguinală, putând lua une-orî o dezvoltare enormă și se fie simetrice. Ni se presintă ca o tumoră cu mari dilatațiuni ampulare, atât a trunchilor cât și a ganglionului, cari toate la un loc sunt încolăcite în mod neregulat, în mod serpentin, precum arată fig. 55 luată din Poulet și Bousquet.

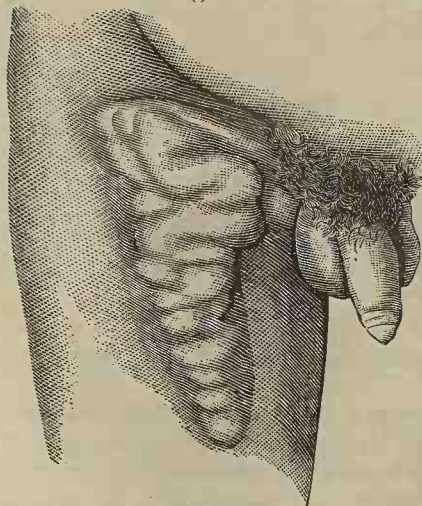


Fig. 55

Adeno-limfocel al extremității superioare a cõpsei.

Aceste dilatațiuni pot cuprinde și vasele eferente a ganglionului și să străbată în abdomen. Ast-fel a fost cazul lui Amussat, unde varicele se ridică până d'asupra diafragmului. În general, limfocelul e indolent și nu provocă de cât genă ; une-orî însă e fôrte dureros și alteroză starea genera'ă a bolnavului. Pe lângă leziunile trunchilor, avem alterațiunea proprie ganglionară, parenhinul devenind fôrte môle iar alveolele deschise unele în

altele, sémănă prin menținerea trabeculelor cu o tramă erectilă.

**DIAGNOSTICUL** bazat pe *simetrie, imobilitatea, transparența, colórea normală a tegumentelor, falsa reductibilitate, neinfluențarea prin eforturi sau tuse*, cari tóte ne vor face a evita confusiunea cu hernia, lipomul, varicele venóse, tumori erectile etc.

**PROGNOSTICUL.** Tot-d'a-una serios, căci adesea bóla é incurabilă; dar el devine și mai grav, dacă survin unele complicații ca edem întins, limfangite acute și deschiderea ampulelor, ce pot fi punctul de plecare de limforagiū, în urma cărora cu timpul, survine extenuarea bolnavului.

**TRATAMENTUL** aprópe nul în limfangiectasia spontanată. Când depinde de vre-o compresiune, sau varicele sunt limitate, or avem aface cu un adeno-limfocel mic, putem recurge la extirpare, dar cu cea mai mare antisepsie, căci nu trebuie să uităm că deschidem un număr imens de vase absorbante.

În varicele reticulare și întinse, singurul lucru e compresiunea sau cauterisări parțiale cu diferite caustice, fie chiar și cu ferul roșiu.

---

## CHESTIONAR

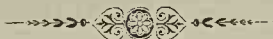
---

Lesiunile vaselor limfatice. Considerațiuni generale asupra anatomiei, fiziologiei cu aplicațiuni clinice.

Caracterele limfei. Deducțiuni practice. Limfangintă. Definiție. Istorie. Etiologia. Rolul micro-traumatismelor. Limfagite tardive; Cercetări asupra microbului. Modul său de acțiune. Endo-limfangită, perilimfangită. Abcese tubulare, extratubulare. Divisiunea limfangitelor în reticulare, tronculare și radicularc. Caractere. Evoluțiunea clinică. Importanța petelor și a rosetei. Prinderea ganglionilor. Limfangita retrogradă. Febra. Caractere. Limfangita dublă. Mersul. Limfangita oscilantă și donósă.

Limfangită supurată. Limfangită totală, septică, fulgurătoare etc. Limfangita gangrenosă. Caractere. Limfangită venerică. Caractere. Limfangita sifilitică, tuberculosă și cancerosă. Caractere distinctive și modul de evoluțiune. Complicațiuni din partea seroșelor, artrite, igrome etc. Prognosticul în raport cu forma și diatesa. Diagnosticul cu erisipelul și flebita. Aforismul lui Velpeau. Tratamentul.

Limfangiectasia. Istoric. Etiologia. Caractere clinice. Diferite opinii. Forme: reticulară și tronculară. Caractere. Diagnosticul și tratamentul.



# LEZIUNILE GANGLIONILOR LIMFATICI

## § I.

### LEZIUNI TRAUMATICE

**CONSIDERAȚIUNI GENERALE.** Pe traectul vaselor limfatice, se găsesc din distanță în distanță mici umflături, mici corpi turțiți și ovali, de formă variabilă, numiți *ganglion*.

Aspectul lor granulat i-au făcut a fi luați drept glande; pe când alți autori, bazați pe puterea lor absorbantă, i-au considerat ca o aglomerațiune de vase limfatice. Cercetările însă ale lui Kölliker și Ranvier, au arătat că posedă o structură cu totul specială, întrevădută deja de Richat.

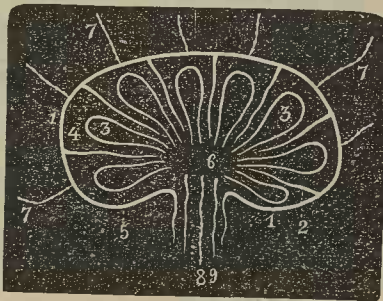


Fig. 56.

Schemă pentru a arăta structura unui ganglion limfatic.

- 1) Capsula.
- 2) Prelungiri capsulare.
- 3) Foleculi.
- 4) Sinus.
- 5) Cordoane foliculare.
- 6) Sistemul cavernos.
- 7) Vase limfatice aferente.
- 8) Vas limfatic eferent.
- 9) Vase.

Cunoștința acestei structuri, e foarte importantă în chirurgie, atât pentru înțelegerea diferitelor bôle ce se întâlnesc, cât și pentru intervențiunea rațională ce trebuie să aplicăm.

Și pentru o mai bună înțelegere, ne vom servi de o figură schematică luată din Boneval, reprezentată în fig. 56.

Un ganglion se compune:

1) Dintr'o *capsulă* formată din țesut conjunctiv dens, fibros, între care se găsesc și câte-va fibre elastice.

Prin grosimea păreților acestei capsule, strebat vasele ce vin la ganglion, adică *vasele aferente*.



De la fața internă a capsulei, plécă o mulțime de fășii sau trabecule, cari împart substanța ganglionului în tot atâtea spațieri numite *alveole sau foliculi*, cari comunică larg între dênsele, dar cari devin din ce în ce mai strimte cu cât se apropie de centrul glandei.

Aceste trabecule împreună cu foliculii ce conțin, forméză:

II) *Substanța corticală sau parenchimul ganglionar.*

Foliculul are o formă ovoidă, piriformă, avënd partea cea mai umflată către periferie, iar cea ascuțită către centru unde trimite una sau mai multe prelungiri flexuoase, formând un fel de răția de cordóne numit de Ranvier *cordónele foliculare*, care comunică cu vasul ce ese din ganglion adică cu vasul eferent.

Spațiul coprins între folicule și despărțitórele fibróse plecate de la capsulă se numesc *sinus*, și constituie *sistemul cavernos*, unde circulă limfa venită din vasele aferente.

Țesutul care constituie foliculul ca și cordónele foliculare, este analog cu acela al sistemului cavernos și anume din țesut conjunctiv reticulat, ale cărui fibre de și conjunctive, sunt însă mult mai dense.

Intregul acest țesut al foliculului este plin de celule limfoide, (leucocite) fórte tinere și proliferând la centru, iar din ce în ce mai adulte la periferie, unde se și pot deslipi ușor.

În resumat, există în ganglion doué sisteme: sistemul cavernos format din sinusuri și foliculii în comunicație cu vasele aferente, și sistemul cordónelor foliculare în comunicație cu vasul eferent.

De aci lesné înțelegem circulația în ganglion: limfă e adusă la periferia ganglionului de către unul sau mai multe vase aferente, străbate în sinusuri puindu-se în contact și cu suprafața periferică a foliculelor, pe cari le spală, încercându-se în acelaș timp cu leucocitele adulte ce se află aci, și cari după cum am văzut se deslipesc fórte ușor. De aci, limfa trece în lacunele din centru (sistemul cordónelor) unde circuléză mult mai încet, și amestecându-se cu o masă bogată de leucocite, ajunge la hil, de unde apoi intră în vasul limfatic eferent, situat precum se știe în acest punct și prin care limfa ese afară din ganglion. — Daú aci o figură schematică datorită excelentului meu amic profesor Obregia, unde se póte urmări circulația limfei. (Fig. 57).

Structura normală a unui ganglion e represintată de Fig. 58, preparată și desemnată de D-nu intern Tatușescu, în laboratorul prof. Obregia.

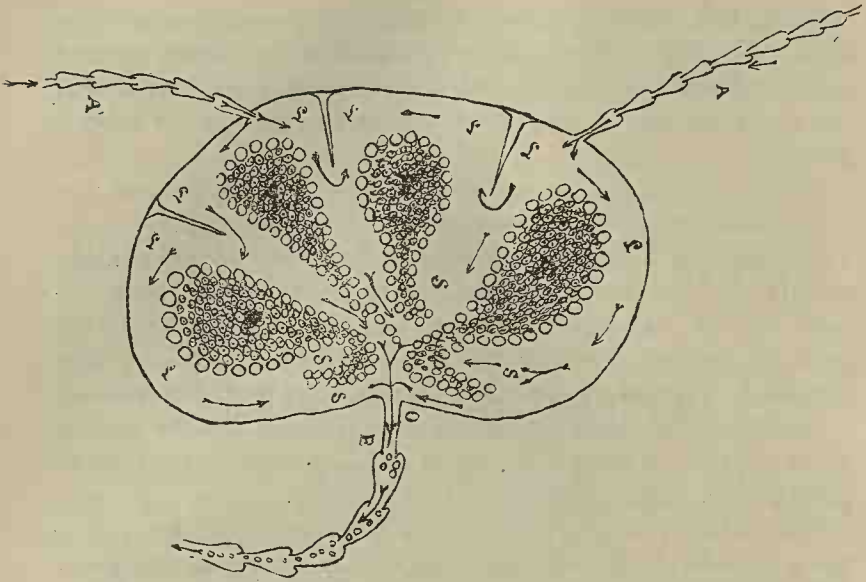


Fig. 57

- A. A'. Două vase limfatice aferente.  
 L. L. Spațiurile lacunare perifoliculare.  
 F. F. Foliculele, cu celule tinere, dese la centru, rari și adulte la periferie, de unde curentul limfatic le deslipește.  
 S. S. Substanța medulară și spațiurile limfatice dintre cordónele ei.  
 O. Hilul ganglionului și intrunirea curenților limfatici din ganglion în unul singur, la originea vasului eferent.  
 E. Vasul limfatic eferent încărcat de celule limfatice deslipite din foliculi. (Originală).

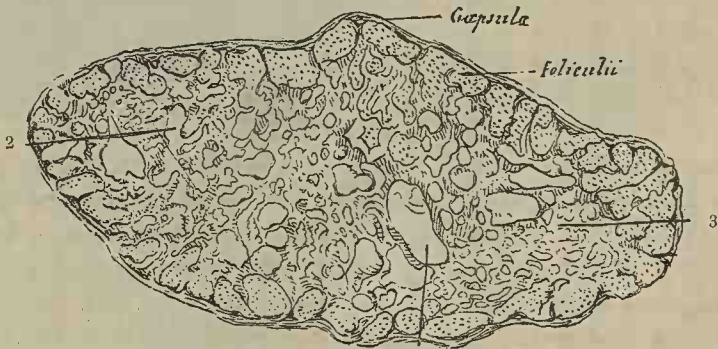


Fig. 58

- Secțiunea microscopică a unui ganglion normal (originală).  
 1. Spațiu gol provenit din căderea substanței medulare.  
 2. Spațiu limfatic. 3. Trabecule fibróse.

Din experiențele făcute de O. Weber, s'a constatat că lichidele injectate în ganglionii, trec cu cea mai mare înlesnire, eșind prin vasul eferent spre a intra în curentul sanguin.

Din contră, introducerea unei substanțe solide, se oprește în foliculii ganglionului, precum probază faptele observate de Follin, Virchow, Ranvier, Dubar și Remy cari, injectând diferite prafuri colorate, fie în țesutul conjunctiv ce înconjoară nervul sciatic, fie în peritoneu, au regăsit aceste pulbere sub formă de embolii în foliculii ganglionari. La persoanele ce au obiceiul de a 'și practica tatuagiul, ganglionii, în stratul lor periferic, cavernos, ne oferă diferite colorațiuni, după felul granulațiilor întrebuințate.

Dar dacă prin acesta se probază *rolul de oprire* al ganglionilor, Toussaint a arătat că dinșii se bucură și ca *mediu de cultură*, când e vorba de străbaterea microbilor. Și acesta ne explică nu numai aparițiunea *adenitelor la distanță* în urma limfangitelor, dar încă și acele adenite până aci greu de interpretat: e vorba de adenitele observate în urma unui furuncul, antrax, febră tifoidă, scarlatină, rușeolă, difterie și chiar afecțiunile intestinale, ca disenteria, etc, căci toate azi se explică foarte ușor prin imigrațiunea microbilor în vasele limfatice, și oprirea lor în ganglionii mesenterici sau periferici, unde găsind un mediu de cultură, se dezvoltă și produc inflamațiuni supurative.

Acestea sunt *adenitele embolice* sau prin *contiguitate*, menționate deja de Velpeau și Chassaignac.

Să menționăm în fine frumoasa cercetare a lui Clado și Verneuil, cari într'o adenită sub maxilară, consecutivă unei cari dentare, au găsit microbul gurei, pentru care le-au și numit *adenite spirilare*.

**Leziunile traumatice** ale ganglionilor, nu sunt de un interes prea mare, de ôre-ce deschiderea lor este repede urmată de cicatrizare, grație proprietății limfei, de care am vorbit în limfatice. Rămâne însă bine înțeles, ca instrumentul vulnerant să nu fie impregnat de microbi, căci atunci vom determina o inoculație directă și deci o adenită primitivă. Și probă avem că, în operațiunile zilnice, armați de principiile antiseptice, putem secționa fără tēmă or-ce ganglion; pe când în dueluri, cea mai ușoră înțepătură făcută cu floreta, spada sau sabia, adenitele pot fi consecința inevitabilă, dacă aceste organe vor fi atinse.

De aceia, or de câte ori am avut ocazie a asista la dueluri în calitate de medic, tot-d'a-una înainte de luptă, am avut grija a desinfecăa cu multă perseverență armele, frecându-le cu sublimat, său soluții de acid fenic 10 %.

Cât privește leziunile traumatice ale ganglionilor, acestea sunt escesiv de rari și nu se observă de cât în casuri cu totul excepționale, dându-se sediul lor în general profund. De sigur, în sdrobirea membrilor avem și ganglionii afectați, dar leziunile lor remân pe un plan mult mai inferior în comparație cu cele alte leziuni.

Am putea la rigóre deosebi trei categorii: contusiune simplă a ganglionului, sdrobire subcutanată său neexpusă și sdrobire cu distrugerea tegumentelor său complicată, în urma căria ganglionul pôte să formeze la exterior o tumoră în totul analogă cu un fongus. Dar tóte aceste modalități încă nu sunt studiate, ba chiar de loc.

## § II.

# LEZIUNI INFLAMATORII

## ADENITA ACUTĂ. LIMFADENITA

Prin această trebuie să înțelegem inflamația ganglionului limfatic în urma unei cauze comune, banale.

Când această inflamațiune ganglionară este sub dependența bolilor venerice, ca blenoragia sau șancărul môle, se numește *adenită venerică* sau mai simplu *bubon*; iar *adenita specifică* e aceia consecutivă sifilisului, cancerului etc. Cât privește vechea *adenită idiopatică*, azi e constatat că e sub dependența directă a tuberculosei, iar *adenita tardivă*, vine în urma diferitelor micro-traumatisme ca și limfangitele cu acelaș nume.

Pentru moment însă, vom studia numai adenitele acute, fie prin inoculație directă sau la distanță; și încă, simptomele și leziunile primelor fiind analoge cu secundele, de acestea în special ne vom ocupa, dar asupra cauzei cărora nu ne vom opri, fiind aceleași ca ale limfangitelor în genere.

**ANATOMIA PATOLOGICĂ.** Intr'o adenită deosebim două periode: una de ingorjare, împăstare sau perioadă *exudativă* și alta de *supurație*.

Perioda I este caracterisată printr'o umflare generală a ganglionului, datorită unei congestiuni vasculare internă.

Sinusurile, trabeculele, foliculii și în fine întregul sistem celular și medular, sunt imbuirate de un aflux mare de sânge, de leucocite și substanță granulată. Drept consecință, circulația făcându-se cu greutate, avem coagulare de fibrină și limfă; iar or-

ganul devine mai voluminos, mai dens iar la tăetură ne oferă un aspect roșiu închis, cu o mulțime de focare emoragice răspândite ici colea în trama organului. Aceste focare sunt foarte bine închise în ochiurile formate de trabecule, cari acum se găsesc îngroșate de 5 și 10 ori mai mult ca în starea normală. Dacă inflamația nu e prea intensă, sau agentul iritant nu își continuă acțiunea sa, perioada congestivă poate să dispară, totul resorbindu-se, și deci organul să reentre în starea sa normală, sau cel mult să rămăe îndurat or sclerosat, dacă îngroșarea trabeculelor fiind prea mare, a determinat o atrofie a organului. Acastă atrofie nu se știe încă dacă mai permite circulația liberă a limfei, dacă cu alte cuvinte, ganglionul o dată trecut prin procesul inflamator, își poate căpăta *restitio ad-integrum*, reluându'și funcțiunile sale fiziologice.

Lucrul progresând, vom asista la a *II-a perioadă de supurație*. Aci vom constata următoarele fapte: sau că o parte din focarele emoragice menționate se transformă în puroi, și atunci vom avea abcese izolate ganglionare, separate între dênsele prin trabeculele remase intacte; sau că inflamația fiind prea intensă iar țesutul fibros desorganizat, vom avea o supurație totală a mesei ganglionului, când abcesul va rămăne inchistat numai de scórța sau învelișul ganglionului.

Și dacă puroiul strebate în vasul eferent, atunci dênsul se va putea stabili în alt ganglion imediat superpus, și vom avea ast-fel abcese *ganglionare în lanțuri*; și lesne ne putem de aci inchipui chiar strebaterea sa în sistemul general venos, iar ca consecință fenomene de piemie.

Aci e momentul de a vorbi despre rolul ce'l jôcă țesutul celulo-gresos ce înconjoră ganglionul și a cărui inflamație constituie *peradenita*. După unii autori, adenita ar fi consecința unei peradenite, unde microbii străbătând prin capsulă sau vasele aferente, ar copleși ganglionul, a cărui supurație deci ar fi consecutivă; după alți însă (Follin), adenita e primitivă iar peradenita consecutivă, și determinată prin ruperea capsulei și apoi prin strebaterea puroiului în țesutul ambiant. Noi însă credem că opiniunea lui Desprès, Cornil și Babeș este confirmată de observațiunile clinice, cari arată independența acestor două afecțiuni. În adevăr, avem casuri în afară de or-ce discuție, unde adenite și peri-adenite au un mers cu totul separat; dar acêsta nu îm-

pedică întru nimic reunirea acestor două procese morbide, dându-ne adeno-flegmonul său flegmon limfandenitic.

Vom avea dar: adenită sau abces ganglionar izolat; peria-denită sau abces peria-denitic izolat, și în fine ambele combinate, formând după cum am zis mai sus, adeno flegmonul său flegmonul limfandenitic, fie-care fiind la rëndul său efect sau cauză.

**SIMPTEME.** În periôda congestivă vom constata o creștere mai mult sau mai puțin mare de volum a ganglionului, cu atât mai evidentă cu cât ganglionul va fi mai superficial, iar individul mai slab.

Regiunea inguinală sau a lui Scarpa sunt locurile de elecție.

Pe lângă consistența ceva *mole, tumefiată și durerosă a ganglionului*, vom constata sau nu prezența unei limfangite, dupe cum adenita va fi provocată prin inoculație directă sau la distanță. Acelaș lucru vom zice când țesutul peri-ganglionar va participa or nu la inflamația ganglionară.

În periôda de supurație, pe lângă fenomenele proprii acestui proces morbid ca: febră, frisoane, inapetență etc. vom constata o consistență mult mai *mole* a ganglionului, iar pielea aderentă și roșie, nu va întârzia a face ridicătură unică sau multiplă, în raport cu forma abceselor desvoltate. Și în acest cas, mai tot-d'auna vom constata prezența unui edem, ce va demasca existența supurației, care va fi cu atât mai repede produsă, cu cât agentul iritant va fi mai puternic. (septic) sau de natură specifică (bubone).

Aceste abcese ganglionare, dupe observația lui Velpeau, pot fi *superficiale, parenchimatose* sau *profunde*, stând în legătură cu părțile organului afectat, și pentru cari numai trebuie absolut nici o explicare.

Abcesul iarăși poate fi *mono* sau *poli-ganglionar* or *în lanț*, dupe cum e rezultatul unui simplu sau mai mulți ganglioni supurați. În acest din urmă cas însă, primul ganglion afectat, numit *ganglion anatomic*, rămâne mai proeminent și cu o cantitate mai mare de puroi ca sateliții săi.

În fine, când avem aface cu un adeno flegmon, atunci atât fenomenele generale ca și cele locale sunt mai accentuate, iar tumora mult mai voluminosă și investită cu semnele flegmonului și adenitei. Dar dacă în adenitele superficiale, semnele sunt în general ușor de constatat, nu e tot ast-fel cu cele profunde or

sub aponevrotice, unde dinsele rămân mult timp obscure, și nu ni se manifestă de cât prin dureri surde (!), și a căror deschidere une ori se efectuază fără intervențiunea, sau prevenirea noastră.

**MERSUI.** Când adenita aflată în starea congestivă este a se termina prin rezoluție, totul intră în ordină dupe 7—8 zile. In cas însă de supurație, atât fenomenele generale ca și cele locale cresc în intensitate, fiind aceleași prezenței puroiului. Dacă arta nu intervine, abcesul se poate deschide singur, în general însă printr'un orificiū mic, fistulos și prin care se elimină foliculii glandulari sub formă de fungosități granuloase, cari dupe aserțiunile lui Velpeau au fost une-ori luate drept cancer. In or ce cas, fără o intervențiune serioasă, adenita deschisă spontanat nu se cicatrizează de cât foarte greu, căci mai adesea e supusă la aparițiune de noi abcese, și in special de o stare fistulosă deseserată, ce poate fi punctul de plecare a limfangitelor și aparițiune de erisipel, mai ales când îngrijirile igienice și anti-septice sunt neglijate.

**PROGNOSTICUL** variază după forma adenitei, complicațiunii, natura agentului iritant, și mai ales după starea diatesică a individului afectat. De aceia, intervențiunea chirurgicală e cu atât mai indicată, cu cât aplicată la timpul oportun, scutește pe bolnav de or-ce complicațiunii, asigurându-i o vindecare mai repede. — Și cu atât mai repede va trebui să intervenim, cu cât inflamația ganglionară va fi consecința unei inoculațiunii septice, sau a febrei generale grave, forme ce adesea se pot complica de gangrene sau supurațiuni difuze, cari or când pot pune viața individului în pericol, prin fenomenele septice or resorptia purulentă.

**DIAGNOSTICUL.** Adenitele superficiale vor fi lesne de recunoscut bazându-ne pe simptome, coexistența unei limfangite sau anamneza bolnavului. Adenitele profunde, subaponevrotice, sau viscereale sunt mai greu de diagnosticat; dar totuși, printr'o analiză minuțioasă, vom reuși ale descoperi și a da partea ce se cuvine inflamației periferice sau ganglionare. Intr'o singură regiune atențiunea trebuie să ne fie foarte mult concentrată, și anume în regiunea crurală, unde adenita fiind profundă, a fost luată drept o hernie încarcerată sau vice-versa. Iarăși prin au-



tecedente și starea locală, vom deosebi o adenită simplă de un bubon sau inflamație ganglionară specifică.

În fine vom stabili, dacă avem aface cu o adenită mono, poliganglionară sau adeno flegmon.

**TRATAMENTUL.** Mai tot-d'a-una va fi chirurgical, și nu se va limita la o simplă incizie, ci la răzuirea ganglionului cu lingura lui Volkmann, pentru a distruge toate acele trabecule ce închis-téză tot atâtea abcese. Cavitatea golită și curățată, se va badigeona cu acid fenic 10 % și după cazuri, vom include totă plaga sau parte din ea prin suturi, spre a obține vindecarea per-primam, precum recomandă Legros și Bellamy; sau vom face pansament deschis, când cicatrizarea va fi obținută prin supra-rație sau a II-a intenție.

Procedul lui Grynfeld, ce constă în punctia exploratrice a puroiului mi se pare insuficient, și nu se poate aplica de cât cel mult în adenitele venerice, pentru a preveni o contamina-țiune secundară. Tot acelaș lucru vom zice de procedul lui Taylor și Armstrog (1882-1885) care constă în injecțiuni întra ganglionare de o soluție de acid fenic 2 %.

Adesea am avut ocașie a recurge la extirparea totală a gan-glionului sau la enuclearea sea prin simpla decorticare cu de-getul, ganglionul fiind în totalitatea sea transformat într'o mare fungositate, analogă cu vechiul fungus benign. În orî-ce caz, nici o dată nu deschid o adenită de cât printr'o incizie lungă, tre-când de diametrul antero-posterior, iar în urmă, adăogând încă două incisiți transversale pe mijlocul celei dintâi, deter-min ast-fel o incizie crucială, urmată apoi de răzuire și atingere cu 10 %. Recomand pansamentul deschis făcut cu creolină 5 % pentru a se putea urmări și distruge cea mai mică tendință către fistulă. Adenita supurată deschisă, cere mai mult ca or-ce altă afecțiune, o îndoită atenție și perseverență, căci nici una nu descurajéză mai mult pe bolnav prin tenacitatea și pornirea sea către fistule, nefiind de aprópe îngrijită.

În ce privește cele alte tratamente cu scop abortiv ca: com-presia, vesicatoarele preconisate de Velpeau, punctele de foc, a-plicare de tinctură de iod, sau pomezi rezolutive, etc., adesea sunt iluzorii, afară de casuri cu totul excepționale și avënd aface cu o stare congestivă foarte ușóră. Atunci rezoluția se poate ob-

ține prin *compresiune vătată* și *repaus* absolut, singurele mai serioase și demne de recomandat dintre toate mijlocele abortive, și prin cari în multe cazuri am obținut rezultate curative.

## ADENITA CRONICĂ.

Acastă afecțiune tinde a dispărea din cadrul nozologic ca și inflamația cu același nume, de ôre ce s'a constatat, că inflamațiile cronice ganglionare, sunt tot-d'auna sub dependența fie a sifilisului, tuberculosei sau a cancerului.

Cu toate acestea, încă se mai menține acest nume. Prin adenită cronică simplă, se înțelege acea creștere de volum ganglionară, care ar recunoște sau o stare inflamatorie acută anterioară, sau persistența unui agent iritant nespecific, precum ar fi erupțiuni de eczemă, iritațiuni ale degetelor sau a mâinilor în urma unor anumite profesii, iritațiuni plecate de la vegetațiuni, bățături, neîngrijiri igienice, expunerea la frig, jenă produsă de gulere înalte și tari, ca în profesiunea militară etc. etc.

Dar mai cu seamă adenita cronică simplă, se observă la indivizi atinși de ulcere cronice, precum și la cei atinși de edeme întinse de natură varicôsă.

**ANATOMIA PATOLOGICA.** Caracteristica după Cornil și Ranvier, constă într'o îngroșare a țesutului conjunctiv peri-vascular și a sistemului cavernos, ast-fel că trabeculele ganglionului sunt foarte mult îngroșate. Din acesta rezultă o sufocare a celor-l'alte elemente și în special a foliculelor, ceia-ce face că nutrițiunea fiind jenată, organul se atrofiază, se întăresce, se scleromeză, producând o disparițiune aproape completă a parenchimului folicular.

În această stare de sclerosă, ganglionul de o coloră cenușie și de un alb închis, devine foarte tare, așa că scârție când se taie cu scalpel; impermeabilitatea sa este completă. Alte dați substanța ganglionară este înlocuită prin niște producțiuni pietrôse, cartilaginiforme, gresôse, constituind calcificațiunea ganglionară. — În fine, une-ori se observă o degenerescentă gresôsă parțială or totală, când întregul ganglion este înlocuit printr'un deposit de grăsimi, formând după Weber *pseudolipom ganglionar*.

**SIMPROME.** Adenita cronică simplă se prezintă sub forma unei tumori de ordin mică, dură, dar mobilă și nedurerosă; alte dați însă ea poate să ia un volum mai mare, să contracteze aderențe, să provoace dureri prin presiunea ce este capabilă să exercite. — În majoritatea cazurilor, adenita cronică nu supurează, afară numai când se adaugă inflamațiune sub-acute, o nouă iritațiune, o oboselă, și o stare generală proustă a individului.

**DIAGNOSTICUL** în general este ușor, afară numai când este vorba a determina natura acestui proces morbid. De aceea vom explora cu multă îngrijire pe bolnav, pentru a vedea dacă este vorba de o adenită cronică simplă sau specifică, și anume la ce familie aparține. — Să nu uităm faptul următor: că imediat ce o adenită cronică este poliganglionară și prezintă aderențe cu părțile de prin prejur, încetază de a mai fi simplă, ci se raportă la diferite diatese, ce trebuiesc descoperite.

Când va fi vorba de o adenită cronică profundă, diagnosticul este și mai dificil, și de aceea atențiunea trebuie să fie îndoită. Să nu uităm că în asemenea cazuri, mai tot-d'auna există un edem al membrului, edem care după observațiunile lui Riegler, Virchow, Remaut și Bellamy, este sub dependența directă a unei inflamațiuni cronice ganglionare.

**PROGNOSTICUL** variază după natura și cauza ce a produs adenita, precum și după starea în care se găsește individul, întinderea leziunii și diferite alte condițiuni.

**TRATAMENTUL** se va dirige mai întâiu contra cauzei: vom căuta deci a suprima ori ce iritațiuni din apropiere sau la distanță, combătând în același timp și diatesa sub care se găsește individul.

Dacă aceste adenite jeneză prin volumul lor, sau produc órecari dureri, putem recurge de a dreptul la extirpare, cunoscut fiindu-ne că nici unul din mijlócele rezolutive nu reușesc. Aceiași tratament radical vom întrebuița, când adenita cronică a intrat în cale de supurație, căci organul fiind sclerosat, cavitățile abcesului nu se pot apropia, și deci va dispune la producțiune de fistule, lucru ce se preîntâmpină numai printr'o extirpațiune totală.

## DESPRE ADENITELE VENERICE SAU BUBÓNE

De și numele acestei afecțiuni este dat și consacrat ca provenind exclusiv numai din șancărul penisului, cu toate acestea există un *bubon* simplu, precum se admite și leziuni simple ale glandului său prepuțului.

Vom avea deci un *bubon simplu*, venit în urma unei erupțiuni de herpes prepuțial, a unei erosiuni sau tăeturi etc., cari toate pot irita și inflama ganglionii respectivi, fără cu toate acestea să fi conținut un microb special.

Trebue însă să mărturisim, că aceste feluri de bubóne simple sunt foarte rari, așa că dăsele mai tot-d'auna se consideră ca specifice.

Cât pentru bubonul ce apare de o dată cu fenomene inflamatorii, și în afară de or ce cauză apreciabilă, astăzi nu se mai admite de nimeni, grație cercetărilor lui Ricord, Fournier și alții, cari au arătat, că tot-d'auna acest bubon numit *bubon d'emblée*, este rezultatul unor ulcerățiuni specifice, dar cari fiind de o dimensiune foarte mică, adesea se vindecă de sine, fără să atragă întru nimic atențiunea bolnavului. Agentul iritant însă nu a străbătut mai puțin în limfatice, și de acolo încetul cu încetul 'și-a continuat drumul până la ganglionii, cari într'un mod cu totul neașteptat și în afară de or ce leziune a penisului, se manifestă de o dată prin toate fenomenele unei adenite confirmate.

În *bubonul d'emblée* deci, se petrece același lucru pe care l'am vădut în limfangitele tardive, și recunoște aceiași cauză, dacă nu ca esență, cel puțin ca întindere, fiind și într'o parte și alta vorba de un microtraumatism.

Dar să revenim la bubónele specifice.

1) **Bubon blenoragic.** Acesta este complicațiunea cea mai rară ce se poate observa în blenoragie, căci după toate statisticele și în special ale lui Rollet și Sigmund, nu se observă de cât cel mult într'o proporție de 5%; și încă noi credem, că este prea mult și acesta, de ore-ce în curs de 12 ani, n'am observat absolut nici un cas franc de bubon blenoragic.

Este mai mult de cât sigur dar, că iritațiunea la ganglionii, nu se transmite atât prin uretra blenoragică, cât prin erosiunile și

inflamațiile situate pe gland și prepuț, formând cunoscutele posite și balono-postite.

De alt-fel, câte-va cercetări făcute în această direcție au rămas negative, prin faptul că nu s'a putut încă găsi gonococul lui Neisser în adenitele presupuse blenoragice. — Dar or cum ar fi, când bóla se declară, adenita se înconjură de toate fenomenele inflamatorii acute, și nu oferă nimic de special, de cât faptul că perióda de supurație se efectuează într'un mod foarte repede.

Acest puroiú a fost deja arătat de Ricord, ca neavând nici o proprietate apacifică și nefiind nici odată inoculabil.

II. **Bubon al șancărului móe.** Este putem dice una din complicațiunile cele mai frecvente ale șancărului móe, de óre-ce toate statisticile date de Fournier, Rollet, Ricord, Sturgis etc. îl arată în proporțiile de 50%; și încă proporția ar fi și mai mare, dacă bolnavii din societatea înaltă, ar fi supuși la aceleași oboseli și profesii grele, ca cei din clasa de jos. — Acésta este și un cuvânt că la femeii, cari de ordinar nu umblă așa mult, acest bubon se observă mai rar.

Asupra acestei afecțiuni s'a pus următoarea întrebare: *Bubonul este dtusul resaltatul unei simple inflamațiuni plecată de la ulcer și transmisă prin limfalice la ganglion, sau este rezultatul transportului direct al virusului șancros?*

Cu alte cuvinte, aceste bubóne sunt inflamatorii sau virulente?

Hunter susține că bubonul tot-d'auna rezultă din absorbțiunea directă a virusului veneric.

Ricord, prin experiențele sale făcute la spitalul Midi, a ajuns la conlusiunea că, mai puțin din jumătate din bubónele observate sunt specifice, iar restul inflamatorii.

Trebue să spunem însă, că rezultatele pozitive de inoculațiune ce a obținut Ricord, erau acelea în cari inoculațiunea o făcuse dupe câte-va zile de la deschiderea abcesului; pe câtă vreme, inoculațiunile făcute în momentul deschiderei, mai toate au fost negative.

De aci Ricord, stabilise teoria sea pentru a esplica faptele sus menționate susținând că: în bubónele șancroase avem 2 feluri de abcese: *umul periganglionar, periađenitic*, care e un abces cu totul simplu; iar *altul intraganglionar*, care este adevăratul abces șancros, virulent, specific. Pentru acésta dicea dinsul, când deschidem un bubon și facem inoculațiune în prima

și, rezultatul în general este negativ, din cauză că lucrăm cu abcesul periganglionar, cu abcesul simplu; în zilele următoare însă, dacă rezultatele sunt positive, este că atunci manipulăm cu adevăratul abces ganglionar virulent, care răspândindu-se în într-o zonă din prejur, îi imprimă calități specifice.

Straus însă în 1884, în urma a 42 de experiențe toate cu rezultat negativ, ajunsese la concluziunea că, bubonul șancros nu este specific, ci tot-d'auna simplu. Dinsul stabilește dar că, dacă inoculațiunea se obține după câte-va zile de la deschidere, acesta nu este rezultatul răspândirii virusului conținut în abcesul întra ganglionar, după cum susținea Ricord, ci rezultatul unei contaminațiuni a plăgei, fie de mâinile bolnavului, fie de însuși medicul care, din neglijență sau neștiință, face întâiu pansamentul șancărului, și apoi pe acela al bubonului. Și pentru a proba și mai mult acesta, dinsul, mai înainte de a deschide abcesul, a scos prin puncțiune puroiu chiar din masa ganglionului, și totuși rezultatul a fost iarăși negativ.

Cu toate acestea, alte cercetări făcute de Fournier, Horteloup, Humbert și în urmă chiar de Straus, au arătat că sunt cazuri în adevăr rari, dar unde în mod evident puroiul bubonului are proprietăți specifice, dând inoculațiuni pozitive; dar această proporțiune este așa de mică, în cât abia atinge cifra de 1 sau 2 la sută. Alți autori, între cari Aubert din Lion, susțin că microbul șancărului își pierde ori-ce virulență la 37° sau 38° în timp de 8 ore, sau la 42° în timp de o oră. Deci, adăogă dênșii, în ganglion temperatura fiind mai mare ca 38°, virusul șancros nu are nici o putere de a se coloniza; de îndată însă ce bubonul se deschide, condițiunile de traiu ale virusului schimbându-se și ele, dênșul începe a se desvolta și a infecta plaga, nu prin contaminațiune secundară cum susținea Straus, ci după cum vedem prin acțiunea directă a virusului.

În fine Rocco și Luca, demonstrară că microbul șancărului (*micrococcus ulceris tenuis*) este aerob, și prin urmare el nu poate trăi în ganglionul închis, dar își manifestă vitalitatea imediat ce abcesul se deschide; și de aci mecanismul inoculabilității.

Dar cu toate aceste teorii, chestiunea nu este încă definitiv rezolvată, așa că astăzi se admite că există bubone simple datorite prezenței stafilococilor și streptococilor și aceștia constituind majoritatea; iar pe de altă parte bubone specifice, dato-

rite acțiunii microbului șancărului, fără a se putea răspunde pentru-ce bubónele specifice se observă mult mai rar ca cele simple.

**SIMPTOME.** Nu avem mult de adăogat la cele ce deja scim din adenitele simple. Trebuie însă să menționăm, că bubonul șancros, fie că apare în prima sau a doua săptămână după Ricord, sau cel mult mai de timpuriu—când se numește *bubon precoce*—ori foarte târziu, când ia numele de *tardiv*, tot d'auna după observațiunile lui Broca intră foarte repede în supurație.

Volumul acestor bubóne în general este mare și se însoțește de o periadenită, iar puroiul ce conține e de o culóre murdară, négră închisă, semănând cu șocolata. — Sediul de predilecțiune este în regiunea inguinală, și anume în primul ganglion din partea internă, corespunđând cu partea glandului său prepuțului unde se află ulcerul, formând *monodenita șancrosă* a lui Ricord. Prin excepțiune, bubonul se póte arăta în partea opusă, când se învócă încrucișerile și multele anastomose limfatice pe dosul vergăi. Tot prin acest mecanism, ne esplicăm bubónele pe simfisa pubienă, pe spina iliacă, deasupra ligamentelor lui Fallope, sau chiar pe cósă, resultând după Aúspitz din topografia specială a vaselor limfatice ale acestei regiuni.

**COMPLICAȚIUNĪ.** În afară de cele proprii or cărei adenite ca, limfangita, erisipel, flegmon difus etc., în bubonul șancros avem perforațiuni multiple ale pielei, cu compromiterea vitalității sale, dacă se lasă prea mult la mersul său, și când în urmă avem chiar transformarea plăgei deschise în ceia-ce se numesce ulceratiune șancrosă. Acésta se întâmplă în urma unei inoculațiuni se cundare de care am vorbit, când ulcerul se transformă într'un focar șancros vast, semănând în totul cu șancărul ordinar, prin aspectul, mărginile, suprafața murdară, acoperită de o pseudo membrană, pentru care se și numesce *șancăr ganglionar*.

Dar complicațiunea cea mai rea este fagedenismul, fie sub forma serpiginósă sau terebrantă, întinđându-se în primul cas pe suprafețe foarte largi, iar în cazul al doilea în adâncimi colosale, mergând până la disecarea muschilor, a nervilor și a tendónelor.

În fine o altă complicațiune este starea numită ibridă, adică când asupra bubonului șancros se adaugă influența diferitelor

diatese, ca scrofulosa, tuberculosa, cancerul, diabetul etc., asupra gravităţii căruia este de prisos a mai insista.

**DIAGNOSTIC JL** nu prezintă absolut nici o dificultate, dându-se că mai tot-d'a-una când avem un bubon, avem şi şancărul, pe care îl putem observa nu numai pe penis, dar şi pe buze, obraz, deget, anus etc., dându-ne bubóne în ganglionii corespondenţi. Prin urmare, în cheştiunea diagnosticului, etiologia este mai importantă ca bóla, care în sine însuşi nu prezintă nimic de special. Cât privesce în a sci dacă bubonul este simplu sau şancros, acesta nu o putem determina de cât prin inoculaţiune, fapt pe care sub nici un cuvânt nu-l recomandăm, căci nu este indiferent a produce un şancăr pe un individ, numai pentru verificarea unei simple teorii, care în definitiv este de mic folos în cheştiunea tratamentului.

**PROGNOSTICUL** nu prezintă nici o gravitate, esceptându-se bine înţeles stările diatesice ale bolnavului şi mediul în care trăeşte, căci aglomeraţiunile şi lipsa principiilor de igienă pot fi punctul de plecare al diferitelor complicaţiuni de care am vorbit.

III. **Bubonul sifilitic.** Manifestaţiunile sifilisului asupra ganglionilor se arată în toate perioadele sale.

1) *In perióda primară.* De la 8-15 zile cel mult de la apariţia şancărului, bubonul sifilitic apare în mod inevitabil: *din-sul urmăreşte şancărul ca umbra pe om zicea* Ricord!

Dupe noi, bubonul e cel mai mare vrăşmaş al şancărului, căci îl descopere când e ascuns şi 'i dă de urmă când a dispărut! În adevăr, sunt unele şancăre numite *pitići*, nefiind reprezentate de cât prin cele mai mici pustule imaginabile, şi cari trec cu totul nebagate în sémă. — La femei în special, nişte asemenea şancăre, fiind ascunse prin intersticiile buzelor mari, mici or la baza unui fir de păr, adesea rămân neobservate şi scapă chiar cercetărilor medicale; şi câte alte eroziuni specifice cari prin nimic nu atrag atenţiunea înşeală pe bolnavi.

Dar dacă nişte asemenea şancăre stău ascunse, ele se descopere prin bubónele de cari se însoţesc, căci absolut nici unul nu există fără a fi însoţit de aceşti sateliţi—bubóne—.

Şi lucru curios, adesea cele mai mici şancăre dau cele mai mari bubóne.

Prin bubon dar, arătăm bolnavului spre marea sa mirare cor-



pul dilictului; și iarăși prin bubon stabilim în mod matematic, locul ce a ocupat șancărul, conducându-ne după drumul cunoscut al limfaticelor.

Nu există dar șancăr îndurat fără bubon, căci excețiunile sunt așa de rari, în cât putem face abstracție de ele; probă chiar statisticele lui Jullien și Fournier, unde absența de bubóne nu s'a observat de cât în proporție de 2 la sută! și acésta ar depinde a) de o dezvoltare prea mare de țesut celulo gresos, b) de o stare fagedenică sau prezența unei indurațiuni escesive, care ar astupa în cât-va vasele limfaticе și deci transportul virusului n'ar fi posibil, sau s'ar face prea greu, și în fine c) o stare de alcoolism sau anemie prea înaintată, unde iarăși bubónele pot lipsi. Dar încă o dată susținem, că nu credem posibilitatea șancărului fără bubon, și casurile ce se dau ca atare, le considerăm ca eróre de diagnostic, luându-se indurația inflamatorie drept șancăr, iar fagedenismul drept complicație sifilitică.

Fie-care regiune coprinsă de șancăr, produce bubónele sale speciale.

Ast-fel: șancările organelor genitale, ale anusului, còpsei, perineului etc., vor da bubóne inguinale interne, externe sau crurale. 'Mi-aduc aminte un cas fòrte important, observat în serviciul prof. Fournier în 1884, unde individul avea niște bubóne crurale, consecința unui șancăr situat pe còpsă. Bolnavul a declarat că petrecerea făcându-se în costumul lui Adam și Eva, dènsul tot timpul a ținut femeea pe genunchiul sèu!

Șancărul buzelor, limbei, gurei etc., dau bubóne sub maxilare; acelea ale urechei—bubóne parotidiene; iar ale degetelor—bubóne epitrocleene, axilare etc.

Ast-fel că, din cunoștința relațiunilor ce există între bubon și șancăr, putem tot-d'auna să descoperim punctul de efracțiune sau mai bine zis organul prin care bolnavul a păcătuit! de óre ce bubonul afirmă acesta! Și nu e nimic mai adevèrat de cât aforismul marelui Ricord când a stabilit „*on est puini par où l'on a peché.*” Și numai bubonul, el singur, ne arată gradul de perversiune al simțului omenesc, în cazul de deviație de la calea normală.

Caracterele bubónelor sifilitice sunt:

1) Duble în regiunea inguinală, ceva mai dezvoltate însă în partea corespondentă ulcerului.

II) Mai tot-d'auna e primul grup ganglionar ce e prins.

III) Toți ganglionii regiunii sunt tumefiați și această adenită poliganglionară constituie cea ce Ricord a numit *pleiada sifilitică*.

IV) Un fapt de cea mai mare importanță este ca, în acest conglomerat, ganglionii sunt cu totul separați unul de altul, absolut fără cea mai mică aderență, ast-fel în cât cu cea mai mare înlesnire se pot chiar numerota.

V) Lipsa totală de cea mai mică durere sau reacție inflamatorie așa că absolut nici o dată nu supurează, afară de unele rări excepțiuni ce vom vedea.

VI) În mijlocul acestei pleiade, tot-d'auna vom constata un ganglion mai mare, și care e primul de unde începe lanțul, probabil din cauză că el e cel dintâi copleșit. Acest ganglion numit de Ricord ganglion anatomic, sau ganglion planetă, fiind mai mare ca toți cei alți din regiune, ar reprezenta în mod figurat pe un un prefect în districtul său!!

VII) Tenacitatea acestor ganglioni la regresie este colosală, de ôre-ce indurația s'a constat chiar dupe 7 ani, constituind ast-fel dupe cum zice Fournier, un semn postum al șancărului, iar dupe Ricord, un martor ce tot-d'auna trebuie consultat în chestiune de sifilis.

Leziunile anatomo-patologice dupe Cornil și Ranvier constau într'o hipertrofie inflamatorie foarte pronunțată, având sediul în trabeculele fibróse și în întregul țesut conjunctiv ganglionar. Tóte sinusurile și foliculii sunt plini cu celule limfatice dintre cari unele enorm de mari, formând celulele mame, conținând un nucleu mare ovoid și mulți alți nuclei în general mai mici și mai rotunzi, așezați într'o protoplasmă devenită cu totul granulósă. Bubónele sifilitice din perioada secundară și mai ales cei cervicali la indivizii tineri pe lângă aceia că iaă une-ori un volum enorm și persistă ani întregi, se asemănă atât la vedere cât și la microscop, cu ganglionii scrofuloși caracterizați prin inflamație cronică intersticială și degenerescență cazeósă.

I. **BUBÓNE MIXTE SAU IBRIDE.** Se numesc acelea asupra cărora intervine un alt factor strein de sifilis ca în următoarele casuri:

1) *Bubon sifilo-inflamator* când o periadenită simplă se adaogă la bubon, care une-ori prin excepțiune supurează și dinsul.

2) *Bubon sifilo-veneric*, când provine dintr'un șancăr mixt, sau când pe un bubon sifilitic se adaogă un bubon de șancăr móle, sau când în fine șancărul îndurat e contractat în urma

celui môle. Acestea trebuie să le avem în vedere spre a ne explica diferite fenomene neobicinuite, ce lesne se pot prevedea și cari aū importanță mai ales în tratament, căci adesea crezând că avem aface cu ulcer môle sau bubon veneric, bolnavul nu întârzie a ne presenta accidente secundare.

3) *Bubon sifilo-scrofulos* este amestecul bacilului tuberculoșei cu sifilisul, asociațiune numită de Ricord *scrofulat de verolă!* În acest caz, ganglionii pleiadei numai sunt izolați, ci aderenți între dinșii și cu părțile din prejur, formând ceia-ce vom vedea mai la vale un pachet ganglionar. Aci, fôrte des observăm desvoltare de abcese, contra cărora adesea nu reușim de cât prin estirparea totală a ganglionului.

4) *Bubonul sifilo-canceros* e fôrte rar, căci sifilisul se pare că nu formeză un teren propriu de cât pentru desvoltarea tuberculoșei. Socotesc că mai des s'ar putea observa *bubonul sifilo-sarcomatos* de cât canceros.

**II. BUBONELE ÎN PERIÔDA SECUNDARA A SIFILISULUI.** Rar independente, mai adesea coecide cu erupțiunile cutanate, adică cu diferite sifilide. În acest cas, trebuie să explorăm tôte regiunile provëzute cu ganglioni căci tot-d'auna îi vom găsi prinși; și îi vom recunoște ușor, având aceleași caractere ca și cei din periôda primară.

Mai mult, adenopatia secundară se pôte observa chiar și în regiuni unde nu se descrie ganglioni normali; precum în pielea capului, pe spate, omoplat, lombe, gambă etc etc. Dar mai presus de tôte, adenopatia cervicală tot d'auna e constantă și tot d'auna trebuie consultată formând dupe cum zicea Ricord *adevêratul puls al sifilisului*.

**III. BUBONELE ÎN PERIÔDA TERȚIALA.** Se presintă sub douê forme: *sclerosă* când sunt tari, mici multipli și *ratatinați*. Forma *gomosă* presintă după Fourier 4 periôde: de cruditare, ramolire, ulcerație și reparate.

În adevêr, gomele mai tot d'auna supureză și une-orî în mod total, formând *goma medulară sifilitică* a lui Cornil, în care întregul parenchim glandular împreună cu vasele peri și endo capsulare este plin cu mari celule globuloșe epitelioides și de lichid puriform.

Goma supurată presintă tôte caracterele clasice cunoscute: are mărginele tăiate drept, nu e în grosimea pielei, deosebindu-se

de gomele cutanate; iar de cele musculare prin aceea că nuse fixéză în momentul contractiunei muschiului și nici nu provócă dureri în acest timp de explorație. Șancărul simplu ganglionar nu stă pe o basă îndurată ca goma, ci este auto inoculabil.

Goma șancrósă adica contaminată de acest virus, capată un aspect murdar, are mărginele dentelate, fundul cenușiú și acoperit de pseudo membrană, și in total e fórte durerósă și fără tendința la cicatrizare. In fiñe, după caracterele locali și antecedente, vom deosebi cancerul ganglionar, a cărui ulcerație fungósă, durerósă și cu mărginele rėsfránte în afară, ne va arăta natura sea.

Acelaș lucru vom zice de goma tuberculósă cu mărginele sale subțiri și deslipite, puse pe un individ manifest tuberculos.

**TRATAMENTUL** In prima linie va fi profilactic, căutând a preveni or ce complicație din partea plăgei, căutând-o in cel mai riguros mod antiseptic.

Ne vom adreza iarăși la starea diatesică și în special la cea sifilică și tuberculósă. Iar când supurația s'a declarat, vom interveni conform principiilor stabilite la adenite, plus că nici o dată un bubon veneric nu se va pansa după șancăr, ci tot d'a una înainte dacă voim ca bubonul nostru să nu ea aspectul și caracteru șancros, putându-se complica chiar de fagedenism.

## TUBERCULOSA GANGLIONILOR LIMFATICI

Istoricul acestei chestiuni se confundă cu acela al tuberculosei in genere, cu atât mai mult cu cât ganglionii aú format punctul de plecare al autorilor ca Laënnec, Lebert, Virchow etc.

Localisația tuberculosei in ganglion, a atras atențiunea chiar a lui Hippocrate, care isbit de aspectul straniú ce 'l iaú indivizii, când bóla se localizéză in regiunea cervicală, a numit'o scrofulosă: din scrofa-porc! formând *pessimus colli morbus*.

Dar daca până mai de-ună-zí, asupra acestei afecțiuni mai există óre-care indoială in ceia-ce privește natura sea specifică, bacilară, astăzi totul a dispărut, grație cercetărilor bacteriologice și metódelor de inoculație, cari aú demonstrat până la e-vidență, că vechea denumire de adenită scrofulosei, nu e absolut nimic alt-ceva de cât pur și simplu tuberculósă ganglionară.

În adevăr, cercetările lui Köster, Friedländer, Charcot, Lannelongue, Kiener și Poulet, Brissaud, au adevărit cea mai indiscutabilă identitate. Dar mai ales Koch în 1882, a dat o probă în afară de or-ce discuție, prin găsirea bacilului său în acești ganglionii cronic inflamați.

În fine, vin experiențele lui Cornil și Babeș, cari în mod constant au găsit, în aceste hipertrofii ganglionare, bacilul tuberculoasei fie izolat sau aflat în celule gigantice.

Cornil și Babeș în opera lor spun că, de multe ori bacili nu sunt limitați numai la ganglionii, ci se arată în capsula îngroșată, în nivelul foliculilor deveniți tuberculoși; există de asemenea în țesutul conjunctiv periferic el însuși îngroșat, infiltrat de mici celule și de granulațiuni tuberculoase foarte departe de ganglionii.

Și dacă uneori bacilul lipsește, demonstrația e făcută pe calea inoculației, fie experimentală or în mod accidental prin fapte clinice.

Nu vom insista asupra cauzelor comune sau banale a acestei afecțiuni ca etatea, sexul, hereditatea, iritațiunile locale, alimentația insuficientă, intristările morale, slăbirea organismului etc., căci ele sunt destul de cunoscute și țin mai mult de domeniul medicinei.

Ne vom ocupa însă de următoarele fapte.

1) *Că adenitele tuberculoase provocate prin transport direct al bacilului pe calea limfatică, coincid sau succed unei tuberculoze generale sau unui alt organ din prejur.* Ast-fel avem ganglionii bronchici și mesenterici în urma unei tuberculoze pulmonare și intestinale. Ganglionii crurali, inguinali, cervicali, axilari etc. ce coincid cu tuberculoza articulației genuchiului, a cõpsei, cu aceia a limbei, gurei, a mamelei etc. etc.

Și relativ la adenopatia axilară tuberculoasă, reproduc din Duplay și Reclus un mecanism arătat de Sanchez Toledo (1887), și care de sigur ne va fi de mare folos, arătând raporturile acestor adenopatii de aparență primitivă, sau secundară cu tuberculoza pulmonară. „Trei eventualități clinice se pot presenta: adenopatia e izolată și pare spontanată; dar examenul pulmonului din aceea parte, ne arată leziuni în primul stadiu, sau mai înaintate. Atunci infecțiunea bacilară din pulmonii copleșește ganglionii trachio-bronchici, apoi pe cei supra-claviculari și de aci prin calea re-

curentă pe cei din axilă. Sau bacilul ia altă cale: începe întâi prin ganglionii sub-maxilari, trece în cei carotidieni, de aci în fosa supra-claviculară, în axilă, în bronche și în cele din urmă termină prin tuberculisarea pleuro-pulmonară.

II) *Că toate inflamațiile acute sau cronice a ganglionilor, precum și or ce iritație din vecinătate*, pot predispuce la tuberculoza acestor organe, de ôre ce inflamația formeză *așternutul tuberculosei*. Ast-fel adinitele cronice, periostitele alveolo-dentare, amigdalitele des repetate, mastitele cronice, eczemele pielei capului, contusiunile cronice la soldați, fie prin mânuirea puștei sau frecarea gâtului de uniformă etc. etc., produc împăstări ganglionare, ce după un timp ôre-care degeneréză în tuberculosă; deja am vădut ușurința cu care afecțiunea se stabilește în bubónele sifilitice.

III) Că daca prin toate mijlócele de explorație nu găsim nici o leziune, atunci unii au admis *tuberculoza ganglionară primitivă*. Toți resping acest lucru, căci e greu a se admite localizarea diatezei tuberculóse numai în ganglionii. Se susține dar că în asemenea cazuri, e vorba de o inoculare directă, produsă prin o efracțiune microscopică, fie a tegumentelor sau mucóselor; cu alte cuvinte, prin producțiunea unui microtraumatism, pe unde microbul s'a putut introduce în mod insidios și fără a atrage prin nimic atențiunea asupra voiagiului său.

**AMATOMIA PATOLOGICĂ.** Se deosibesc trei perióde fórte magistral descrise de Cornil și Ranvier, din cari dăm următorul resumat:

1) *Periódă de granulație cenușie sau de noduli cruđi*. E caracterisată prin o congestie intensă și înbibare de un suc lactescent colorat de sânge. Pe această suprafață roșie și congestionată, se vęd o mulțime de granulații tuberculóse isolate sau confluyente, formând insule fără relief, dar lesne recunoscute prin aspectul lor opac și uscat. Sediul lor e către periferia organului, adică în apropiere de capsulă, în țesutul reticular al foliculelor, în locul de penetrațiune al vaselor aferente. Din abondența celulelor limfatice și sclerosarea țesutului reticular, urméză obliterațiunea capilarelor prin sugrumare, și producțiunea de celule gigantice, cari unindu-se cu un produs analog din stroma reticulată și cele alte celule limfatice, produc grămezi sau blocuri semănate cu celule gigantice, ce mai târziu vor suferi o degene-

rescență cazeosă în masă. De ordinar, în aceste celule gigantice se găsesc bacili, dar densenșii pot lipsi, mai ales în cazul de degenerescență; prezența lor însă tot-d'auna va fi constantă la periferia parenhimului: în capsulă, în vasele aferente și în țesutul conjunctiv periganglionar, care va fi îngroșat, infiltrat, constituind periadenita tuberculoasă, cea ce dă ganglionului un aspect de volum mult mai mare de cât îl are în realitate.

2) *Ramolirea ganglionară* este un stadiu mai înaintat al primei forme, când toate acele insule izolate sau confluențe se transformă într-o materie semi-solidă, friabilă, grunjoasă, care lichifiindu-se, va produce supurație. Această masă cazeoasă, imprimă ganglionilor un volum mai mare, făcându-i în același timp mult mai moi. Uneori capsula condensându-se, inchisteză această masă, formând după Thaon degenerescența cazeosă incapsulată.

Dar alte dați, capsula se lasă a fi străbătută de vasele aferente, cari împreună cu cele intra-ganglionare îngroșate și nodoroase, vor constitui cu ajutorul periadenitei o formă clasică de pachet ganglionar.

3) *Supurația și abcesele ganglionare* se caracterisă că uneori, pot fi mici și multiple sub formă de chiste, iar alte dați unul singur, vast, după cum trabeculele resistă sau nu. Capsula e mai mult sau mai puțin îngroșată, căci în cazul contrariu, puroiul e afară, răspândindu-se în țesuturile din prejur și dând naștere unei periadenite flegmonoase.

Dar în afară de aceste terminațiuni, ganglionul tuberculos nu rareori ne oferă o transformare scleroasă totală, sau infiltrație de săruri calcare, ce constituie de sigur unul din cele mai mari beneficii pentru bolnav, reprezentând o adevărată vindecare.

**SIMPTEME.** Aparițiunea și evoluția ganglionilor tuberculoși se face în mod insidios, indolent și *a frigore*, adică fără nici o reacție inflamatorie. De aceea, atențiunea bolnavului nu e deșteptată de cât prin volumul tumorii, iar uneori prin unele turburări funcționale ca dureri, furnicături și edeme, rezultat al compresiunii nervoase or vasculare.

Ast-fel se citează în Duplay și Reclus, un cas al lui Dodin de paralizie facială, în urma unei adenopatii parotidiene; turburări laringee, consecutive unor ganglioni în jurul nervului recurent, precum și cazul lui Peters de crize nevralgice în rinichi și

membrele inferioare, în urma unor ganglionî pe traectul nervilor lombarî găsiți la autopsie.

Dar afară de aceste casuri excepționale, încă o dată repetăm, tuberculosa ganglionară, își percurge fazele sale fără mult sgomot, putând trece prin diferitele stadii arătate la anatomia patologică, sau chiar să se oprască la unele din ele, mai ales când or ce cauză de iritație facem să dispară.

Se numește *tuberculosă monoganglionară*, când un singur ganglion e copleșit; *poliganglionară*, când sunt mai mulți dar încă putându-se deosebi între ei, cu totă prezența cordónelor fibroze ce'i lęgă; iar sub numele de *pachet ganglionar*, se înțelege o masă difusă, în care mai mulți ganglionii nu numai că sunt strâns uniți între dênșii, dar se găesc aderenți cu părțile din prejur, formând un singur corp și ridicându-le or ce mobilitate; pielea e aderentă, iar mișcările se produc în masă, abia putând aluneca pe aponevroze.

**PROGNOSTICUL** de sigur nu surăde; dar iarăși nu e așa de sombru precum s'ar părea, esceptându-se bine înțeles casurile când bolnavul e deja în perióda de cachexie tuberculósă, avënd plămâni și cele alte organe splachnice copleșite.

Cu o igienă bună, un repaus absolut și depărtarea or-cărei iritațiuni ca ulcerățiuni, eczeme etc., fórte adesea ori putem obține resorpția.

Dar chiar în cazul când ganglionii supureză, și chiar când se însoțesc de traecte fistuloze, nu trebuie să ne deseserăm; căci iarăși, adesea prin simple operațiuni parcimonióse, totul se póte aranja, fără a recurge la o operație radicală, la o extirpație totală.

**DIAGNOSTICUL.** Va avea în vedere: dacă tuberculosa e mono sau poli-ganglionară, or un pachet ganglionar; dacă e de natură cronică simplă, adică e rezultat al unor erupțiuni sau ulcere banale; dacă e amestecat numai elementul tuberculos or asociat cu diateza sifilitică; dacă un element acut nu este amestecat în scenă, dacă în fine nu am avea a face cu un cancer ganglionar primitiv or secundar. Dar în tóte acestea ne vom conduce dupe anamnesă, caracterile stărei locale, fenomenele generale, și în fine examinarea urinei și a sângelui, recomandate în diagnosti-carea tumorilor. Nu vom uita în caz de supurație și ulcerăție, caracterile ce ne presintă ulcerul neoplasic, tuberculos sau sifilitic, asupra căroră în mai multe rînduri am insistat.



**TRATAMENTUL.** Va fi mai întâi general și în raport cu diateza bolnavului. Untul de pește iarna, preparațiunile arsenicale, și șederea pe marginea mării sau băile de la Lacul Sărat în timpul verei, ne dau rezultate în afară de or-ce așteptare. Ganglionii ajunși în perioada de ramolire sau supurație, trebuiesc tratați în mod chirurgical.

Metoda *injecțiilor intersticiale* inaugurată de Luton din Reims, fie cu T-ra Iodii, (5—10 picături la fie-care 4 zile); licórea lui Fowler (5, 8, 10, 12 pic.) or soluția fenicată 3% nu dau de cât rezultate foarte aproximative. În 5 cazuri de ganglionii cervicali, n'am obținut nici un rezultat cu licórea lui Fowler, care a determinat dureri foarte mari și fenomene inflamatorii.

Verneuil recomandă injecțiile sale cu eter iodoformat 5% dupe evacuația prealabilă a puroiului prin aspirație.

*Metoda de extirpare* de și veche, aparținând din timpul lui Galien, a fost în timpurile din urmă scósă din uitare.

Dacă lucrul ar fi pe deplin stabilit, că tuberculosa se naște primitiv în ganglionii, și că aceste organe sunt în adevăr locuri de oprire a bacilului, de sigur extirparea ar fi în afară de or ce discuție. Se pare însă, că vechia lege a lui Louis, că în același timp cu tuberculosa ganglionară există germenul morbid și în pulmonii or alte organe, nu este încă distrusă. Dar afară de acesta, am văzut deja că unele materii concrete și deci și bacilii, pot trece prin ganglionii spre a merge mai departe, infectând fie țesuturile din prejur, fie un alt lanț ganglionar superpus.

Ast-fel că și într'un cas și în altul, extirparea ganglionară preconisată de Hueter în 1872, apoi de Billroth și alții, nu e o operație radicală și deci nu asigură lipsa de recidivă.

Mai mult încă, s'a observat desvoltare repede de tuberculosă generalisată în urma extirpării, cea-ce a făcut pe König să stabiléscă, că infecțiunea tuberculósă generalisată, adesea succede la aceste intervențiuni locale, ca printr'un fel de inoculație.

Dar afară de acesta, trebuie să știm, că extirparea e câte o dată așa de dificilă și înconjurată de pericole, în cât o declar mai grea ca or-ce laparotomie!

În adevăr, nu avem să ne gândim de cât la hipertrofiile ganglionare din loja carotidiénă și triumghiul lui Scarpa, pentru ca imediat să ne gândim puțin, înainte de a interveni; și pericolul e cu atât mai mare, cu cât vom avea a face cu adenite

poli-ganglionare, dar mai ales cu forma în pachet, unde îndurația țesuturilor și aderența ganglionilor de pachetul vasculo-nervos sunt așa de întinse, în cât pentru a'i ridica se cere a lucra prin o adevărată sculptare.

Încă din 1887, am întreprins această operație în următoarele 23 cazuri, în cari declar că n'am constatat de cât o singură dată recidiva. Cu toate acestea azi, recurg mai des la deschiderea largă și răzuirea cu lingura Volkmann a parenchimului bolnav. La fie-care pansament fac atingeri cu acid-fenic 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub>; puî comprese cu creolină, și rezultatele sunt uimitor de satisfăcătoare. E singura metódă pe care o recomand.

Dar acesta nu însemnăză a renunța cu totul la extirpare; dar casurile trebuesc alese. La congresul de chirurgie din Paris 1890, s'a discutat mult această chestiune, și la desbaterile căruia aū luat parte D-nul profesor Demosthene și Dr. Leonte.

Și relativ la extirparea ganglionilor, D. prof. Demosthene a comunicat 40 de extirpațiuni. Toți autorii atunci ca și acum sunt de acord, că foarte adesea ori, dupe operație urméză recidiva.

Dar când? De sigur atunci când operatorul e pus în imposibilitate a extirpa toți ganglionii. Acesta însă se întâmplă în acele cazuri complicate; în acele mese compacte și întinse; în acea formă ce am descris sub numele de pachet ganglionar, unde ori-ce am face, tot e puțin. De aceea zic, în asemenea cazuri, operațiunea neputându-se face în mod complet, e mai bine a recurge la incisiuni și răzuiri, ca unele ce dau rezultate mai bune.

Iată micul tabloū de operațiile menționate mai sus unde am practicat cura radicală de ganglionii.

NUMELE	Etatea	DIAGNOSTICUL	Data operației	Suma oper.
Stanca Dumitru	19	Ipertrofie ganglionară in partea laterală stângă a gâtului.	1 Aprilie 1887	1
Anica Ion	16	Idem, in dreptul a- pofisei mastoide stângă ..	1 " "	1
Nicolae Constantin	18	" sub maxilară	8 " "	1
Ióna N.	32	" in lojea caroti- enă st.	12 " "	1
Const. Costache	20	" p. lat. st. a gitului	14 " "	1
Marin Longuțescu	18	" reg. cerv. stângă	10 Iulie 1887	1
Simion Rădulescu	22	" ambele reg. sub maxilare recidivă	17 " "	2
Victor Berceanu	23	" reg. ing. dréptă	26 " "	1
Alex. Anghelescu	27	" " "	12 August 1887	1
Ernesto Veziri	26	" " stângă	16 " "	1
Sofia Rosental	20	" partea lat. dréptă a gâtului și axi- lară conresp.	20 Iulie 1888	2
Zoe Simionescu	20	" reg. ing. stângă	15 August "	1
Smaranda Tudor	14	" reg. parotidiana și sub max. st.	24 Iulie "	2
David Veinberger	19	" reg. ing. dublă	31 August "	2
Stoicescu Velicu	19	" ing. stângă	14 " "	1
Ion Arcas	38	" " dréptă	16 " "	1
Gg. Cendru	28	" " stângă	20 " "	1
Lupu Holtman	23	" " dréptă	18 Iulie "	1
Stanciu Belcef	27	" " stângă	25 August "	1
				23

## NEOPLASMELE GANGLIONILOR LIMFATICI

Din punctul de vedere clinic, sunt ușor de cunoscut prin caracterele și evoluția lor, deosebindu-le de toate cele alte hipertrofii ganglionare ce am studiat. Să menționăm însă că unii ganglioni ai gâtului, axilei și cõpsei, pot lua mai ales la ómenii tineri, o dezvoltare de volum destul de pronunțată, fără cu toate acestea să fie neoplasmice. Și exceptând casurile de iritațiuni cronice, de cari deja am vorbit, chiar unele profesiuni, după Güssenbauer și alți autori, pot da naștere la acest fenomen.

Ast-fel avem brutariii, agricultorii, ferarii etc. cari în mod fiziologic pot presenta ganglionii axilari și inguinali, or ai cõpsei, mult mai mari și durii în ambele regiuni, sau numai din partea membrelor ce executã acțiunea, ceia-ce ar putea influența punerea unui diagnostic just.

Neoplasmele ganglionare secundare, este tot ce pôte fi mai comun, cãci chiar acẽsta constituie natura tumorei primitive, considerându-se ca malignã numai atunci când are rêsunet asupra ganglionilor.

Și adesea diagnosticul etiologic al tumorei primitive se stabilește prin acela al ganglionilor, de õre-ce acestia reproduc exact tipul celei de originã. Este demonstrat, cã prinderea ganglionului rezultã din transportul celulelor cancerõse prin limfatice și grefarea lor în ganglionii o datã ajunsã aci, ceia-ce probẽzã între altele, posibilitatea inoculãrei neoplasice.

Chestiunea însã care încã e neresolvatã, este daca da sau nu ganglionii pot fi sediul de neoplasme directe, adicã în mod primitiv. Billroth, Paget, Hirschfeld le considerã cu totul excepționale, lucru ce se pare a fi adevãrat, cel puțin în ceia-ce privește cancerul propriu zis.

Cu tõte acestea, Malassez citẽzã un cas de epiteliom pavimentos cu globii epidermici, primitiv în ganglionii gâtului. Dupã Weber, sarcomul s'ar observa mai des, extirpând el însuși o asemenea tumorã în ganglionii gâtului. Dar și mai frecuent încã ar fi epitelioma sau sarcomul melanic, din care am avut ocazia a observa și eu un singur cas în ganglionii inguinali. Se citẽzã iarãși un cas de Le Dentu de un sarcom melanic în regiunea parotidianã; în timpul operației, excisându-se o porțiune din glanda parotidã, s'a constatat la microscop ca fiind cu totul sãnãtõsã.

Evoluția acestor neoplasme, dupã Chambard, ar fi din punctul de vedere clinic identicã cu a ganglionilor tuberculoși, prezentându-se sub formã de sarcom monoganglionar, poliganglionar sau în pachet.

Cât pentru neoplasmele secundare, acestea fiind strâns legate cu tumora primitivã, vor trebui neapãrat ridicatẽ, chiar când nu ar exista asupra lor nici o bãnuialã, daca voim a preveni recidiva.

## CHESTIONAR

Leziunile ganglionilor limfatici.

Considerațiuni anatomice și fiziologice.

Compoziția unui ganglion. Circulațiunea limfei, Aplicațiuni clinice.

Leziunile traumatice. Caractere.

Adenita acută. Definiție. Divisiune.

Anatomia patologică. Perioada de congestiune, de supurație. Caractere.

Periadenita. Simptome generale și locale. Diferite forme de abcese ganglionare. Mersul. Prognosticul.

Diagnosticul între adenita profundă și o ernie. Tratamentul. Deschiderea antiseptică și răzuirea.

Adenita cronică. Caractere. Anatomia patologică. Simptome. Diagnosticul cu adenitele specifice.

Adenita venerică sau bubon. Caractere.

Bubonul șancărului môle. Caractere.

Natura virulentă. Opiniunea lui Hunter. Experiențele lui Ricord, Straus, Aubert, Roco și Luca. Simptome. Caractere. Complicațiuni diverse. Diagnosticul.

Bubonul sifilitic. Opiniunea lui Ricord. Relațiunile sale cu șancărul. Caracterele.

Leziunile anatomice.

Bubónele mixte sau ebride. Definiție și varietăți.

Bubónele în perioada secundară a sifilisului.

Caractere. Bubónele în perioada terțiară. Forma sclerósă și gomósă. Tratamentul.

Tuberculoza ganglionilor limfatici. Istoric. Experiențele moderne. Probe în ajutorul tuberculozei ganglionare.

Anatomia patologică. Perioada de granulație, de ramolire și supurație.

Simptome. Evoluțiune clinică. Tuberculoză monoganglionară, poliganglionară și pachet ganglionar. Diagnosticul. Tratamentul. Metóda prin injecțiuni intersticiuale. Metóda prin extirpare.

Obiecțiuni și discuțiuni. Opinia autorului.

Neoplasmele ganglionilor. Istoric.



## CAP V

# AFECTIONILE SISTEMULUI MUSCULAR

## § I

### LEZIUNI TRAUMATICE

---

**I. CONTUSIUNILE** .De și frecvente, cu toate acestea nu s'aũ făcut studii amănunțite ; pe de o parte cã în casurĩ ușore se vindecã de sine, iar în cele grave, copleșindu-se de imflamații sau supurație se confundã cu acestea.

Contusiunile pot fi de originã externã, ca loviturĩ de bastóne, trecerea unei róte, aplicarea unui proiectil etc., sau de originã internã ca în urma fracturelor, luxațiilor, prezența de sequestre etc. etc.

Dupã Allison se deosebesc 4 grade sau modurĩ de a fi ale contusiunii musculare.

I) *Stupóre muscularã*, când muschiul e lovit în stare de repaus, leziune ce constã într'o simplã paresie ușorã și pasagerã.

II) *Epanșament sanguin cu ușore ruperi fibrilare* ; se observã când contusia se aplicã pe mușchĩ aflați în stare de contracție. Dãndu-se marea vascularizație a mușchilor, epanșamentul póte fi enorm, infiltrãndu-se în întreaga lui masã, dar fãrã a se colecta.

III) *Ruperea parțialã de mușchĩ și formarea de ematom*. Nu se deosebește de cea precedentã, de cât prin aceia cã o porțiune de mușchĩ fiind ruptã, se formãzã o cavitate, un fel

de gaură unde sângele vărsându-se, se poate coagula în masă și să formeze o tumoră—ematomul; se observă în deosebi în mușchii lipiți de oase or de aponevroze rezistente, ca deltoidul, tricepsul etc.

IV) *Ruperea totală.* Aci ruperea saū e netedă și limitată cu toate că e completă, saū e întinsă și însoțită de atrițiune și sdrobire musculară; acēsta, după cum acțiunea corpului vulnerat s'a aplicat pe un mic teritoriū, or masă întregă.

Ast-fel, o lovitură bruscă și forte cu un baston or bară de fer, aplicarea forcepsului etc. va da o rupere netedă, limitată și regulată: pe când dărâmarea unui bloc de pământ, trecerea unei rōte de camion, or atingerea unui obuz, vor produce o rupere completă, totală, cu atrițiune și sdrobirea țesutului muscular, tarnsformându'l într'o masă informă.

Ca simptome principale avem: durere, impotență funcțională, atitudinī viciōse și chiar contracturī consecutive. Dupe câte-va zile vom constata aparițiune de largi echimose în piele, a căror întindere va fi în raport cu gradul de contusie.

În casurī de rupturī complete, vom constata bosele sanguine, precum și un bont mōle cārnos, rezultat al contractiunei muschiului rupt, saū cu totul sfărîmat.

Consecințele în general nu sunt grave, căci cu un ușor masagiū și repaus, totul dispore; afară de ruperī întinse, când pot surveni complicații inflamatorī saū supurative, măi ales dacā plaga e deschisă, precum și diferite contracturī ce se datoresc măi mult secțiunilor nervōse.

## II. PLĂGILE MUSCHILOR

Cele prin instrument înțepător sunt fōrte benigne, cu condițiune ca instrumentele se fie aseptice. Probă avem punțiunile, exploratrice, saū înțepăturile în duel, carī nu aū nicī o gravitate chiar dacā instrumentul în loc de a trece printre fibrele musculare ar rupe unele din acestea.

Tot acelaș lucru vom zice de plăgile prin instrument tăetor, fie că vor lucra prin vērș și lamă, deci în profunzime; fie numai cu lama ascuțită saū cu tăișul, adică în suprafață.

Secțiunea mușchiului poate fi completă și incompletă, când

pe lângă emoragia inherentă, vom consta o depărtare a buzelor ce va fi cu atât mai mare, cu cât muschiul va fi mai liber de conexiuni osoase or aponevrotice. Dar această depărtare se va micșora dupe atitudinea ce vom da membrului. Ast-fel, pentru o plagă a tricepsului umeral vom recurge la extensie; pe când fiind vorba de biceps, vom pune membrul în flexie, și ast-fel vom putea obține afrontarea, și cu dînsa cicatrizarea muschiului secționat.

Nu este tot ast-fel cu plăgile contuse, cari pe lângă că focarul traumatic e expus, se mai complică de prezența diferiților corpi streini sau viruse speciale, a căror influență vătămătoare nu rămâne fără efect. Ast-fel avem plăgile prin armă de foc, mușcăturile de cal, câine, lupi etc. a căror gravitate e una mai mare ca alta.

**PROGNOSTICUL** în general e favorabil, afară de complicații și supurație, or interpunerea între plagă de diferiți corpi streini și în special de țesut fibros cari se opun la cicatrizare, ce de alt-fel are o tendință spontanată către aceșt sfirșit.

**TRATAMENTUL.** In traumatismele închise adică cu tegumentele integre, antiflogisticele, repausul, atitudine convenabilă a membrului, masagiū ușor etc., completează programul. In cas de inflamație sau supurație, evident că vom interveni.

Plăgile prin instrument tăetor trebuiesc neapărat suturate, mai ales dacă secțiunea e completă, și mai ales dacă muschiul e superficial, fiind știut că puterea retractilă a acestora e așa de mare, în cât cele două capete depărtându-se prea mult, se vor cicatriza izolat, și de aci o pierdere funcțională totală.

Emostasa nu e necesară, afară de deschiderea unui vas de un calibru însemnat, căci alt-fel, emoragia musculară de și abondentă, este însă produsă de vase mici, cari comprimate prin contracția fibrelor musculare se închid singure, și deci emostasa se face spontanat.

Nu vom intra în discuțiile privitoare la regenerarea muschilor, fapt susținut de O. Weber aducând mai multe exemple de regenerare musculară completă, pe când majoritatea autorilor franceși și germani (Robin, Bouchard, Hayem, Volkmann) afirmă că *restitutio ad integrum* musculară, e cu totul greu de obținut, ba chiar de multe ori lipsește.



Cu toate acestea, dăm un resumat din lucrarea experimentală a lui Volkmann (1892) în această privință.

În cazuri de degenerescențe musculare ca în tifos, congetații etc., unde numai substanța contractilă e atinsă, regenerarea se face pe cale embrionară sau continuă; și este așa de puternică în cât reproduce în totul partea degenerată.

În cazul de secțiune a corpului muscular, regenerarea se face după procesul deja numit de Neumann—mugurire.

Dacă plaga va fi mică, iar depărtarea capetelor neînsemnată, înlocuirea va fi aproape complectă; fibrele noi ar intra în legătură imediată cu cele vechi.

Dacă însă pierderea de substanță va fi însemnată, precum și depărtarea capetelor considerabilă, atunci înlocuirea se va face printr'un țesut conjunctivo-fibros, adică printr'o cicatriță, în care procesul de muscularizare nu poate înainta mai mult ca 1—2 m. m. de la fie-care extremitate musculară separată.

Formarea de muguri, începe aproape fără excepție din capetele fibrelor musculare existente a bonturilor musculare, vom avea deci a face cu o mugurire terminală, mugurire ce începe după vre-o 6 zile de la leziune și durează maximum până la 8 săptămâni. Rolul cel mare în acest fenomen îl jăcă nucleul muscular, ce proliferază în mare cantitate, precum și protoplasma ce se strânge în jurul lui. Masa protoplasmică, bogată în nucleii, formază o continuare a vechiului fascicul și este cu totul omogenă. În această masă, în mod treptat începe a se desvolta fibre, trecând ast-fel fără tranzițiune bruscă în vechiul fascicul striat transversal.

Nu se poate momentan bine stabili în ce mod nouile fibrile formate se unesc cu substanța veche fibrilară. Cu toate acestea, din-sele fac impresia ca și cum nouile fibrile formate în protoplasmă s'ar naște într'o legătură imediată cu fibrilele cele vechi.

Mugurarea laterală este așa de rară, în cât pe lângă cea terminală abia trebuie luată în considerație.

Cât privește chestiunea grefelor musculare, reproducem credința lui Salvia (Rev. clinică et terap. 1884): Acest autor susține că e posibil a transplanta cu succes un fragment de țesut muscular de la un animal la altul, fie de aceeași specie sau diferită. Reunirea se face prin ajutorul neoformațiunii de fibre tinere musculare, cari fuzionează fragmentul transplantat cu elementele musculare vecine, așa în cât mai târziu numai există nici o urmă de sepa-

rațiune: fibrele musculare grefate iaă caracterul fibrelor musculare ale animalului pe care viețuește.

Acest mod de a vedea însă e combătut de mai toți anatomo-patologiiții, și în spăcial de R. Volkmann, care a arătat ca bucăți musculare transplantate, nu rămân nici o dată viabile, ci mor numai de cât, resorbindu-se mai târziu. În locul lor apare o cicatriță ce ca și or care altă cicatriță musculară, posedă o muscularisație parțială.

Regenerarea fibrelor musculare netede, urmăzăa própe aceleași reguli ca și fibrele striate. (Stilling, Pfitzner 1886).

### III. RUPTURILE MUSCULARE. (Miodiastasis sau diastasă musculară)

Fórte bine studiate de Sedillot. Rupturile musculare spontane sau patologice nu interesăză atât chirurgia, de óre-ce dinsele provin dintr'o degenerescentă granulo-gresósă, vitrosă, și fac ca mușchiul să se rupă indiferent pe or-ce punct al lungimeii sale, și în urma celei mai mici sforțări sau chiar în urma unei tuse. Ast-fel sunt observații în febra tifoidă, variola, scarlatina etc. unde bolnavii prin simpla mișcare de a se întórce în patul lor, își pot rupe mușchi abdominali sau ai cópsei.

Acelaș lucru se observă la ataxici, sifilitici, alcoolici diabetici, reumatici etc.

Iarăși ruperi musculare se pot observa în urma eclampsiei, epilepsiei, turbăreii, delirului tremens, căci în tóte mușchi sunt prealabil alterați.

Pină și însuși oboseala, sau un mers prelungit póte, după Roth (din Moscua), să altereze fibra musculară, transformând-o într'o degenerescentă vitrosă întocmai ca în febra tifoidă, și să provóce ast-fel ruperi musculare.

Dar de tóte aceste ruperi ca și de ruperile cordului, bășiceii udului și ale uterului, nu ne vom ocupa.

Adevăratele ruperi musculare chirurgicale sunt cele traumatice, și fără alterație prealabilă a fibrei; și încă se mai cere ca mușchiul să fie în *stare de contracție*.

Deci o contracțiune excesivă și bruscă, constituie cauza principală a ruperilor musculare.

Acest fenomen îl întâlnim când individul condus de simțul de conservare, caută a'și restabili echilibrul pierdut: ca în momentul căderii; sau voește a face un efort pentru a ridica or a arunca o greutate; a sări un șianț, a încălica din fuga un cal etc. etc.

Bichat susținea că ruperea musculară e rară, de ôre-ce în timpul contracțiunii toate fibrele se condensază și dobândesc o tărie egală și superiôră fibrelor tendinoase, ast-fel că acestea, în virtutea pasivității, sunt cari se rup de preferință. Acesta e adevărat pînă la un punct ôre-care, de ôre-ce este constatat că în funcționarea regulată, un mușchi pentru a produce un efect util, își pune în joc toate fibrele sale, animate de o forță convenabilă și dirigeată în anume sens, concentrându-se într'un punct care e cel mai puternic în masa musculară; dar pe lângă acesta mai intră în joc și concursul sinergic al muschilor vecini.

Când însă un mușchi se va *contracta în mod instinctiv și parțial* (Sedillot), or se va *contracta în mod involuntar reflex* cu pierderea momentană a simțului muscular (Nelaton), or *contracțiunile vor fi parțiale și succesive* (Jargavay), sau în fine *contracțiunea va fi cu totul izolată*, adică fără nici un concurs din partea vre-unui mușchi sinergic (Gübler), atunci mușchiul, ast-fel surprins or părăsit de confrății săi (!) se va rupe, dacă nu va fi destul de tare și vîguros spre a lupta și rezista contra unor asemenea momente critice.

Deci, într'o asemenea luptă izolată, și în afară de or ce ajutor, mușchiul trebuie să cedeze, trebuie să se rupă; și se rupe acolo unde e mai slab; acolo unde fie-care organ ca și însuși individul, își are al său *locus minoris resistentiae*.

Ast-fel: mușchiul marele drept abdominal se va rupe în regiunea sub-ombilicală, la egală distanță de pubis și ombilic, căci acolo e mai strimpt, lipsit de teca aponevrotică, precum și de acele bande fibróse ce 'i legă fâșiile sale d'asupra ombilecului.

Nelaton a stabilit sub formă de lege că: cu cât corpul unui mușchi e mai lung iar tendonul mai scurt, cu atât ruperea se va face în porțiunea cãrnosă iar nu tendinosă și vice-versa.

De aceia, mușchii extensori fiind în general mai scurți, ruperea lor va fi tendinosă or musculo-tendinosă; pe când flexorii

se vor rupe mai mult în partea musculară, fiind mai lungi ca extensorii.

Sedillot, susținea că locul de elecțiune a ruperilor musculare se găsește la unirea muschiului cu tendonul, efectuându-se prin o adevărată deslipire.

Am întreprins în această direcție, experiențe pe cadavru la institutul de chirurgie, mai asupra tuturilor muschilor.

Cu această ocaziune, îmi exprim profunda mea recunoștință amicilor mei Dr. V. Calalb, Vrabie și Andreescu, precum și D-lor Al. Carnabel, Tatușescu și Crivăț cari m'aun ajutat în toate experiențele și lucrările ce le-am dat, cu o desinteresare și dragoste de care nu mă voi plăti nici o dată.

Etă rezultatul și conlusiile ce am tras din aceste experiențe :

I) Cu cât muschii vor fi mai subțiri, cu atât ruperea se face mai aproape de inserțiunea inferioară a tendonului. Ast-fel avem: Marele palmar, micul palmar, și plantarul subțire.

II) Cu cât muschiul e mai gros și lung, cu atât ruperea se face dincolo de partea mijlocie; prin urmare, depărtându-se de tendonul inferior.

III) Mușchii groși și puternici se rup la partea lor de mijloc, aproape în sens transversal, presentând aspectul dințat. Ast-fel, avem bicepsul brachial, gemenii, semimembranosul etc.

Figura 59 reprezintă exact această rupere, luată dupe natură.

IV) Mușchii lungi și subțiri, se rup dincolo de partea mijlocie și anume foarte aproape de inserțiunea superioară a tendonului. Ast-fel avem: cuturierul, dreptul intern, gambierul anterior.

Daū în fig. 60 un model de o asemenea rupere în fășii.

V) Absolut nici într'un cas, n'am putut constata deslipire francă a tendonului de mnschi.

VI) Un fapt foarte important ce am tras din aceste experiențe este, că muschii fiind cu totul isolați de congenerii lor, se rup mult mai ușor de cât în cazul când conexiunea nu e distrusă.

Etă câte-va exemple :

Tricepsul brachial izolat, s'a rupt la 40 kilogr; pe când nedeslipit, a resistat dincolo de 90 kilogr.

Bicepsul umeral desinserat, s'a rupt la 40 kilog.; iar nedeslipit, la 60 kilog etc. etc.

Muschii gemeni desinserați și trăgând de tendonul lui Achil,



Fig. 59.

Tip de rupere musculară dintată (mesomioschismă) Bicepsul umeral drept, rupt la 45 kilg. fiind izolat de congenerii săi (Originală).

Esperiente făcute la Institutul de Chirurgie.



Fig. 60.

Tip ce reprezintă o rupere musculară în fâșie sau prin deslipire, în terțul superior (ipermioschismă). Cutierul drept rupt la 50 kgr., tracțiunea făcându-se pe tendonul labei gâștei.

Fig. originală. Experiente făcute la Institutul de chirurgie.

s'au rupt la partea mijlocie la 130 kilo. Aceiași mușchi nedeslipiți, au resistat la o tracțiune de 200 kilo, fără a se rupe.

Tóte aceste fapte, ce se vor vedea mai bine în micul tablou ce urmăzează, probéază că ruperile musculare nu se produc ușor, afară numai în casuri de surprisă, când adică un mușchi rămâne isolat de concursul congenerilor săi.

Ca ultimă conclusie pot stabili, întrebuițând dacă 'mi e permis următorul neologism de *mioschismă* (din  $\mu\upsilon\sigma$  mușchi și  $\sigma\chi\eta\sigma\mu\alpha$  diviziune), și voi zice:

VII) Avem trei varietăți de mioschisme: inferioare, medii, și superioare: *ipomioschismă*, *meosomioschismă*, și *ipermioschismă*?!; stând în legătură cu subțiimea, grosimea și lungimea muschiului.

Eată tabloul experiențelor menționate.

# TABLOU

de experiențele ce am făcut la Institutul de chirurgie, pentru a demonstra rezistența ce fie-care mușchiu oferă la rupere prin tracțiune, după cum puterea se exercită asupra mușchiului deslipit de congenerii săi, sau fiind lăsat în loc, nedeslipindu-se de cei-alți mușchi și părțile ce-l înconjoară. Tracțiunea s'a făcut cu muștele, începând întâi pe latura dreaptă a corpului, apoi pe cea stângă.

## MUȘCHI ISOLAȚI

*Bicepsul umeral* s'a rupt la 45 kilogr. în porțiunea cărnoasă, cu 10 ctm. d'asupra tendonului inferior.

*Marele palmar* s'a rupt la 15 kilg. d'asupra tendonului inferior.

*Micul palmar* s'a rupt prin simpla tracțiune cu mâna, d'asupra tendonului inferior.

*Flexorul superficial* isolat și luat în bloc, s'a rupt la 55 kilogr. în porțiunea cărnoasă cea mai superioară aprópe de epitroclee, la o distanță de 20 cm. de tendon.

*Flexorul profund* la 45 kilogr. în terțul superior.

*Tricepsul umeral* s'a rupt la 40 kilogr. în terțul superior.

*Mușchii labei gâstei* fiind separați și trăgând de tendonul lor comun, *dreptul intern* s'a rupt la 50 kilogr. la partea cea mai superioară; cuturierul aprópe de spina iliacă; iar *semitendinosul* la partea de mijloc, ambii la 60 kilogr.

*Dreptul anterior* al còpsei s'a rupt la 40 kilogr. către terțul superior lăsând o fâșie lungă de 12 cm. și subțire.

## MUȘCHI NEISOLAȚI

*Bicepsul umeral* s'a rupt la 60 kilogr. iarăși în porțiunea cărnoasă și mai sus ca în cazul precedent.

*Marele palmar* s'a rupt la 40 kilogr. în porțiunea cărnoasă.

*Micul palmar* s'a rupt iar cu mâna.

*Flexorul superficial* s'a rupt la 73 kilogr. iarăși în porțiunea superioară.

*Flexorul profund* la 50 kilogr. aprópe de inserțiunea tendinoasă superioară.

*Tricepsul umeral* a resistat până la 90 kilogr. fără să se rupă.

*Mușchii labei gâstei* neisolați au resistat la 65 kilogr. fără ca nici unul să se rupă; când, trăgând mai departe, s'a desinserat întréga labă luând cu dinsa periostul tibiei pe o întindere de 6 c. m. și fără ca nimic să se rupă.

*Dreptul anterior* al còpsei nu s'a rupt de cât la 95 kilogr. la același nivel și în aceeași formă.

*Semimembranosul* s'a rupt ia 60 kilogr. porțiunea de mijloc.

*Dreptul anterior* al abdomenului s'a rupt printr'o simplă tracțiune cu degetul, la partea inferiără.

*Gambierul anterior* s'a rupt la 48 kilogr. la extremitatea cea mai superiără.

*Mușchii gemeni* și solearul s'au rupt trăgând de tendonul lui Achile la 130 kilogr., in partea de mijloc.

*Plantarul subțire* s'ă rupt cu mâna imediat d'asupra tendonului.

*Semimembranosul* s'a rupt la 75 kil. iarăși in porțiunea cărnosă, dar inferiără.

*Dreptul anterior* al abdomenului, ridicându-se numai pielea ce-l acopere, și trăgând de dinsul, s'a rupt la 54 kil. la inserțiunea tendinosă pe pubis.

*Gambierul anterior* s'a rupt la 50 kilogr.

*Aciași mușchi.* S'a lăsat in loc pielea nefăcând de cât o simplă incisiune pe tendonul lui Achil pentru a introduce cărligul de la mufe; s'a tras până la 200 kil. fără ca nimic să se rupă. S'a desinserat însă tendonul lui Achil, luând cu el o largă suprafață din periostul de pe călcâiu.

Ruperile musculare pot fi superficiale, complete, incomplete sau marginale; simple, or complicate de rupere de aponevrose, vase, nervi etc.

Depărtarea buzelor stă in raport cu contracția musculară, iar între ele se pôte observa un extravasat de sânge, până la formarea unui ematom, ce a dat loc la erori de diagnostic.

Larrey, citat de Follin, a găsit într'un cas de ruptură a marelui drept al abdomenului, o masă de sânge négră și coagulată; iar Richardson dă un cas analog in ruperea marelui drept al abdomenului, complicată de ruperea arterei epigastrice, unde a găsit un kilogram de coagulul sanguin, așezați între capetele muschiului rupt.

Reunirea in general se face printr'un țesut fibros, când bonturile sunt prea mult depărtate.

In acest cas cicatrița, de ordinar e mai strimptă ca lărgimea rupe-rei primitive, putând une ori a nu fi reprezentată de cât printr'o simplă bandeletă lineară și chiar imperceptibilă; iar alte dăți nu ocupă de cât o parte din grosimea muschiului. In fine alte dăți, cicatricea, pe lângă că nu e completă, are o lungime colosală, așa că prin lungimea și subțimea sea, nu servă aprópe la nimic.





Fig. 61.

Model de cicatrice musculară, mult mai subțire ca grosimea mușchiului secționat, dar foarte lungă.

Fig. 61 dată de Faraboeuf și reprodusă de Lejars, în Duplay și Reclus, reprezintă o cicatrice lungă de 10 c.m. dar foarte îngustă și subțire.

**SIMPTOME.** Cel mai constant din toate, e durerea, numită de Gubler *cinesialgie*, atribuită, de dinsul său la o rupere, sau la o contracție violentă, ce pune mușchiul în stare de tetanizare (în limba vulgară—cârcei). În orice caz, această durere uneori e așa de violentă, că face pe bolnav să țipe și să cadă jos; ca în ruperea plantarului subțire, numită *coup de fouet*, după senzația de lovitură de bici simțită de pacient. Consecutiv, avem impotența funcțională a membrului și inerția musculară.

Local avem: *echimosa* sau chiar bosă sanguină, în raport cu întinderea rupturii și participarea la rupere a aponevrozei; *depresiunea musculară* (encoche) în nivelul rupturii, precum și *tumora musculară* rezultată din contracțiunea mușchiului, tumoră care prin volumul și consistența sa môle, s'a putut impune după

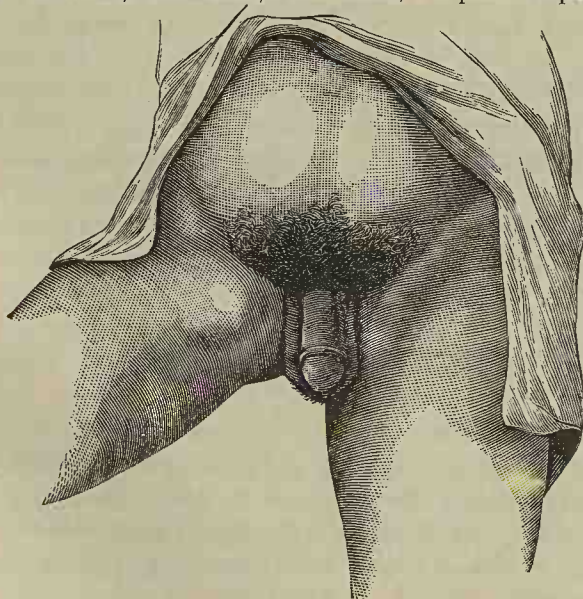


Fig- 62

Ruperea mușchiului mediu adductor

Virchow drept chist, într'un cas de rupere a bicepsului umeral. Fig. 62 luată din Poulet și Bousquot, ne dă o idee de aspectul ce'l oferă o rupere musculară.

**COMPLICAȚIUNI.** În afară de unele *emoragii* foarte mari, ca în casuri de ruperea arterei epigastrice de exemplu, avem posibilitatea de *supurație* mai ales a psoasului, a tendonului lui Achil, a bicepsului etc. Dupe Charcot și Couillaud, multe flegmone a cavității lui Retzius, de o etiologie vagă, își au origina în ruperi parțiale a marelui drept abdominal, cu infiltrație sanguină în cavitatea pelvienă, și acesta în urma unui traumatism al pereților abdominali. Iarăși trebuie să menționăm peritonitele și erniile abdominale în casuri de ruperi largi și întinse a muschilor acestei regiuni.

**PROGNOSTICUL** decî va depinde de toate aceste complicațiuni.

**DIAGNOSTICUL.** Se va baza pe antecedente și se va deosebi de durerile reumatice ce nu sunt localizate; de nevralgii ce au puncte dureroase în anumite părți, precum și de entorse al căror sediū e în dreptul articulației.

În ruperile tendinoase, nu avem nici acel mare epanșament sanguin, nici umflăturile musculare provenite din rețracția muschiului rupt.

Ematomul muschiular, ce une-orî s'a impus drept tumoră osoasă, exostoasă, osteomă și mai ales sarcomă, se va diagnostica prin conexiunile sale, mișcări musculare de lateralitate, și fixitatea sea în timpul contracțiunei musculare.

**TRATAMENTUL.** Repaos, atitudine convenabile, ușor masagiū și combaterea durerilor. În cas de supurație sau chiar ematom voluminos, vom deschide; și dacă e posibil, vom sutura capetele muschiului rupt.

## HERNILE MUSCULARE

Dupe cum numele indică, se înțelege o tumoră formată de o porțiune de mușchi, eșită din învâlișul său aponevrotic. Se numește *hernie musculară adevărată*, când mușchiul a eșit prin aponevrosă cu totul intactă; pe când *pseudo-hernia*, este atunci când mușchiul a eșit afară, prin aponevrosă prealabil ruptă sau uzată.

Hernia musculară adevărată, a dat naștere la o mulțime de discuțiuni, și a fost contestată mai ales de Farabeuf și Jeannel, bazându-se pe faptul că mușchii, or care ar fi gradul lor de contracțiune, nu sunt capabili de a umple téca aponevrotică, și cu atât mai puțin de a o rupe. În adevăr, dupe teoria cea veche, lucrurile se petreceau ast-fel: în momentul unei contracțiuni bruște și intensă, corpul cărnos al muschiului întindea cu putere aponevroasa, pe care rupându-o, dinsul eșia afară prin această deschidere.

Astăzi zic, acest lucru nu se admite, ci se susține în special de Jeannel, că hernia primitivă e imposibilă, și că tot-d'auna e vorba de o pseudo-hernie: ruperea musculară producându-se în același timp cu cea aponevrotică. Cu toate acestea, fapte indiscutabile de hernie adevărată există, și pe cari le rezumăm din Duplay și Reclus.

E vorba de un cas al lui Bérard, unde se găsea o tumoră de mărimea unui ou mic, așezată la partea supero-internă a cõpsei, ce fusese luată drept lipom. Se descopere însă o deschidere în aponevroasa fascialată; se mărește incisia, dar tumora dispare, fiind vorba de o porțiune a muschiului prim-adductor, care intrase prin acea deschidere aponevrotică.

Un alt cas este al lui Larger, unde era vorba de o hernie a gambierului anterior, hernie ce dispărea în mod manifest în timpul contracțiunei, pentru a reapare în cel de relaxare.

În fine Guinard, prin experiențele sale pe animale, a stabilit că mușchii largi și aderenți de aponevroasă, nu sunt susceptibili la hernie, pe când cei lungi și neaderenți, ca semi-membranosul de exemplu, or cuturierul, pot produce adevărata hernie.

Cât privesce ruperea aponevrosei, se admite că acesta nu se face în mod brusc, ci printr'o usură lentă și progresivă, determinată în urma deselor frecări, provocate de contracțiuni musculare. Fapțul acesta a fost deja indicat de Dupuytren și Follin, și se observă în special la călăreți, la muncitori, la înotători etc.; mai putem agăoga influența sifilisului și a reumatismului.

**SIMPOMELE.** În pseudo-hernii, avem o durere bruscă sincopală, comparată de autori cu o descărcare de pistol, și imediat urmată de formarea unei tumori móle, reductibilă în totalitate sau în parte, când prin explorațiune digitală, putem descoperi orificiul aponevrotic, în care putem introduce chiar degetul.

Echimosele și impotența funcțională vor fi în raport cu întinderea leziunii și a ruperei musculare.

Adevăratele hernii musculare, adică cele spontanate și venind în urma unei usurii lente aponevrotice, apar în mod mai insidios, fără a se însoți de nici un simton alarmant, și în general nu aduc nici o vătămare individului. Tumora ce formeză, apare sau dispare după cum membrul va fi în extensie sau în flexiune, și după cum vom da diferite mișcări de abducție sau adducție, lucru de care tot-d'auna trebuie să usăm, căci numai din conexiunea tumorii cu aceste diferite mișcări, putem face diagnosticul diferențial cu diferite alte tumori ale tecei aponevrotice, sau acelea așezate d'asupra or dedesubtul său, ca lipóme, fibróme, chiști hidaticí, chiști seroși, nevróme, varice etc. etc.

**TRATAMENTUL** va fi în general paliativ, căutând prin bandage să ne opunem la progresarea herniei.

Casurile de cură radicală, constând în închiderea orificiului aponevrotic, ni se oferă mai rar, și nu se justifică de cât pentru anume regiuni și în circumstanțe determinate. (Dureri mari, impotență funcțională etc.)

Cu toate acestea, un autor german, Gies (1886), citat de Fergue și Reclus, a obținut un succes netăgăduit de vindecare a unei hernii a marelui adductor la partea supero-internă a cóspei. Printr'o incisie de 12 c.m. descopere muschiul herniat, pe care îl rezecă în nivelul aponevrosei; inelul aponevrotic a fost avivat și suturat cu cat grit, iar tegumentele cusute cu mătase. Dupe 21 zile bolnavul era complet vindecat.

## § II

# LEZIUNI INFLAMATORII

---

## DESPRE MIOSITE

Am arătat că diferitele plăgi și contuzii musculare, ba încă și chiar ruperele acestui organ, foarte adesea se repară de ele înșăși, fără a da naștere la nici un fenomen inflamator, ast-fel, că miositele traumatice sunt în general rari, și nu se dezvoltă de cât în cazuri de infecțiune a plăgei saū în urma diferitelor diatese. Nu este tot ast-fel cu miositele spontanate saū primitive admise de Velpeau, și atribuite unei acțiuni a frigului, care după noi se esplică prin suprimarea substanțelor excrementiale, dacă ne este permisă espresia, ce se află în țesutul muscular, fiind vorba cu alte cuvinte de o auto-intoxicațiune, cel puțin locală. și credem cu atât mai mult în acésta, cu cât pielea ce acopere muschiul inflammat este uscată și aspră.

Se mai admite încă o miosită spontanată, dar funcțională, ce apare pe indiviși cu profesiuni laborioase: precum sunt fierarii, lopătarii, călăreții, escursionisții pe munți etc. etc., la cari, în urma unor oboseli prelungite, muschii se pot inflama.

După un autor Roth, la nisce asemenea indivizi, muschii sunt predispuși la inflamație, printr'o degenerațiune granulo-gresosă a fibrelor sale, în urma escesului de travaliu fiziologic.

Lucrul este posibil, cu tóte-că dupe noi, nu se cam confirmă cu dezvoltarea musculară ce constituie forța athletică a gimnasticilor și ridicătorilor de greutate.

Credem și aci împreună cu alți autori, că inflamațiunea este

produsă de ruperea unor fibre musculare, și extravasarea sanguină, determinată în timpul unor contracțiuni brusce sau necalulate.

În afară de aceste cazuri, miositele spontane sunt sub influența unei stări generale a individului, și în special a febrei infecțioase.

Cât pentru miosita prin contiguitate, adică aceia ce se observă când împrejurul muchiului se află o altă inflamație, această se consideră mai mult ca o limfangită profundă și interstițială, sau inflamația flegmonosă a tecei de învăliș a muschiului, numită perimiosită (Ollier), de cât o inflamație proprie a fibrei musculare.

Dar ori cum ar fi, miosita o dată declarată, ni se prezintă cu tot cortegiul simptomatic or cărei inflamațiuni, dintre cari vom menționa pe următoarele:

1) O durere fixă lăncinantă, sau sfâșietore, ce se mărește prin presiune sau în timpul contracțiunei. Bolnavul prin instinct caută a-și relaxa muschii, pentru a micșora durerea; de aci diferite atitudini vițioase, pe cari le observăm în inclinațiunea laterală sau anterioră a capului, în flexiunea gambei pe cōpsă și a aceștia pe basin; în adducțiunea și flexiunea brațului etc. etc., atitudini determinate de inflamația muschiului sterno-cleido-mastoidian, a psoasului și a bicepsului, atitudini, cari dacă bóla durează mai multă vreme, adesea devin permanente, grație unei stări de contracturi, de care muschii rămân copleșiți.

2) Iarăși un semn propriu miositei, este tumora formată de muschi, tumoră care ia forma și dispozițiunea cunoscută a organelui.

Acastă tumoră ne oferă la palpație o tărie lignosă, (Velpau) pe care o simțim în tótă întinderea sa, formând o placă grosă, putându-se lesne circumscrie, și arătându-i-se conexiunile sale cu muschiul.

Când bóla este să se termine prin rezoluție, tóte fenomenele generale ca și cele locale, încep gradat a se micșora până la disparițiunea complectă; iar alte ori, miosita póte să trecă în stare fibrósă, sclerosându-se și făcând prin retractia sa, ca atitudinile vicioase arătate mai sus, să devie permanente.

Dar alte dăți, miosita póte să trecă în stare de supurație, când fenomenul ni se anunță prin ascensiuni termice vespereale

și ramolirea tumorei locale până la fluctuație abcesul fiind deja colectat, abces care după observațiunea lui Velpeau, se realizează mult mai târziu ca în or ce altă inflamație, precum și cicatrizarea sa, care cere 2 luni și m î bine.

Acest abces de formă circumscrisă este relativ benign, căci după observațiunile lui Hayem, nu se cunoște încă o terminațiune fatală.

**DIAGNOSTICUL** în general este ușor, deosebindu-se de flegmonul ordinar prin tăria sa lemnosă, prin tumefacția și durerile ce însoțesc orî-ce mișcare musculară.

Cât pentru gomele subcutanate, atît sediul cât și întinderea tumorei, ca și conținutul său filamentos și galben, îl deosebesce de abcesul muscular, al cărui puroi amestecat cu sânge, pôte să conție și fibre de mușchi.

**TRATAMENTUL** în periôda inflamatorie va fi antiflogistic însoțit de repaos; iar cînd abcesul este declarat, vom interveni în mod chirurgical.

## MIOSITA FLEGMONOASĂ DIFUSA

Este forma cea mai gravă de inflamațiuni musculare. Dênsa pôte să fie consecința unei miosite ordinare; dar în general este apanagiul ômenilor diatesici și cașectici, și în special este considerată ca provenind din acțiunea unui agent cu totul septic, ceia ce a și făcut pe Nicaisse să o numescă miosită infecțioasă; și se credea că este de aceeași natură ca și osteo-mielita acută (Krause).

**SIMPTOMELE** sunt așa de alarmante, în cât fôrte adesea s'a luat drept febră tifoidă, reumatism generalizat, confundându-se chiar cu morva și farcinul.

Adevêrul este, că fenomenele sale ataxo-adinamice, prostrația, ascensiunile termice și frisoanele, fac atît pe bolnav cât și pe medic să nu dea atențiune fenomenelor locale, cari sunt de minimă importanță în raport cu cele generale, și cari de multe ori luând forma supra-acută, ridică viața bolnavului chiar în câte-va zile. În forma acută însă, putem printr'un examen minuțios, să descoperim leșiunea locală, care ni se va presenta sub forma unei inflamațiuni difuze, ce repede trece în stare de supurație. Puroiul se desvoltă în cantități enorme; se infiltră printre fi-

brele musculare, și altereză întregul organ, dissociindu-i elementele și fragmentându-i fibrele ast-fel în cât prin presiune, zice Nicaisse, iese puroiul întocmai ca dintr'un burete.

Intréga masă musculară este de o colóre cenușie, murdară, ramolită, friabilă și cu degenerescență granulósă.

Se observă mai ales în mușchiul marele pectoral, deltoidul, tricepsul brachial, bicepsul, psoasul, mușchii posteriori ai gambei, tricepsul femoral, adductorii și marele denteleu. De și adesea mortală, bóla însă se póte une-orî vindeca, pe socoteala unei reparațiuni fórte lente.

## II. MIOSITELE CRONICE

Se presentă sub două tipuri: *miosita sclerosă* parțială, ce nu afecteză de cât un singur mușchiu, ca sternocleido-mastoidienul, sau cel mult un grup muscular aflat în jurul articulațiilor atinse de reumatism cronic sau luxații vechi nereduse, și cari dau atitudinî viciose și permanente: ca în torticolis, ankilose și picior bont. Volkmann a arătat un cas, coincidând cu un elefantiasis. Se mai observă în urma unor vechi focare inflamatorii, a chistelor idatice, corpî străini, gome intra-musculare etc.

Leziunea, a cărei istorie e încă incompletă, constă din punctul de vedere clinic, într'o atrofie a substanței cărnoase, o îndurație a mușchiului care devenit sclerosat, își perde or ce putere retractilă.

Al doilea tip mult mai important e *miosita osifiantă*, ce presentă și dinsa două forme: *parțială* sau *circumscrisă*, numită, încă *ciroză musculară*, și al II-lea, *progresivă* sau *generalisată*.

Prima se caracterisă prin osificarea parțială sau totală a unui mușchiu, desvoltându-se în jurul fracturelor, a unui cal exuberant, în artrilele uscate ale umărului și cõpsei, la ataxici (Hayem) etc. După autorii germani, ar exista osificațiuni musculare profesionale, ca la călăreți sau infanteriști, la cari mușchii gambei și deloidul, sunt sediul unor adevărate osteome musculare, și pot deveni punctul de plecare a unei incapacități de serviciu, prin volumul, gena și une orî durerile ce provócă. Acesta constitue ca într'un cas a lui Thiriari, o indicație a recurge la ablațiunea tumorei

Leziunea ar consta în desvoltarea unui țesut osos propriu zis,



de o țesătură însă mai puțin regulată, și al cărui sediū este în țesutul conjunctiv intersticial, determinând o atrofie complectă a fibrelor musculare.

Forma însă cea mai gravă e al II-lea tip, numit miosită *osifiantă progresivă și generalisată*, bôlă observată pentru prima ôră în mod complect de Rodgers din New-York în 1833, și studiată mai în detaliū în Germania de Kümmel în 1883, de Pinter și Münchmayer (1869).

Patogenia acestei afecțiunii cu totul bizară, este încă neresolvată: etatea precoce (Kümmel) adolescența (Pinter) congenialitatea, traumatismele, predispoziția ereditară, numită de Virchow diateza osifiantă, tendința parenhimului muscular la osificație, iar după alții aceia a țesutului conjunctiv intra și peri-muscular, până și intervențiunea unei trofonevrose, survenită în urma unei leziuni a nervilor periferici, saū chiar a măduvei—opiniune susținută de Hayem—tôte sunt ipotese, căci nici una nu e confirmată.

Dăm aci o figură de miosită osifiantă, generalisată, luată din serviciul D-lui Prof. Assaky pe când eram medicul său secundar, în 1890, afecțiune ce transformase pe individ într'o adevărată bară de fer, absolut inflexibilă.

Din anamneză, precum și din unele amănunte datorite amicului meu Dr. Manicea, ce ne-a trimes bolnavul, reese că acest individ numit Aba Swartz, și în puterea vârstei (45 ani), de profesie birjar, era renumit în Tulcea ca omul cu forța cea mai herculiană: asvârlea cu cea mai mare ușurință în eslea cailor un sac, plin cu 8 banițe de orz; tot-d'auna făcea rămășaguri cu alții invitându-i la luptă, și tot-d'auna câștiga, căci nimeni nu era în stare a'l trânti!

Intr'o séră, făcând un chef mare, s'a culcat beat afară în aer liber! nóptea s'a pomenit cu gâtul încordat, fața umflată, fâlcile înceștate, precum și cu mușchii brațului contracturați. Dar acésta nu 'l-a silit a sta în pat, și încă a continuat a munci, însă mult mai puțin. După un an, și tot în aceleași condițiuni, a avut un noū atac, când de astă dată aprópe întregul corp s'a osificat în totalitate. Gura ne mai putând-o deschide, i s'aū scos mai mulți dinți spre a se putea hrăni. Tóte articulațiile sunt ankilosate și în absolută imposibilitate a face cea mai mică mișcare, fără a fi ajutat. Stă drept ca un drug de fier, se hrănește de alții, saū mănâncă cu ajutorul unei țevi. Putem adăoga, că o idee

de mișcări articulare există în pumni, degete, în cotul drept, genunchiul și cõpsa stângă, dar cari de sigur nu'i servă absolut la nimic. Organele splachmice sunt normale, pofta de mâncare e conservată. (Fig. 63 și 64).

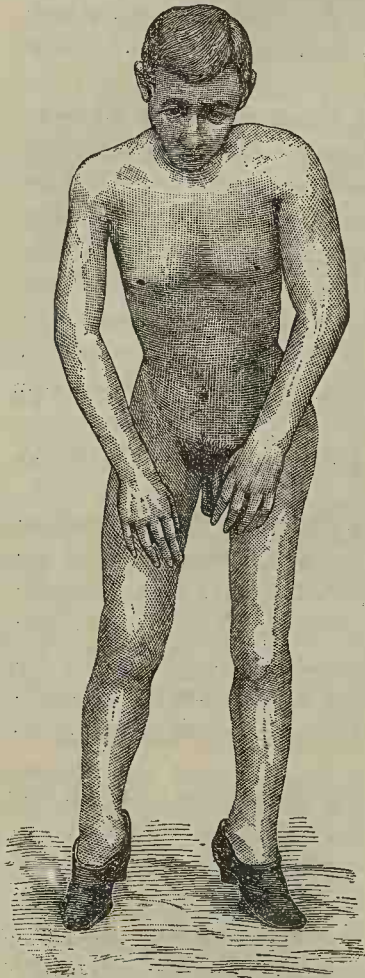


Fig. 63.

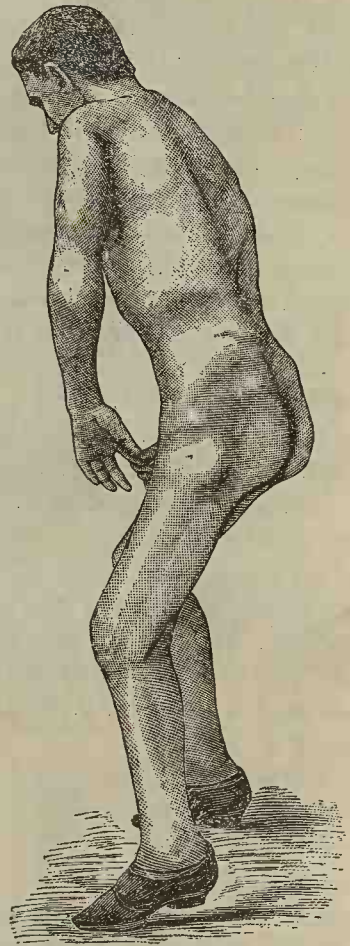


Fig. 64.

Miosită osifiantă generalisată.

Văzut de față.

Văzut de profil.

(Originală)

**SIMPTOME.** Cu totul insidióse, bolnavul pe nesimțite e copleșit de acéstă înțepenélă, care treptat se întinde de la mușchii cefeii și ai colónei vertebrale, până când în definitiv toți mușchii se întăresc, luând consistența osósă, avënd chiar tóte caracterele istologice a țesutului osos.

Este de remarcat, că dintre toți mușchii, numai cordul, limba, diafragma, sfincterile, mușchii laringelui și ai perineului, rămân scutiți, și grație cărora individul încă póte trăi în mijlocul acestui chin, care de ordinar se termină prin inaniție dar mai ales prin complicații pleuro-pulmonare. Chirurgia și medicina nu sunt de nici un folos bolnavului, în casuri când miosita osifiantă e generalisată.

### III. TUBERCULOȘA MUSCULARĂ

Este încă un studiu incomplect. Cu tóte acestea, clinica arată posibilitatea instalării bacilului tuberculosei în țesutul muscular, fie sub forma secundară ca în ulcerațiile limbei și ale anusului, or extensiunea acestor leziuni prin copleșirea psoasului iliac, sau a mușchilor cefeii de artritele tuberculóse; sau chiar în mod primitiv, când bacilul determină în substanța musculară abcese reci sau noduli tuberculoși.

Propagațiunea se crede a se face prin țesutul conjunctiv intrafascicular; dar nu e mai puțin adevărat, că fibra musculară însăși e copleșită și distrusă de acest bacil, care face ca mușchiul să devie palid, atrofiat și infiltrat de un edem dur și gelatiniform.

Ast-fel s'a observat abcese tuberculóse în deltoid; în sternocleido-mastoidien (Virchow și Gosselin) precum și în diferiți alți mușchi.

#### IV. SIFILISUL MUSCHILOR

În regulă generală, în sifilis s'a stabilit diferite etăți, în cari leziunile, se arată în mod treptat pe fie-care organ. Ast-fel, imediat după accidentul primitiv, sifilisul intră în etatea sa cea mai fragedă sau *copilărească*. — dacă ne este permisă espresiunea, — nume confirmat prin faptul, că în acéstă periódă, sifilisul nu se stabilește într'un mod definitiv într'o anumită regiune, ci ca și un copil, întreprinderile sale sunt multiple, variate, și superficiale, așa că dînsul în calitate de sifilis tînăr, copleșesce mucósele, tegumentile esterne, apărînd sub formă de pete sau ulceratiuni cu totul variate, cari une-orî trec repede pentru a reveni sub aceiași formă sau altele cu aspect diferit. Tocmai mai târziu, când dînsul se mai învechește sau mai bine zis atinge etatea mai *adultă*, atunci se stabilește în mod mai permanent, alegîndu-și de locuință organe mai profunde, unde leziunile nu sunt așa disimulate, ci circumscrie, constituind ast-fel leziunile terțiare a organelor splashnice, a organelor mai complexe.

Ast-fel fiind, muschii sunt mai adesea copleșiți în acéstă periódă numită terțiară. — Cu tóte acestea, sifilisul în evoluțiunea sa, suferă óre-cari deviațiuni, de unde resultă că în unele circumstanțe dînsul, de-și tînăr, se adreséză însă direct la organele mai profunde, manifestându-se prin accidente ce sunt mai mult proprii leziunilor terțiare de cât secundare; și în aceste condițiuni, muschii pot fi atinși de acest proces morbid mult mai de timpuriu, adică în periódă sa secundară.

Nu vom descrie tóte formele și consecințele sifilisului secundar asupra muschilor, studiate destul de bine de Fournier în lecțiunile sale clinice. Vom reaminti însă numai în trecăt *slăbiciunea musculară*, care póte să fie împinsă în așa grad, în cât individul la dinamometru să nu arate de cât 9 sau 10 kilgr. și în urma căruí lucru, bolnavii numai sunt capabili de nici o forță musculară, forțându-í pe unii chiar a renunța la profesiunile lor, dacă este vorba de gimnasticí, călăreți etc.

La acéstă slăbiciune, urméză adesea o adevărată *atrofie musculară*, transformând cu totul pe individ, făcându-l necunoscut: căci din gras și bine făcut, devine slab și emaciat, așa în cât

unele dame, zice Fournier, renunță a se mai decolta. În fine a-desea-ori observăm *tremurături musculare*, cari fac pe indiviți incapabili de a mai scri, precum și pe femei de a mai cöse. În adevăr, această stare nu numai că le ridică or ce dexteritate, dar le provocă o *agasare* extremă, îndată ce iaă în mână un ac sau un condei de scris. Dar dintre toate formele de sifilis secundar al mușchilor, două sunt cari aă atras mai mult atențiunea și s'aă studiat mai în deosebă, și acestea sunt: *Miosalgia* și *contracturite musculare*.

I. **MIOSALGIA**. Prin această se înțelege dureri musculare provocate de virusul sifilitic. Caracteristica este, că nu constatăm absolut nimic care să legitimeze aceste dureri, de ore ce nicăiri nu există nici tumefacție, nici atrofie, nici vre-o existență morbidă, nici indurație circumscrisă, și cu atât mai puțin vre-o urmă de reacțiune inflamatorie; și cu toate acestea bolnavul suferă, bolnavul are dureri, în urma cărora membrul său pöte deveni impotent. Sediul durerii este chiar în porțiunea cärnösă a muschiului, mai a-desea într'un punct limitat de cât pe totă suprafața sa. Această durere se exasperază în mișcări; se pöte une-ori calma prin repaus, dar în ori-ce cas, devine mai accentuată în timpul nopței sau chiar în timpul zilei, bolnavul aflându-se în căldura patului.

Miosalgia afectază de ordinar muschiul trapezul, sterno-cleido-mastoidien, masa sacro-lombară, mușchi umöruului, bicepsul umeral, flexorii antebrațului, mușchi posteriori ai gambei, pulpa piciorului, tricepsul femoral, psoasul etc., dând fie-care loc la fenomene anumite ca: torticolis, scapulalgie, lumbago etc., etc.

Se crede chiar după Rollet, că cefalgia nu este alt ceva de cât o miosalgie a muschiului occipito-frontal. Disparițiunea acestor fenomene prin tratamentul specific, a arătat natura lor sifilitică

II) **CONTRACTURA MUSCULARA SIFILITICA**. Această afecțiune bizară în felul său, a atras încă de mult atențiunea autorilor, de ore-ce este menționată chiar de Astruc. Lagneau, citat de Lancereaux, arată în mod clar flegmaziä cronice a mușchilor membrelor, de natură sifilitică, cari determină flexiuni permanente cunoscute sub numele de contracturi. Philippe Boyer declară că a observat două casuri de contracturi produse de sifilis, afectând muschiul bicepsul brachial, și care determinase flexiunea ante brațului. Unul din bolnavi avea o sifilidă ulcerösă pe

frunte, iar altul exostose tibiale, idartrose, periostose, și o coloré terósă a pielii. In fine Ricord, Bouisson și Fournier, au arătat diferite casuri de această natură.

Bóla se stabilește în mod insidios, până când se confirmă printr'o stare de duritate musculară, având resunetul mai ales asupra tendonilor, care devin rigizi, întinși ca o córdă, opunându-se la orice mișcare, sau determinând flexiuni permanente până la adevărate anchilose.

Cu tóte că această stare de contractură se póte observa pe o mulțime de mușchi, mergând chiar după Buisson și Davasse, până la contractura fibrelor musculare ale rectului și esofagului, dând fenomene de stricturi rectale sau esofagiane, totuși, în imensa majoritate a casurilor, sediul de predilecțiune a acestei afecțiuni este bicepsul umeral, al căruia tendon inferior îngroșat, întărit și întins ca o córdă inextensibilă, și făcând relief sub piele, produce o flexiune așa de puternică a antebrațului, în cât prin nici un mijloc nu se póte reduce. Bóla, de și nu este însoțită absolut de nici un fenomen alarmant, totuși deformațiunea membrului nu este mai puțin îngrijitoare. Un cas tip de această afecțiune am văzut în timpul internatului meu, care a cedat în mod complet prin administrarea iodurului de potasium.

Un alt cas iarăși tipic, am observat în serviciul meu de la spitalul Filantropia, pe o femeie care avea o contractură foarte înaintată a mușchiului drept intern, care nu permitea absolut nici o mișcare de abducție a cóspei drepte; prin băi calde și iodur de potasiu bolnava s'a ameliorat, nevoind să stea până la deplina însănătoșire.

Patogenia acestei afecțiuni este încă obscură: nu se póte atribui unei miosalgii simple, din cauza lipsei de dureri la presiune și lăsarea mișcărilor articulare libere, ceia-ce nu există în contractură; același lucru vom zice de ipótesa unei miosite, ale cărei caractere cunoscute deja, aci lipsesc cu totul. Posibilitatea unei nevrite ar fi mai probabilă, dându-se că această afecțiune (contractura), coencide adesea cu forma durerosă a sifilisului, ce se manifestă de la început prin nevralgii, artralgi, miosalgii etc. fapt ce a făcut pe Mauriac să dea acestei forme numele de *mionevropatică*. Dar cu tótă ignoranța patogeniei sale, contractura musculară sifilitică nu rămâne mai puțin stabilită din punctul de vedere clinic, caracterisându-se prin absența totală

de or-ce reacțiune inflamatorie, ca și a ori-cărei leziuni apreciabile din partea articulației, de și se găsește adesea în stare de anchilosă completă.

### SIFILIS TERȚIAR MUSCULAR

Fie că sifilisul n'a fost tratat la timp, fie că de la început luând forma gravă atacă mușchii mai de timpuriu, leziunile sunt aceleași, ca și cum acest organ, în condițiunile obicinuite, ar fi atins în periôda terțiară.

Miosita sifilitică terțiară ni se presintă sub două forme: *Diffusă sau sclerosă*, și *nodulară or gomosă*. Cea difusă, întrevădută deja de Ricord, este caracterisată prin ipertrofia și tumefacțiunea musculară, provenită din depunerea unei materii plastice particulare, ce se așeză în țesutul muscular. La început, această exudațiune se însoțește de nucleii și celule mici, de fibre noi, de țesut conjunctiv în spațurile inter-fibrilare musculare, determinând ast-fel o creștere de volum a mușchiului.

Mai târziu însă, aceste elemente retractându-se, determină anihilarea sau sufocarea fibrelor musculare, a cărei consecință este retractia, sclerosarea, sau chiar depunerea de elemente calcare în grosimea neoplasmului, urmate de calcificațiunea mușchiului. Deci, zice Lancereaux, alterațiune primitivă a tramei fibroze, iar în urmă leziune secundară a elementului muscular, constituie modifi cațiunea anatomică a mușchiului afectat de sifilis. Une-ori și aponevroasa de înveliș se asociază la acest proces patologic, așa în cât dânsa devine aderentă și inseparabilă ca și însuși mușchiul.

Cât pentru miosita gomosă, dânsa nu diferă de cea difusă de cât prin aceia, că infiltrațiunea în loc de a se întinde pe o suprafață mare a mesei musculare, se stabilește în puncte diferite, formând nodosități mai mult sau mai puțin circumscrise, constituind ceia-ce clasicesce se numesc *gome*,

Deci, și într'un cas și în altul, țesutul intersticial se îngroșă, se infiltră de nucleii embrionari, constituind sau o masă difusă, sau porțiuni indurate. In cazul dintâiu, rezultatul este atrofia fibrei musculare și sclerosarea țesutului, mergând chiar până la calcificație sau osificație; iar în al doilea, ramolirea, supurația sau ulcerația gomosă.

Sediul miositei difuze este mai ales în mușchii superficiali și lungi ai membrelor superioare și flexorii antebrațului; cea gomosă se stabilește mai ușor în marele fesier, trapez, sterno-mastoidien, tricepsul crural, și în special pe buză, limbă și vëlul palatin. Limba une-orî presintă o mulțime de noduli în grosimea sa, de mărimea unor alune, în cât s'ar putea numi degenerescență gomosă a limbei, fapt devenit clasic, în urma descripțiunilor lui Clarke și Fournier.

Un singur cas am observat de gomă sifilitică pe limbă, și care s'a resorbit prin Iodol la interior, mergând treptat de la 1—9 grame pe zi (!)

Gomele limbei și ale buzei în general se resorb; celelalte însă se ramolesc, intră în supurație, și adesea aũ fost confundate cu abcese comune. Antecedentele însă și forma ulceratiei ne permite a evita or-ce eróre.

Forma difusă și infiltrată, se va deosebi de reumatismul muscular, prin indurația substanței cărnoase, localizarea la extremitățile muschilor și tendința sea la sclerosă. Lipsa orî-cărei reacțiuni inflamatorii, va depărta or-ce confusiune de flegmone pure saũ de natură limfatică or varicosă; de alt-fel, tratamentul specific adesea lămuresce or-ce îndoială.



### § III.

## TUMORILE MUSCHILOR

---

Acestea sunt de două feluri: lichide și solide. In cele lichide intră ematomele, abcesele reci, chiștiu seroși și chiștiu idatici.

a) Ematomele numite încă de Germani *infarctele emoragice*, provin după cum am văzut, în urma contusiunilor și ruperilor musculare.

Se observă însă une-ori, după cum a arătat Virchow, și în diferite stări discrasice și sub influența bólelor generale, ca emofilia, purpura, scorbutul, febrele exantematice, leucocitemia. Ematomul este supus mersului ordinar al tumorilor sanguine, adică cu timpul partea lichidă se resórbte remâind cea solidă, ce une-ori ia tóte caracterele unui fibrom.

Tot în tumorile sanguine, putem menționa tumorile erectile, saũ angiomele simple or cavernóse, al căror diagnostic, dacă leziunea nu este cu totul superficială, este adesea fórté dificil, dacă nu chiar imposibil.

Același lucru vom zice și de varicele musculare, cari une-ori se desvoltă chiar în venele muschiului, și a căror presentă iarăși nu ne este manifestată, de cât prin concomitența varicelor superficiale.

b) Abcesele reci ale muschilor, relativ sunt rari; totuși se observă une-ori și se recunosc prin desvoltarea lentă și îndolóră. Volumul lor ca o nucă; mobilitatea, stând în raport cu contractiile musculare, ce în momentul contractiei póte chiar dispáre; coexistența de alte leziuni scrofulóse, precum și starea generală a

individului, ne ajută în a le recunoște; ca ultimă resursă, putem uza de puncție exploratrice.

Afară de aceste abcese circonscrise, mai putem observa infiltrațiune difusă de puroiū rece, consecutiv emigrațiunei puroiului în substanța musculară, lucru ce întâlnim nu rare-ori în abcesele prin congestie de natură vertebrală, când psoasul său mușchii cōpsei pot fi copleșiți de difuziunea abcesului rece.

c) *Chistiū muschilor*. Ceī seroși sunt escesiv de rari, așa în cât existența lor este chiar contestată. Nu tot ast-fel este cu ceī idatici, carī fiind de o importanță fōrte mare, vom insista asupra lor.

d) *Chistiū idatici*. Acéstă afecțiune este relativ rară în mușchi; cu tōte acestea, s'a observat încă din 1699 de un medic Bidloo din Rotterdam, în mușchiul trapez, iar în urmă de un chirurg Jannin în 1805, în regiunea lombară dréptă. Observațiunile clinice nu aū întârziat a arăta posibilitatea stabilirei idatidelor în mușchi.

Etiologia și mecanismul e acelaș ca și în chiștiū idatici ai ficatului. Ast-fel, se știe că bóla provine din introducerea în organism a unui verme numit *echinococcus* sau *tenia nana*, ce are proprietatea de a se desvolta în mod complet în intestinele câinelui.

Ultimul din cele trei segmente ce constituie acest verme, conține organele genitale masculine și femele. Aceste segmente numite *cucurbite*, sunt depuse prin dejecțiuni pe legume sau erburī, de unde apoi împreună cu oulele remase în libertate, sunt înghițite de om sau animalele erbivore.

Dar acéstă transmisiune se pōte face și direct, prin contactul ce aū ómenii cu câiniū, a căror buze sau păr, pot fi impregnate cu ouă. Dar or cum ar fi, aceste larve introduse în căile degestive ale omului, dau naștere unui embrion numit *exacant*, din cauza celor șase țepi de carī e prevēzut. (έξ = șase și ακανθος = spin).

La început, și în special Baillet (1858), credea că acest embrion, grație țepelor sale, se introducea în organe prin o adevērată perforație. Azi însă, o asemenea călătorie autonomă și fantesistă, precum zice Lejars, nu se mai admite, demonstrat fiind că vermele intră d'adrechtul în torentul circular, fie prin limfatice, sau mai bine zis chilifere, or prin sistemul venos.

Resultatul e acelaș, căci vermele trebuind să trecă prin capi-

lare, se oprește saū în ficat, saū în plămâni, determinând o adevărată embolie hidatică. Dar acest embrion, tot prin acest mecanism, se pôte opri și în mușchi, organe cari prin vascularitatea lor, ocupă al II-lea rang după ficat; vascularitate care, după experiențele lui Chauveau, devine de cincî orî mai mare în timpul funcționarei sale. Bazat pe acêsta, Marguet a stabilit, că infecțiunea pentru fie-care mușchi, crește în raport direct cu volumul și activitatea sea funcțională; la acestea daca se mai adaogă și influența traumatismelor, ce determină ruperi vasculare și revărsarea de sânge plin cu embrionî, avem totul pentru stabilirea și desvoltarea unui chist idatic.

Și în adevăr, clinica a arătat că mușchiî cei mai groși, mai muncitori, și deci mai expuși traumatismelor, sunt mai des copleșiți de acêstă bolă. Ast-fel avem: bicepsul brachial, pectoraliî, mușchiî spatelui, ai päreșilor abdominali, adductorii cōpsei, până și maseterii și timporaliî. În ceia ce privește sediul chistului, larva la început se stabilește în țesutul conjunctiv intrafascicular; dar luând o desvoltare mai mare, capătă grosimea mușchiului, de unde însă treptat e împins la periferie în urma contracțiilor musculare, până a deveni cu totul superficial și chiar sub aponevrotic.

Influența traumatismului asupra desvoltărei idatidelor este susținută mai de toți autoriî. Deja încă din 1843, un medic Klenke din Braunschweig, citat de Lejars, a făcut experiențe pe 5 animale, cărora după ce le-a injectat în vena crurală lichid conținând ovule de echinococi, a exercitat asupra lor diferite traumatisme; în două rânduri rezultatele au fost pozitive.

Evoluția ulterioară e aceeași ca și în ficat, adică:

I) O pungă externă, formată din o membrană adventice rezultată din condensarea țesutului celulo-conjunctiv devenit fibros, și care după Giraldès, alimenteză tumora.

II) O membrană-mumă germinală saū idatică, formată din lamele concentrice, stratificate, ce se resfrâng la secțiune.

Acêstă membrană, numită încă și fertilă de Robin, dă naștere la vesicule și echinococi, cari născându-se sub formă de muguri sesili, se pediculizează; după ce se umple de lichid, se rupe, și cad sub numele de vesicule fiice în interiorul chistului, putând la rândul lor să producă alte generații. Când însă acêstă

membrană produce numai simple vezicule, fără echinococi, atunci se numește sterilă sau acefalocistă.

III) Lichidul chistic, de aspectul unei spălături de stâncă, de pește sau leșie, conține echinococi sau numai cârlige; tot-d'auna bogat în clorur de sodium; densul însă poate deveni turbure și albuminos, în cazul când idatitele au murit (Gübler).

**SIMPTOME.** Tumori de volum variabil, de la o nucă până la un cap de adult, are un mers cronic și dezvoltare lentă, de și une ori, după o perioadă staționară de mai mulți ani (10—12), de o dată crește repede, mai ales în urma unui traumatism sau oboseli mari, or a unei bóle intercurrente, sau chiar a gravidității. Tumora e de o consistență elastică, fluctuantă, și ne poate une-ori oferi prin explorări apropiate, unul din caracterele patognomonice a afecțiunii, adică fremisementul idatic.

Dintre toate semnele însă cele mai importante sunt: I) că tumora fiind în grosimea mușchiului, urmăzează acest organ în mișcările sale; II), că densa are o consistență foarte môle când mușchiul e în repaus, și III), că devine dură, imobilă sau chiar dispare, când mușchiul intră în contracție.

Cu toate acestea să nu uităm, că chistul idatic, după cum am văzut, une-ori se enuclează din masa musculară, pentru a trece în țesutul conjunctiv sub aponevrotic, sau chiar, în urma uzărei or perforațiunii acestei membrane, să devie cu totul sub-cutanat; or în fine, să nu aibă altă conexiune cu mușchiul de cât prin tendonul său. Acesta constituie forma de chist idatic perimuscular, care trebuie luată în considerație, mai ales la diagnostic.

**PROGNOSTICUL.** Tumora tot-d'auna trebuie extirpată, căci lăsată la mersul său cronic, poate compromite cu totul mușchiul copleșit, ce fiind mereu comprimat, fibrele sale se subțiază, se atrofiază, se disociază până când în fine cade în degenerescența granulo-gresosă, când totul e pierdut.

Dar afară de acesta, tumora poate contracta aderențe cu vase importante, sau să dea naștere la compresiuni nervoase, or în fine să intre în supurație, când puroiul poate să fuzeze provocând devastațiunii întinse.

**DIAGNOSTICUL.** În general greu. Primul lucru e să stabilim dacă tumora este întra sau peri-musculară. Apoi ne vom gândi la toate tumorile musculare ca: ematomul, ernia musculară, abcesele reci, gomele sifilitice, chiști simplii, lipóme, fibróme,

sarcóme etc. etc., lucru la care vom ajunge ținând multă socotélă de antecedente, modul de evoluție, mersul, diateza individului, sediul bólei etc. dându-se că chiști idatici sunt mai frecuenți în mușchii voluminoși ca pectoralii, adductorii, bicepsul, masa sacro-lombară etc. Când e posibil, vom recurge la o punție exploratrice. Iar când dificultatea va fi mare, să nu uităm trecând în revistă toate tumorile, să menționăm și în trecut posibilitatea unui chist idatic, care mai tot-d'a-una se va confirma, cel puțin în timpul operației!

**TRATAMENTUL** va fi exclusiv chirurgical, adresându-se d'adrechtul la extirparea totală a tumorei, metodă deja recomandată de Delpech și Giraldès.

În mușchi se mai pot găsi și *cisticerci*, aparținând la clasa cestozilor (*tenia solium*); dar acești vermi în general nu dau naștere la tumori voluminoase, ci se mărginesc la formarea de mici buzunare, mici chiști în cari se află parazitul. Reproduc după Jannel, din Enciclopedie, următoarea observație a lui Broca: E vorba de un om atins de vermele solitar, și care prezintă un mare număr de tumori de volumul unui bob de mazare sau ca o nucă, luate mai întâi drept sifilitice. Una din aceste tumori încizându-se, s'a descoperit un cisticerc. Mușchii cei mai copleșiți erau pectoralii, mușchii spatelui, ai umerului și bicepsul brachial. Broca a tratat tumorile accesibile prin punție și sdrobire între degete; a operat ast-fel 375 de chiști!?

Cât pentru *trichină*, acesta e cu totul în afară de domeniul chirurgiei.

## NEOPLASMELE MUSCHILOR

Atât tumorile benigne cât și cele maligne se observă foarte rar în mușchi; ultimele mai ales nu au apărut nici o dată în mod primitiv.

Este destul a menționa numai prezența *angiómelor*, cari de un diagnostic cu totul obscur, s'au constatat însă în solear, biceps, triceps etc. fiind însoțite și de angióme ale pielii.

*Lipómele* iarăși foarte rari, totuși se pot observa. Ast-fel e cazul lui Volkmann, Faraboeuf, Reclus etc. arătând lipóme în semi-membranosul cuturier, și bicepsul brachial. Ele sunt câte

o dată simetrice și tot-d'a-una incapsulate, făcându-le foarte ușor de enucleat.

*Fibrómele* sunt chiar contestate, considerându-se drept sarcome, sclerose musculare, consecința unei miosite cronice.

*Enchondrómele*, observate une-ori în mușchii eminenței tenare, sunt iarăși consecința unei miosite osifiante de formă nodulară.

*Sarcomul* excesiv de rar; totuși Volkmann afirmă existența acestei tumori, mai ales la antebraț, cefă, talpa piciorului, cósă etc.

Dar atât sarcomul cât și cancerul, precum și tuberculul, se dezvoltă în mușchi în mod secundar, fie prin calea de propagație, sau prin metastasă; mecanisme asupra cărora nu ne vom opri. Exemplele însă sunt foarte numeroase: Ast-fel avem cancerul buzelor, al limbei, al rectului, al mamelelor etc. unde neoplasmele infiltrându-se între fibrele musculare, ajung de copleşesc și distrug întreaga masă cărnoasă, și represintă tot-d'a-una forma primitivă din care derivă.

## CHESTIONAR

Lesiunile mușchilor. — Contuziuni. — Divisiunea lui Allison în 4 grade. — Caractere. — Plăgile mușchilor. — Divisiune. — Opinii asupra cicatrizării mușchilor.

Rupturile musculare. — Rupturi spontane și prin contracție. — Mecanismul. — Diferite opinii. — Experiențele autorului. — Concluziuni. — Simptome. — Complicațiuni. — Diagnostic.

Herniile musculare. — Definiție. — Hernie adevărată și pseudo-hernie. — Discuțiuni. — Simptome. — Tratament.

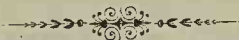
Despre miosite. — Mecanism. — Simptome. — Caractere. — Diagnostic. — Miosita flegmonosă difusă. — Natura sa. — Simptomele. — Evoluțiuni.

Miositele cronice. — Forma sclerósă și osifiantă. — Istorice. — Simptome. — Evoluțiune.

Sifilisul mușchilor. — Diferite forme. — Miosalgia. — Contractura musculară. — Caractere. — Evoluție.

Sifilisul terțiar al mușchilor. — Forma sclerósă și gomósă. — Tumorile mușchilor. — Hematom, abcese, chiști idatici. — Mecanism. — Simptome. — Evoluție. — Diagnostic.

Neoplasmele musculare. — Lipóme, fibróme, sarcóme.



## CAP. VI

# AFECTIUNILE TENDOANELOR

### §. I.

## LEZIUNI TRAUMATICE

I) **CONTUSIUNILE** când sunt simple, nu prezintă nimic de interesant; când se complică de ruperi, atunci tecile și țesuturile vecine, întrec prin importanța lor pe aceia a tendónelor. Totuși, dacă puțină lor vascularitate nu dă naștere la emoragii, sensibilitatea însă e punctul de plecare a unor dureri une-ori persistente și foarte tenace, din cauza număróselor terminațiuni nervóse, atât în grosimea cât și suprafața tendonului. Aceste terminațiuni, unele sémănă cu corpusculii lui Paccini și Krause, iar altele au un aspect fusiform, confundându se prin una din extremități în partea musculară, iar prin cea altă cu fasciculul tendinos.

II) **INȚEPATURILE** de asemenea nu prezintă nici un pericol, afară numai dacă instrumentul a fost împregnat cu o materie septică, iar tendonul provézut de o tēcă sinovială, ce póte fi punctul de plecare al unei imflamațiuni simple or supurată.

### III) **PLAGILE PRIN INSTRUMENT TAETOR**

Sunt cele mai importante, atât prin modul lor de a se cicatriza, cât și prin metodele de intervențiune la cari sunt supuse, și făcute cu scop de a ne opune la or-ce lipsă de cicatrizare, iar prin



ea, la abolițiunea funcțiunei muschiului, dacă ar fi lipsit de continuitatea tendonului său.

Plăgile tendinoase pot fi expuse, ascunse, complete, incomplete, transversale sau oblice, termenii asupra cărora e de prisos a insista.

Când sunt produse în mod accidental, tot-d'auna sunt expuse, și se observă în majoritatea casurilor la pumnă, picior, cot, etc., atingând în general extensorii. Cele neexpuse sau sub cutanate, se fac de unii chirurghi în scop terapeutic, al căror tip îl reprezintă tenotomia, pentru îndreptarea piciorului strâmbe.

Fenomenul principal în plăgile complete a tendonelor, este depărtarea celor două capete, rezultat fatal al contracțiunei muschiului, ce ridică în sus capătul superior, pe când cel inferior sau osos rămâne pe loc. Această retractilitate va fi cu atât mai mare, cu cât forța muschiului va fi mai puternică, fibrele sale mai verticale, iar muschiul provăzut de o tēcă sinovială în care va putea cu înlesnire să alunece. Condițiunile acestea neexistând, și dacă mai ales muschiul nu are o tēcă proprie, atunci retractia devine mai dificilă, căci tendonul va fi oprit în ascensiunea sa de țesutul conjunctiv, sau alte țesuturi ce-l înconjură, și cu cari aderă în mod mai mult sau mai puțin complet. Dar chiar și în cazul existenței unei teci, tendonul încă nu se retractă în mod colosal, precum am fi tentați a crede, de óre-ce anatomia ne arată, că tendonul nu sunt absolut libere în teca lor.

În adevăr, de la păreții interni ai acestor teci, plēcă niște prelungiri celulo-fibróse, numite *meso-tendóne*, și cari fixând tendonul, se opun până la un grad óre-care la retractiunea sa, afară numai când dinsele rupându-se, tendonul ar rămâne cu totul liber.

Faptul acesta, a fost pus în evidență mai ales de Farabeuf, în tesa sa de agregatiune. Se știe că libera mișcare a tendonelor este datorită unei membrane seróse ce 'i căpтуșește de jur împrejur, formând un sac închis și având două foite: una viscerală (?) aplicată pe tendon, și alta parietală, căpтуșind tunelul osteo-fibros ce conține tendonul. Dar foia internă a acestei seróse, interceptază spații libere, prin cari trec vasele de nutrițiune a tendonului, spații ce pórta numele de mezotendóne. Dupe cum acest mezotendon e continuu, sau inter-rupit prin soluții de continuitate, Faraboeuf descrie un mezo-

tendon complet, incomplet și multiplu, reprezentate în Figurile 65, 66, 67, luate din teza lui Faraboeuf și desemnate de D-nu Tatușescu.

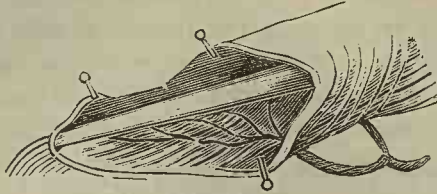


Fig. 65.

Mezo-tendon complet prin care strebate o arteră nutritivă ramificându-se.

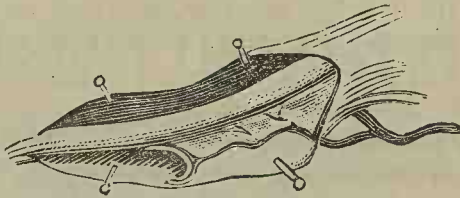


Fig. 66.

Mezo-tendon incomplet, împreună cu artera nutritivă.

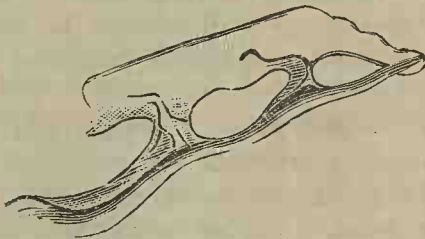


Fig. 67.

Mezo-tendon multiplu.

Aceste mezo-tendóne, pe lângă rolul de fixație a tendonului, are un rol mult mai important adică ca organ de nutrițiune a tendonului, grație vaselor ce conține. Cunoștința acestui lucru e de mare importanță în tratament, ceia ce nu vom întârzia de a arăta, în metoda de vagino-plastie.

Dar să revenim la retractilitatea tendónelor secționare.

Etă câte-va date anatomice ce găsim în articolul lui Lejars, și prin cari ne vom explica diferitele grade de retractilitate.

Dacă secționăm tendónele lungului și scurtului extensor în nivelul policelui, retractiia nu va fi mai mare ca un centimetru, din cauză că muschii sunt așezați într'o teca conjunctivă grosă, plus că lungul extensor aderă cu periostul metacarpian, prin mai multe tracturi fibróse. Secțiunea însă făcându-se la pumn, retractiia va fi de 6 și chiar 10 centimetri, ca într'un cas al lui Czerny, tocmai din cauza lipsei acestor aderențe, tendonul alunecând ușor în teca sea sinovială. Wolter a arătat, că tendonul lui Achil până la 3 centimetri d'asupra inserțiunei sale, trimete o serie de fascicule fibróse, ce se fixéză la partea superiőră a calcaneului; tăiat deci în acest nivel, sa va retracta puțin; pe când secțiunea făcându-se mai sus, retractiia va fi minimum de 4 c. m.

În urma retractiunei, va rămâne un spațiu gol între cele două capete, ce se va ocupa fie de coagulii în urma emoragiilor, fie de înterpunere de alte țesuturi, ce de sigur vor constitui tot atâtea obstacole la cicatrizare. În acest cas, cele două capete se termin prin o ușoră umflătură în formă de nodus sau maciucă; se subțiază or prinde aderențe de piele sau teca ce'i inconjoră, aderențe ce une-ori se rup, iar alte dăți rămân permanente, împedicând sau chiar distrugând funcționarea regulată a muschiului.

## MECANISMUL REUNIREI INTERTENDINOASE

Acesta, după cercetările lui Virchow, Kölliker, Conheim, Cornil și Ranvier, se face pe socotéla dezvoltării unei mari cantități de celule embrionare, provenite nu numai din capetele tendinoase, dar și din téca sea, precum și a țesutului conjunctiv ambiant și peritendinos.

Acéstă proliferațiune embrionară, după ce umple golul dintre extremitățile secționare, celulele devin anguloase, ovalare, se prelungesc, până când în a IX-a ȃi se transformă într'un cordon cenușiú roșetic, subțire la mijloc și prevézut de fibre conjunctive și luminóse.

Către a XV-a ȃi, acest cordon ia cu totul un aspect fibros, dar a cărui transformare complectă, nu se efectuează de cât la 40 ȃi. Calul tendinos ca și cel osos își păstrează aparența cicatricială, rămâind de un albastru închis, iar nu de colórea siefie proprie tendonului normal.

Lucru curios însă, în acéstă teorie cu totul modernă, unii autori susțin că agentul iritant ce contribuie la dezvoltarea țesutului embrionar, ar fi coagulul sanguin. Ast-fel, Pirogoff și Volkmann susțin că emoragia e absolut necesară; și proba ar fi că acolo unde extravasația sanguină lipsește sau e insuficientă, cicatrizarea tendinosă nu se obține!

De aceia Wolter, recomandă să nu împingem prea departe e-mostasa, tocmai spre a favorisa producerea unui coagul.

Acéstă ar veni în sprijinul celei mai vechi teorii, adică a organisării sângelui extravasat, susținută deja de Hunter.

Krauss în 1888, a arătat prin examene microscopice, că primele alterațiuni a capetelor tendinoase secționare, sunt de natură degenerativă, și tocmai mai târziu apar celulele embrionare, prin care se obține regenerarea. Fenomenul acesta îl vom vedea petrecându-se și în secțiunile nervóse,

Faptul important este, că prin el se esplică faptele clinice că reparațiunea funcțiunilor nu se face așa repede precum am dori, și deci nu trebuie să conchidem imediat la un insucces dupe operație.

Am făcut la institutul de chirurgie tenotomii pentru a experi-

menta diferite procedee; două luni aprópe cáinii umblaú târându-se; dupá aceia însá, treptat și-aú reluat funcțiunile normale.

Din experiențele ce am făcut la institutul de chirurgie, am obținut rezultatele urmátóre.

În fig. 68 și fig. 69 desemnate dupé naturá de D. Tatusescu și Vasilescu se reprezintă o cicatrice tendinosá, unde sutura s'a făcut prin procedeele mele, ce voi aráta. Cicatricea s'a ridicat dupé 3 luni, când cáinele mergea destul de bine, dar nu în mod complet normal. Prin piele se simția fórté bine tendonul, oferind un cordon mái gros în locul secționat. Dupé ce am ridicat tendonul, am constatat o cicatrice fórté grósá, în formá de cordon, de o consistență tare, sclerosá.

Practicând secțiuni longitudinale în grosimea sea, am constatat o culóre roșie închisá, semánând cu o infiltrațiune sanguiná, iar prin aspectul general cu o fungositate. N'am găsit absolut nici un fir, de și suturile le-am făcut cu mái multe fire de mătase. Capetele tendónelor se opreaú brusc în nivelul cicatricei, fárá a observa nici o urmă de prelungire tendinosá în cicatrice.

În figurile 70 și 71 desemnate iaráși dupé naturá de D. Vasilescu, am constatat întocmái același lucru. Și aci, cicatricea fiind ridicatá dupé 30 zile de la operație, iaráși n'am găsit absolut nici un fir de mătase saú tendință de prelungire tendinosá.

În acéstá figurá 70 în A, unde tendónele nu aú fost secționate, se vede clar continuitatea lor; pe când în B, tendónele secționate și suturate se opresc în mod net în dreptul cicatricei, întrerupându-se continuitatea.

În fig. 72 și fig. 73 cicatricea e de 15 zile. Nu s'a găsit nici un fir de mătase, din 4 câte fusese puse.

În fine în fig. 74 și fig. 75 se reprezintă cicatricea de 9 zile. Aci s'a găsit un singur fir, de alt-fel fárá nici o tendință la închistare saú rosăturá.

În tóte aceste cicatrice, extremitățile tendónelor se opreaú brusc în nivelul cicatricei, fárá a se observa absolut nici o prelungire într'insa.

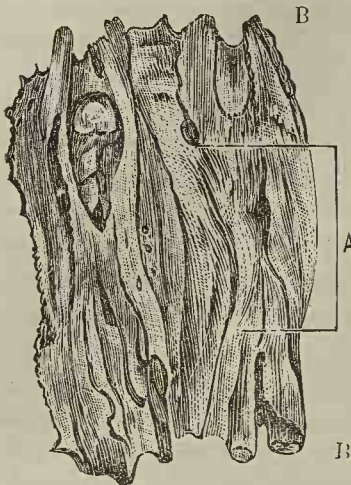


Fig. 68.

Secțiune în fașii longitudinale  
a unui tendon de câine, suturat,  
după 3 luni de la operație.

Mărime naturală. Desemn după  
natură.

A. Tesutul cicatricial.

B. B. Capete de tendon. (o-  
riginală. Experiențe făcute la  
Inst. de chirurgie).

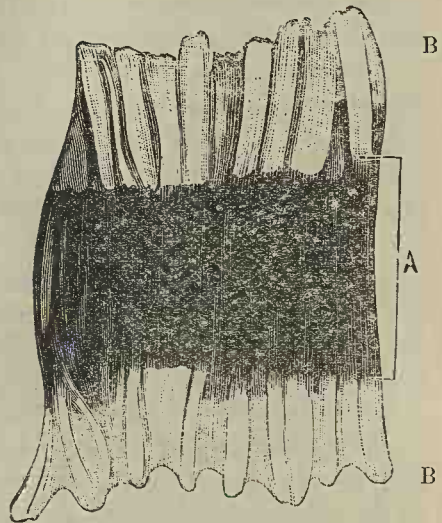


Fig. 69.

Secțiune longitudinală a unui tendon  
suturat, după 3 luni de la operație.

A. Cicatricea.

B. B. Capete de tendon. (originală.  
Exp. Inst. chirurg.)

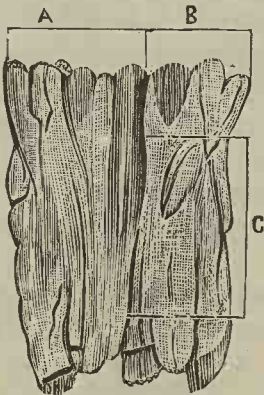


Fig. 70.

Secțiune de tendon su-  
turat, după 30 zile de la o-  
perație. A. Tendon necsec-  
ționat. B. Tendon secțio-  
nat. C. Cicatricea. (origi-  
nală. Exp. Inst. chirurg.)



Fig. 71.

Secțiunea din tendon  
suturat, 30 zile de la o-  
perație, arătând iarăși  
oprirea capetelor fașii-  
lor tendonisose în drep-  
tul cicatricei. (originală  
Exp. Inst. Chir.)

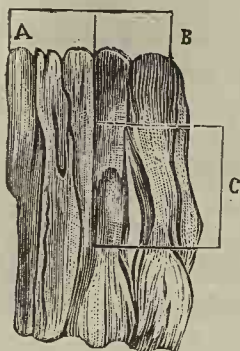


Fig. 72.

Model de cicatrice tendinosă dupe 15 zile de la operație.

A. Fascicul tendinos neseționat.

B. Fascicul tendinos seționat.

C. Tesutul cicatricial fără a poseda prelungiri tendinoase. (orig. Exp. Inst. chirurg.)



Fig. 73.

Tendon ast-fel cum s'a prezentat dupe ablațiune, înconjurat de tesutul cicatricial, 15 zile dupe operație. (originală. Exp. Inst. chirurg.)



Fig. 74.

Tendon nedisecat, dupe 9 zile de la operație. În A se vede firul de mătase. (originală. Exp. Inst. chirurg.)

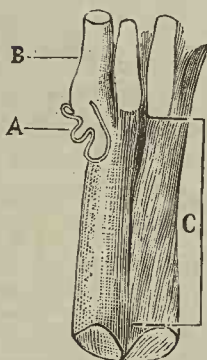


Fig. 75.

Aceiași tendon din fig. 74, dar seționat în lungimea și în grosimea cicatricei.

A. Firul de mătase.

B. Capetele tendónetor.

C. Cicatricea. (originală. Exp. Inst. chirurg.)

Tot ce am arătat în figurile precedente, este rezultatul macroscopic.

Cât privește rezultatul microscopic, acesta îl datoresc amabilității amicului meu prof. Obregia și d. Tatușescu.

Capetele tendónelor secționare sunt depărtate și spațiul între ele e ocupat de un țesut conjunctiv de nouă formațiune.

Limita țesutului tendinos cu aceia a țesutului conjunctiv de nouă formațiune nu este netedă, ci elementele dintr'o parte și alta să pătrund reciproc și confundarea lor se face treptat și pe nesimțite.

Examinând piesele microscopice din tendonul ce suferise mai mult secțiunea și sutura, constatăm că: spațiul dintre cele două capete a tendonului, e ocupat de un țesut cu totul embrionar compus din elemente celulare, ce par a fi un stadiu de evoluție mai înaintat a celulelor embrionare, adică din celule conjunctive fusiforme, vase de nouă formațiune și pe ici pe colo fibre conjunctive, ondulate și dispuse în fascicule.

Elementele celulare, și ele pe unele locuri se dispun longitudinal, părând că au tendințe a se fascicula.

Acest examen se raportază la piesa unde tendonul s'a ridicat după 15 zile.

Piesele însă ce ne provin de la tendóne ce au suferit operația mai de mult, și anume după trei luni, ne arată că tot acest spațiu dintre capetele tendonului secționat e ocupat de un țesut conjunctiv fibrilar, fasciculat. Fibrele sunt ondulate și dispuse ca în tendónele embrionare din cónda șoricelului.

Pe alocurea se constată între două fascicule ce s'au depărtat, câte un cuib de celule embrionare. Celulele conjunctive puriforme sunt dispuse în număr foarte mare între fibrele conjunctive. Vasele de nouă formațiune sunt cu mult mai puține de cât în piesele mai tinere.

Din examenul acestor piese reiese, că regenerarea tendonului nu se face prin proliferarea fibrelor tendinoase și împreunarea lor cap la cap cum se întâmplă cu regenerarea nervilor: țesutul care e destinat să umple golul dintre cele două capete ale tendonului secționat, trebuie să trecă prin toate fazele de evoluție, începând cu aceia de țesut conjunctiv embrionar, și ajungând prin transformări continue la aceia de țesut tendinos.

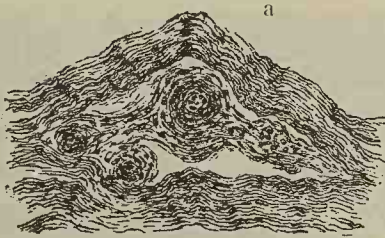
În figurile 76, 77, 78 se pot vedea într-o cât-va toate aceste



faze de evoluție, ce ar fi de sigur mult mai pronunțate, dacă figurile ar fi colorate.

Ar fi încă de dorit un examen de tendon, secționat dupe 2 sau 3 ani de zile de la operație, pentru a se vedea dacă în adevăr tendónele se regeneréză în totalitatea lor. E posibil ca dupe un timp fórte îndelungat, elementele celulare ce forméză cicatricea, să se transforme la urmă în elemente proprii tendinóse. Dar pentru acésta se cere o așteptare mare, ceia-ce ne esplică de sigur, și faptul că animalele își reiaú mersul normal fórte târziu dupe operație. In adevăr, la un câine, de și cicatrisarea era obținută precum arată Fig. 68 și 69, totuși animalul încă schiopăta, și acésta din cauză că cicatricea încă nu se transformase în țesut tendinos.

Cred dar, că regenerarea tendinósă se efectua în mod indirect, adică din transformarea cicatricei însăși în țesut tendinos, iar nu prin copleșirea cicatricei de fibre tendinóse plecate din capetele secționate.



b.  
Fig. 76

Sutura tendonului de 15 zile.  
a. Un vas de nouă formațiune din țesutul cicatricial.  
(Representant în centrul figurei).  
b. Țesut conjunctiv.

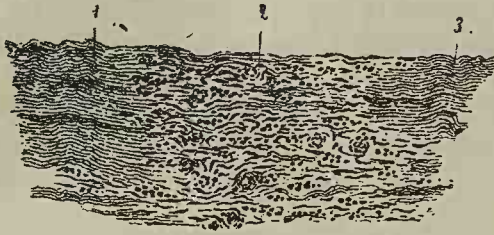


Fig. 77

Sutura tendonului de 15 zile. 1 și 3. Capetele tendonului normal.  
2. Țesut conjunctiv embrionar.



Fig. 78

Sutura tendonului de trei luni  
A. Țesut conjunctiv de nouă formațiune  
B. și B. Capetele tendonului normal.

**SIMPTOME.** Semnele cele mai principale sunt : I. Impotența funcțională, urmată de deformațiunea membrului, ce apare imediat în urma secțiunei complectă a tendonului ; și al II, un gol ce există între capetele tendónelor, stând în raport cu retracțiunea ulterioară.

Acest gol se pôte constata prin piele, fiind vorba de ruperi tendinoase superficiale, când ne dă senzațiunea proprie ori cărei lipse de substanță ; sau chiar cu ochii liberi, plaga fiind deschisă.

Pe lângă acésta, mai putem constata focare emoragice, în raport cu calibrul vaselor divisate, precum și scurgere de sinovie, în cazul când tendonul își are o tēcă proprie. Mai putem adăuga prezența unui trunchiū môle și cãrnos, așezat de-asupra secțiunei, ce nu este alt-ceva de cât însuși partea cãrnosă a mușchiului retractat.

**PROGNOSTICUL** variază după numărul tendónelor secționare, gradul lor de retractilitate, emoragia, diferite complicațiuni inflamatorii, și timpul trecut de la accident—când tendónele nu se mai pot găsi, sau au contractat diferite aderențe cu pielea, or cu țesuturile vecine, etc. etc.

**TRATAMENTUL** constă în asigurarea cicatrಿಸărei prin prima intenție, lucru la care ajungem prin sutura directă a capetelor.

Tenorafia se găsește indicată chiar de către Galien ; apoi de A. Paré și alți autori vechi. Incercările însă erau rari, din cauza complicațiunilor, provenite din lipsa mijlócelor antiseptice.

Cu tóte acestea, Roux a practicat cu succes tenorafia pe mușchii extensori, la un pianist.

Mai târziu, Sedillot, Chassaignac și Jobert de Lamballe contribuira mult pentru tenorafie.

Astăzi chestiunea este rezolvată în mod complect, în persóna lui Le Fort, Duplay, Assaky, Fargin, Glück etc. etc.

Chestiunea în privința intervențiunei se presintă ast-fel : Dacă plaga nu este espusă, iar atitudinea membrului asigură punerea în contact a tendónelor secționare, unii recomandă a nu recurge la tenorafie, ci a menține membrul într'un bandagiū inamovibil, când reparația se obține de la sine. Dar acésta metódă nu este sigură, de óre-ce o afrontare perfectă neputându-se obține, cicatrಿಸarea pôte lipsi.

Este adevărat, că în secțiunea sub-cutanată a tendonului lui

Achil, de și depărtarea capetelor devine mare în urma îndreptării piciorului deformat, totuși reunirea încă se face prin mijlocul unei cicatrice. Dar încă odată, conduita acesta nu ne este permisă, de cât în casuri excepționale, și în special când avem aface cu secțiunea unui tendon de puțină importanță.

Vom căuta deci să recurgem tot-d'a-una la tenorafie. Dar pentru acesta în prima linie, se cere să avem la dispoziție cele două capete.

Mai greu de obținut este capătul superior, pentru care trebuie să recurgem la diferite mijloce ca: cloroformisarea, espresiunea musculară esercitând presiuni de sus în jos pe muschiul retractat (Volkmann); aplicarea bandei lui Esmark, sau învălirea elastică centrifugă a segmentului superior (Bose); apucarea capătului prin pense sau croșete (Nicoladoni) sau în fine diferite debridări sau incisiuni a tecei etc. etc. (Sedillot și Witzel).

În fine, fiind vorba de mai multe tendone secționate, trebuie să căutăm ca fie-care să corespundă la muschiul său; și printre diferitele mijloce de recunoștere, putem recurge la electricitate.

În căutarea capetelor tendinoase, ne mai putem găsi în următoarele împrejurări: fie în urma unei inflamațiuni, a unei supurații, a unei intervențiuni anterioare, sau că lucrurile au fost lăsate mult timp în voia lor etc.; în aceste casuri, capetele tendonelor sunt fusionate în mijlocul unui țesut de cicatrice foarte mare, coplesind în acelaș timp și părțile de prin prejur, formând ast-fel o masă înformă și sclerოსă.

În asemenea împrejurări, neapărat se cere o disecție foarte minuțiosă și adesea imposibil de realizat. Atunci, sau lăsăm operația neterminată, sau dacă cicatricea nu e prea lungă, o rezecăm.

Nicoladoni, pentru a se opune unei retracțiuni ulterioare, fixeză capătul superior al tendonului de piele, și apoi aplică suturi de afrontare or la distanță.

Procedeu lui Madelung, constând în incisiuni largi și denudarea tecei pe o largă întindere, nu o recomandăm, căci predis-pune la sfacelarea tendonului, prin suprimarea vaselor nutritive.

În casuri imposibile, mai lesne putem aproba ideia lui Löbker de a face resecțiunea osului, prin care scurtând lungimea, capetele tendinoase se pot apropia. (?!)

Sutura tendónelor se face în general căutând a pune cap la cap cele două extremități.

Hueter însă, lipește pur și simplu prin o sutură cele două capete în mod lateral, puindu-le în contact prin tecele lor conjunctive sau peritendineum, susținând că această tēcă fiind mai bogată în celule și vase, reunirea se obține mult mai ușor, de cât daca am pune în contact capetele divizate, în general rău hrânite și deci mai susceptibile a se sfacela. In Fig. 79 luată din Löbke, se arată modul cum se face sutura după procedeul lui Hueter.

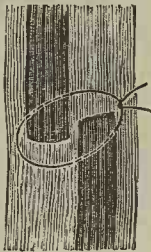


Fig. 79.

Schemă de sutură peritendinosă după procedeul lui Hueter.

Sutura s'a făcut pe rând cu fire de argint, cu cat-gut, mătase, păr de Florența etc. după voința fiecărui autor. Tóte reușesc, cu condiție să fie aseptice.

Doué obstacole însă sunt, cari fac dificil pe de o parte sutura, iar pe de alta menținerea părților coaptate, și anume:

Contrațiunea musculară, și compoziția tendonului din fibre paralele, ceia ce face dificil aplicarea suturilor ordinare. Contra acestui ultim factor mai ales, s'a recurs la mai multe procedee, pe cari le reproducem după Le Dentu, luate din Duplay și Reclus.

Dăm aci câte-va figurî, represeniând 3 procedee de suturi, pe cari le-am experimentat atât pe om, cât și pe cadavre și câini la institutul de chirurgie.

1) Procedeul lui Le Fort constă în a introduce un fir, cu ajutorul acului Reverdin, de dinapoi înainte, străpungând capătul superior: apucăm firul. Infigem apoi tot de dinapoi înainte și tot pe același cap spre a apuca cel alt cap al firului. Străpungem apoi capătul inferior, prin două împunsături de dinainte înapoi, spre a apuca firele remase libere ce forméză ansă și pe cari le scótem afară; tragem de ele și înodăm pe fața anterioră a tendonului inferior, executând afrontarea. Fig. 80.

2) Procedeul lui Wöfler nu diferă de cel precedent, de cât că în loc de o simplă înțepătură avem doué, iar firul se légă pe partea laterală. Fig. 81.

3) Procedeul lui Le Dentu este destinat mai ales pentru ten-

dóne largi și gróse, și constă într'o sutură de siguranță, obținută prin traversarea ambelor capete de la o margine la alta cu un fir ce se lágă pe mǎrgini; apoi punem suturi de afrontare făcute după modul obicinuit, în număr de 2 sau 3, precum arată Figura 82.



Fig. 30.

Sutura tendónelor prin procedeu­l lui Le Fort. Reproducere pe tendonul lui Achil la cadavru (originală).

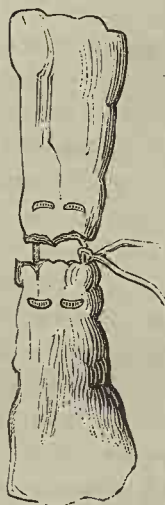


Fig. 81.

Sutura tendónelor prin procedeu­l lui Wölfler. Reproducere pe tendonul lui Achil la cadavru (originală).

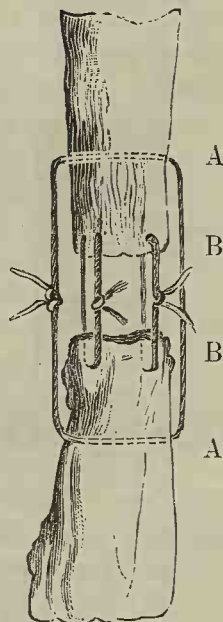


Fig. 82.

Sutura tendónelor prin procedeu­l lui Le Dentu. A. A. Sutura de siguranță. B. B. Sutura de afrontare. Reproducere pe tendonul lui Achil la cadavru (originală).

Subsemnatul, propun la acest ultim procedeu, ca suturile de afrontare, în loc să se facă sub cea de siguranță, să se așeze d'asupra ei, pe capătul superior, și dedesubtul ei pe cel inferior, asigurându-se ast-fel o soliditate mai mare și prevenirea secțiunii tendonului de suturile ordinare, dându-se dispozițiunea fibrelor paralele ale tendonului precum deja am arătat; căci fie

zis în trecăt, nu înțeleg la ce ar servi suturile de siguranță, dacă cele alte suturi de coaptare se fac sub dânsa și cari pot tăia tendonul.

Procedeul meu este reprezentat în Figura 83, pe care l-am experimentat atât pe câini, cât și pe un individ cu secțiunea tendonului extensorului comun al degetelor mâineii.

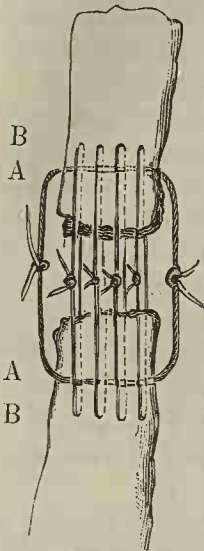


Fig. 83.

Sutura tendónelor.  
Procedeul D-r I. Kiriach.

A. A. Sutura de siguranță.

B. B. Suturi de afrontare (originală).

Acestea sunt procedeele când capetele tendinoase se pot găsi și afronta în același timp, chiar cu risicul unei ușore resecțiunii—în casuri de contuziuni forți și sfacel parțial al tendónelor.

Când însă nu găsim ambele capete, atunci recurgem la anastomosa tendinosă, care constă în a introduce capătul găsit într'unul din tendónele vecine, fie într'o butonieră, sau chiar într'o secțiune a tendonului tăiat în două în grosimea sa, și în sensul longitudinal.

Acesta constituie procedeul Tillaux, Duplay, Schwartz, arătat în Fig. 84.

Când în fine, de și cele două capete sunt găsite, dar depărtarea fiind mare, afrontarea devine imposibilă, atunci recurgem la următoarele două metode: I sutura la distanță și al II grefele tendinoase sau tenoplastii.

I) Sutura la distanță a fost practică pentru prima oară de Benjamin Anger în 1875, dar a fost perfecționată

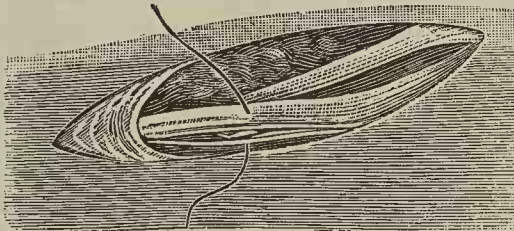


Fig. 84.

Sutura tendónelor prin anastomosă. Procedeul Tillaux, Duplay, Schwartz.

de Glück în 1884 prin interpozițiunea de fire de cat-gut, sub formă de traverse longitudinale, precum și de D-rul Assaky și Fargin, cari s'au servit mai ales de păr de Florența. Aceste bărne ar servi ca nisce adevărați conductori ai travaliului reparator; conductibilitatea e mult mai bine asigurată prin părul de Florența de cât prin cat-gut, ceia ce reese din experiențele doctorului Assaky și Eargin.

II) Grefa tendinósă sau tenoplastia, constă în interpunerea unui segment între cele două capete, fie de un tendon luat de la același individ și din apropiere, sau de la un alt animal.

Primul procedeu se datorește lui Czerny, într'un cas în care, fiind vorba de ruperea tendonului extensor al policelui ce se opunea la afrontare, autorul a secționat în două capătul inferior, în sensul longitudinal și de jos în sus, oprindu-se până la órecare distanță la extremitatea liberă. Atunci, printr'o alta secțiune transversală, aplicată pe punctul unde a început prima secțiune, se taie această bandeletă, care apoi ridicându-se în sus, se suturază cu extremitatea liberă a capătului superior, precum arată Fig. 85.

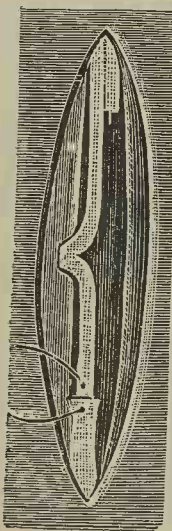


Fig. 85

Model de tenoplastie după procedeu lui Czerny.

Acest procedeu este de sigur foarte ingenios, și se impune mai ales când depărtarea între cele două capete tendinóse e mare. Un lucru însă se opune la aplicarea sa, și anume că bandeleta confecționată, nu ține, ci se dăstrămază, din cauza fibrelor paralele ale tendonului, ast-fel că, la cea mai mică tracțiune se rupe, fapt de alt-fel constatat de însuși Czerny.

Eū, am experimentat acest procedeu pe cadavre, și m'am convins că e absolut imposibil a ajunge la vre-un rezultat, bandeleta rupându-se cu cea mai mare înlesnire.

Am imaginat atunci un alt procedeu, care cred că poate răspunde la toate cerințele. Mai întâi, depărtarea între tendóne fiind prea mare, în loc de a uni extremitățile prin o singură bandeletă, propun a se confecționa câte una pe fie-care capăt al tendonului, iar baza lor se va fixa prin câte un punct de siguranță făcut cu mătase, și trecând prin mijlocul grosimei sale. Cât pentru



extremitățile libere, acestea se vor uni prin puncte, după procedeul ordinar. Prin acest procedeu, tendonul resistă fără a se rupe, chiar în urma unor tracțiuni forți, precum or cine se poate convinge. De alt-fel, am aplicat acest procedeu pe câini, și într'un cas pe om, dându-mi cel mai complet succes.

Schema acestui procedeu, se vede în Fig. 86, și căruia îi dau numele de *tenoplastie dublă locală*.

Al doilea procedeu de tenoplastie animală (Zoo-plastie) constă în interpunerea unui segment tendinos ce se poate lua de la orice animal, nu numai de aceeași specie, dar chiar de specii diferite, după cum au făcut D-rii Assaky și Forgin, transplantând tendone de la păsări la mamifere și vice-versa.

Peyrot în 1886, a aplicat cu succes la om, un segment de tendon luat de la câine, iar Monod în 1887 un tendon de la iepure la om. Esperiențele mai tot d'auna reușesc, cu condiție ca antisepsia să fie riguroasă, și operația să nu fie urmată de inflamație or supurație.

Unii autori, și în special Daniel Molière, basându-se pe o idee deja emisă de Bouvier în 1837, precum și pe a unor alți autori, cari consideră téca tendinosă ca susceptibilă, și chiar singura capabilă de a reproduce cordonul tendinos secționat, asimilându-se astfel, grație prezenței vaselor, cu periostul osului, acest autor zic, a imaginat un alt procedeu numit *Vagino-plastia*.

Acest procedeu constă în aceea, că capetele tendinoase odată deslipite de aderențele lor, se disecă téca tendinosă, și se caută a se forma dintr'insa un canal complet, în care așezându-se cele două capete de tendone, reunirea se poate obține, aplicându-se de-asupra téca reconstituită.

În sfârșit, în casuri imposibile, unii recomandă *sutura tenocutanată* saă cu vre un alt ligament vecin, dar funcțiunile sunt mai limitate dacă nu cu totul nule.

Credem, că armați de principiile antiseptice, precum și de o perseverență rațională, chiar în secțiunile tendinoase vechi, putem

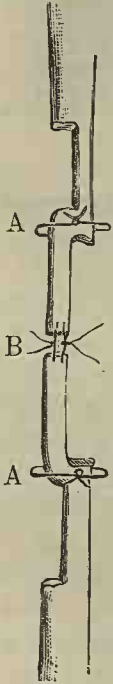


Fig. 86.

Satură tendinosă prin tenoplastie dublă locală. Procedeul Dr. I. Kiriac. A. A. Suturi de siguranță. B. suturi de afrontare. (Originală).

recurge la căutarea capetelor tendinoase, și deci la suturarea saŭ grefarea lor, înlăturând ast-fel diferite aparate protetice recomandate în asemenea casuri. Un singur lucru vom avea în vedere, ca să nu deslipim tendónele pe o întindere prea mare, căci atunci distrugênd vasele nutritive, expunem tendonul la sfacel.

De aceia unii autori ca Madelung etc., recomandă a nu se face de cât o incisie verticală, scurtă și drept în punctul secțiunii tendónelor. Apoi cu un cârlig vom apuca tendonul inferior și îl vom pune în contact cu cel superior.

Se mai recomandă încă, ca incisia să nu fie pe mijlocul tendonului, spre a nu contracta aderențe cu pielea, ci să se facă mai mult pe partea sea laterală.

#### IV. RUPEREA, SMULGEREA ȘI LUXAȚIUNEA TENDOANELOR

Acestea sunt afecțiuni foarte rari.

*Ruperea* póte fi de cauză directă, adică tendonul fiind întins, o lovitură bruscă este aplicată într'un punct óre-care, unde dên-sul se póte rupe. Prin cauză indirectă, este când ruperea urméză unei contractiuni saŭ alungiri forțate a unui mușchi. Atunci în general, ruperea se produce din partea inserțiunii musculare, ceia ce se confundă cu smulgerea.

Noi admitem opinia unor autori, și în special a lui Desprès, că fără o cauză predisposantă, ca diatesa reumatismală, saŭ leziune patologică locală, imprimându-î proprietatea fragilă, ca tenosita cronică etc., un tendon nu se póte rupe.

Esperiențele ce am întreprins pe cadavre 'mi-aŭ arătat o rezistență colosală a tendónelor, cari absolut nici o dată nu s'aŭ putut rupe în corpul propriu zis al lor, ci tot-d'auna am obținut o smulgere la inserțiunea lor cárnósă, saŭ în corpul mușchiului.

Și între alte probe voi da următoarele:

Tricepsul umeral, lăsat pe loc intact cu tóte inserțiunile sale osóse, numai tegumentele fiind ridicate, am introdus un cârlig pe sub tendonul seŭ inferior, și cu muștele am exercitat tracțiunii ce s'aŭ ridicat la dinamometru până la 90 kilo, și cu tóte acestea absolut nici cea mai mică rupere în tendon.

Altă probă încă: Am ridicat tóte părțile moi, disecând numai articulația scapulo-umerală, a cotului și pumnului. Am aplicat pe

mână o córdă, și apoi tracțiunii cu muștele. La 60 kilo, totă partea internă a capsulei umerale s'a rupt; cea externă ca și cele alte articulații au ramas intacte. Am împins tracțiunea până la 160 kilo, și cu toate acestea umărul și cotul au rezistat.

Dar la această forță, pumnul s'a desarticulat, apofisa stiloidă a radiului și cubitului s'a smuls împreună cu capetele tendónelor, și totuși nici un tendon nu s'a găsit rupt în corpul său, toți fiind smulși la inserția lor musculară.

*Etiologia* e aceeași ca în ruperile musculare; simptomele și intervenția ca în plăgile tendónelor.

**LUXAȚIUNEA TENDÓNELOR** e excesiv de rară, din cauză că s'ar cere o forță colosală spre a rupe tecile, și mai ales canalele osteo-fibroase în cari sunt conținute tendónele, în momentul când dinsele se aplică pe extremitățile osoase, locuri anume unde luxația ar fi posibilă.

Dar în urma unei asemenea puteri mari, se produc alte leziuni mult mai importante și grave.

Sediul de predilecție al luxațiilor tendinoase este: lungii peronieri laterali, tibialul posterior, tibialul anterior și lunga porțiune a bicepsului brachial. Semnele, când nu există nici o complicație sunt: un gol în locul ocupat anterior de anumite tendóne, iar pe de alta, prezența lor în locuri neobicinuite, și unde se pot simți alunecând sub degete.

*Inflamația* țesutului propriu al tendonului (*tenosita*) precum și a atmosferei celulare ce'l înconjoară (celulita peritendinosă), astăzi e un fapt bine stabilit de Schwartz, contra unor autori cari negau posibilitatea inflamației tendónelor.

În adevăr, tendónele sunt formate din aglomerațiunea în mănușuri de fibre longitudinale, drepte și paralele între ele, constituind fășii primitive, secundare, terțiare și chiar quaternare, dupe grosimea tendonului. Dar între aceste fibre, și mai ales începând de la cele secundare, există dupe cercetările lui Ranvier, celule tendinoase, țesut conjunctiv, precum și vase fine, deci toate elementele necesari pentru dezvoltarea unei inflamații. Și lucrul în adevăr există, căci în urma ruperilor și a plăgilor, se poate foarte bine dezvolta o tenosită, mergând chiar până la supurație și sfacel, în urma căruia, tendonul se exfoliază, eliminându-se sub forma unor fire multiple și împleticite ca o córdă de păr.

Mai mult încă, origina acestor celule fiind de natură cartila-

ginosă, ne esplică transformățiunea ososă a tendónelor cronic inflamate.

Dar acéstă afecțiune, de și are o existență separată, totuși se confundă cu aceia a tecilor sinoviale de care adesea e inseparabilă, una fiind în raport cu cea altă în legătură de cauză sau efect; de aceia se și confundă cu sinovitele.

Același lucru vom zice de sifilisul și neoplasmele tendónelor, asupra cărora vom reveni la studiul acestor bóle a tecelor sinoviale.

---

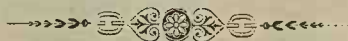
## CHESTIONAR

---

Leziunile tendónelor. Contuziuni, plăgi.

Simptome. Retracția tendónelor. Mecanismul reunirei secțiunilor tendinoase. Diferite opinii.

Tratamentul. Tenorafie. Coaptare directă. Diferite procedee. Procedeele autorului. Suturi la distanță. Grefe tendinoase. Procedeele autorului. Ruperea tendónelor-



## CAP. VII

# AFECTIUNILE TECELOR SINOVIALE

### § I

## LEZIUNI INFLAMATORII

**SINOVITELE**, prin analogie cu cele articulare, se împart în *acute* și *cronice*, având fiecare mai multe tipuri sau forme speciale.

*Sinovita acută* se sub divide în *uscată* și *umedă* sau cu epanșament (vărsare de serositate).

1) **SINOVITA ACUTĂ USCATĂ** are următoarele varietăți:

a) *Sinovita acută uscată congestivă* sau simplu: *sinovită crepitantă*; s'a mai numit încă: *crepitațiune durerosă a tendonelor*, *tenosinovită acută uscată* (Volkman), *tenalgie crepitantă* și în fine aî or *valeu dureros*, dupe strigătul de durere ce manifestă bolnavul în momentul când explorăm.

Opiniunile autorilor de și ôre-cum diverse, totuși prin ele ne putem foarte ușor explica principalul fenomen al bôlei—crepitația.

Dupe Bonnet, e vorba de primul studiu inflamator, adică de o simplă congestie a sinovialei.

Dupe Richet, prin experiențele sale pe animale, leziunea constă în căderea celulelor epiteliale ce căpтуșesc fața internă a seroșei, care ast-fel desquamată și uscată, foile sale se frecă și produce crepitarea.

În fine Michon și Follin atribue fenomenul unei exudațiuni

plastice, ce s'ar produce de o dată cu bóla, exudație care dând naștere la niște neo-membrane fórte fine, prin ruperea lor apare crepitațiunea.

Sinovita crepitantă se desvoltă în special pe fața dorsală a pumnului, în ceî doî radialî; în lungul abductor și scurtul extensor al policelui; pe gâtul piciorului în gambierul anterior; în lungii peronieri laterali, și în fine mai în tóte tecile muschilor extensori.

Causa predisposantă e starea artritică saú reumatismală a individului; iar cea determinată, o forméză diferitele profesiunii ce aduc obosélă musculară, prin o îndelungată funcțiune, precum sunt scriitorii, pianistii, profesorii și elevii în scrimă, gimnastici, un mers îndelungat pe jos, ca în marșuri militare etc. etc., la cari adăogându-se și un timp umed saú ploios, bóla apare cu multă înlesnire.

Simptomele se resuma :

1) În durere, care prin cuvântul *aî* saú *valeñ* constitue deja de la Velpeau, cel mai important semn patognomic.

Acéstă durere este nulă când membru e în repaus; devine însă exasperantă în timpul mișcărilor provocate or spontanate, ceia-ce și împedică pe bolnav de la or-ce ocupațiunii.

2) Crepitația iarăși e ceva cu totul caracteristic bólei, și se asémănă cu senzația ce simțim strivind un bulgăre de zăpadă în mână. Crepitația o pricepem fórte ușor, aplicând mâna pe regiunea bolnavă și executând óre-carî mișcări; acea părăitură fină o dată simțită, nu se mai uită nici odată.

3) Absență de or-ce reacțiune inflamatorie, afară de casuri escepționale, când putem constata o ușoră tumefacție, o bandă puțin roșie, și o sufusiune edematósă în lungul tendonului.

În general, sinovita crepitantă dispore dupe 3—5 zile prin simple aplicațiunii de pomadă mercurială și bandagiú cu vată multă, prin care am obținut tot-d'auna succese, fără să recurg la yesicători saú alte mijlóce mai puternice. Putem iarăși da la interior chinină, antipirină saú salicilat de sodă, știind rolul ce jócă diateza rumatismală.

II. **SINOVITA USCATA PLASTICA** comparată cu pleuresia uscată, se caracterisă prin desvoltarea unei mese embrionare ce umple cavitatea tecei.

Aceste mese organisându-se și transformându-se în neo-

membrane, determină aderențe între cele două foi, câte o dată ușor de distrus, iar alte dați foarte tenace prin grosimea și rezistența lor, suprimând ast-fel cu totul funcționarea muschiului. Acesta se observă mai ales în panarițiile profunde sau flegmónele mâinilor și antebrățului, unde simfisa vaginalo-tendinosă rămâne în afară de orice intervenție, iar deformarea degetelor permanentă și definitivă. Sinovita plastică deci, mai adesea e consecutivă diferitelor flegmasii, dar poate fi consecința unei sinovite crepitante întinsă, când iarăși se însoțește de fenomene inflamatorii locale și chiar o reacție generală.

## I. SINOVITELE UMEDE

1) *Sinovita umedă cu epansament seros* e în totul analogă cu pleuresia seroasă, cu idartrosa sau igroma acută. Se caracterisă prin dezvoltarea unui lichid sero-albuminos, une-orî în mică cantitate, iar alte dați foarte abondent, în cât umple complet teca ce se desemneză foarte clar sub tegumente, ca și cum ar fi injectată.

Acastă sinovită, câte o dată e consecința sinovitei uscate, în care simpla congestiune sau iperemia fiind împinsă mai departe, produce epansamentul menționat; alte dați însă, apare în timpul unui acces de reumatism, de gută, de febre generale ca rușeola, scarlatina, febra tifoidă etc. Dar mai ales se observă în cursul unei blenoragii către declinul său.

Relativ la sinovita blenoragică, unii o consideră ca simplă coincidență, iar alții ca metastasă, mai ales că sinovita fiind prinsă, scurgerea blenoragică dispăre.

Ast-fel Reclus, citéză un cas din serviciul lui Broca, în care o blenoragie a încetat în timpul când teca peronierilor se umflă; iar acest epansament la rândul său a dispărut și el, înlocuindu-se printr'o oftalmie.

Legătura între sinovita seroasă și blenoragie este azi recunoscută de toți autorii; dar natura sea încă nu e demonstrată, de óre-ce nu tot-d'a-una se găsește microbul blenoragiei. De aceia după unii, și în special Guyon, blenoragia constituie o piatră de încercare a organismului, prin care s'ar deștepta u-

nele diateze și în particular cea reumatismală, al cărui răsănet asupra tecelor, e în afară de or ce discuție.

Pe lângă multe casuri ce am observat, și în special de sinovite seroase a tendonului lui Achil, în cursul unei blenoragii de multe ori acută, este și următorul, foarte caracteristic: E vorba de o femeie de care fui chemat înadins spre a o căuta de reumatism. În adevăr, această femeie avea ambii pumni foarte prinși, așa că simula în totul o dublă artrita radio-carpiană. Examinând însă mâi de aproape, am constatat că era vorba de simple tenosinovite plastice. Prin examenul organelor genitale, am constatat că femeia poseda o vaginită blenoragică foarte intensă, complicată de fenomene de metrită și salpingo-ovarită stângă.

Spălături vaginale cu sublimat și aplicațiuni locale cu unguinereum beladonat, pacienta s'a vindecat în 15 zile, fără a lua la interior nici un alt tratament.

Sinovita seroasă e o afecțiune destul de serioasă și chiar gravă, atât prin fenomenele sale locale și generale inflamatorii, cât și prin aceea că se poate termina prin flegmone cu cari adesea se confundă, și supurațiuni foarte întinse, dând naștere la fuzee și contracturi permanente.

Dar une-ori, sinovita supurată poate să apară d'adrechtul, ca în plăgile septice sau traumatisme mari; ca în cursul unei piemii, febra tifoidă, tifos, stările cachectice și diatesice sau în fine în urma propagării inflamației din părțile vecine, fie prin continuitate de țesuturi de la teca digitală la cea carpiană și anti-brahială (Gosselin și Schwartz), sau prin mijlocul limfaticelor plecate din rățeaua degetului inflammat, ca în panarițiu. (Dolbeau și Chevalet).

Pe lângă inflamația și supurația tecei, se adaogă și aceea a țesutului ambiant: deci perisinovita, flegmone și abcese perisinoviale și flegmonose, ce adesea se pot ridica în sus, deslipind pachetele musculare, denudând și ulcerând vasele, și deschizând chiar și articulații, când poate aduce mórtea individului, prin resorpție purulentă și accidente septicemice.

În asemenea casuri, simptomele sunt mult mai alarmante, prin tumefacția locală, buzunarul fluctuent și boselat — grație bridelor sinoviale — precum și prin frisoane și starea generală a individului.



De aceea, intervențiunea trebuie să fie repede și energică, spre a ne opune la or-ce contracturi, și a preveni or-ce accident propriu supurațiilor îndelungate.

## II. SINOVITELE CRONICE

Avem trei forme:

a) *Sinovită cronică uscată*, în totul analogă după Nicaise cu leziunile artritei uscate, dezvoltându-se sub aceleași influențe. Se caracterisă printr'o îngroșare foarte mare și transformare fibrasă a părților tecei, la suprafața cărora putem observa corpi liberi, sau chiar dezvoltare de adevărate lipome, dar fără să existe nici o urmă de fungositate.

b) *Sinovita emoragică* e mult mai rară; cu toate acestea teacă, ca și or-ce seroasă cronic inflamată, predispune foarte mult la producțiune de emoragii, ca și peritoneul, tunica vaginală etc. cari în urma unei pachi-peritonite, sau pachi-vaginalite, la cea mai mică ocazie dă naștere unui hematocel; deci și o pachi-sinovită, poate fi urmată de acelaș incident, în urma celei mai neînsemnate cauze.

c) *Sinovita cronică seroasă*, chiști sinoviali sau *ganglion*, este analogă cu igroma, caracterisându-se prin dezvoltarea unui lichid seros și limpede, iar alte ori gros și viscos ce umple cavitatea unei tecei. Constitue o tumoră rotundă, oblungă, unică sau în bisac, ce se poate reduce în totalitate sau în parte, și ocupă traectul cunoscut al unui tendon.

În Fig. 87 desemnată dupe natura de D-nul Minovici, reprezintă un chist tendinos în teacă extensorului comun al degetelor; bolnavul nu a voit a fi operat.

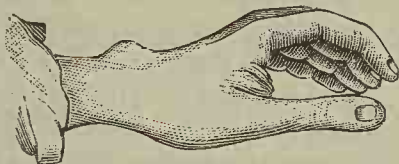


Fig. 87

Chist tendinos pe fața dorsală a pumnului (originală).

J. Cloquet făcea diagnosticul diferențial între acești chiști și

noviali și ai unei articulații numiți *ganglion*, propriu ziși, prin aceea că un ganglion, în general e rotund, așezat imediat d'asupra articulației și care prin presiune metodică, se reduce complet, lucruri mai tot-d'auna contrarii în chiștii sinoviali.

Totuși sunt multe escepții, pe cari le vom vedea la bólele regiunelor.

**TRATAMENTUL** nu e indicat de cât în casuri extreme; când vom uza de incisia antiseptică sau extirparea chistului, fără a respinge însă punția și injecțiunile iritante, cu tótă infidelitatea lor.

Dintre sinovitele cronice, cele mai importante de sigur sunt următoarele:

### III TUBERCULOSA SINOVIALELOR TENDINOSE

I) *Sinovita riziformă*, ordeiformă (bóbe ca orezul sau orzul).

Se numește ast-fel, niște tumori a tecilor tendinoase, pline cu un lichid, de ordinar seros, și conținând în suspensiune mici corpuri, având aspectul de bóbe de orez sau ovéz, și a căror compoziție e de natură tuberculósă.

A fost cunoscută încă de mult, de un medic suedez, Acrel, pentru care unii autori o descria chiar sub numele de bóla lui Acrel.

Dupuytren, Velpeau și alții, contribuiră mult la studiul său clinic.

Or-ce cauză capabilă de a provoca o iritație a tendónelor, fie prin contusie, obosélă, unele profesiuni anumite etc., pot fi punctul de plecare al acestei bóle, care însă cere o predispoziție a individului, și în special diateza scrofulo-tuberculósă.

Acéstă afecțiune, de și se póte observa în diferite regiuni, ca pe fața dorsală a pumnului, în téca peronierilor laterali, a muschilor profunzi și posteriori ai gambei, precum și în tendónele din fosa poplitee etc., sediul său însă de predilecțiune, și care se ia ca tip în or-ce descriere, este téca muschilor flexori ai mâineii.

**SIMPTOMELE** sunt lente și insidióse, mărginindu-se la început prin niște ușóre și vagi senzațiuni de greutate, genă și slăbi-ciune în mișcări, până când treptat, apare o tumefacție termi-

nându-se într'o tumoră oblungă, ocupând palma mâineii, precum și partea din față inferioară a antebrațului.

Tumora ast-fel constituită, și având tegumentele cu totul normale, ni se prezintă ca o pungă môle, semifluctuantă și împărțită în două de legamentul anular anterior al carpului, dându'i o formă de bisac. De aci rezultă că, presând pe tumora din palma mâineii, o putem goli, respingând tot conținutul în altă pungă, așezată d'asupra pumnului, pe antebraț. În or-ce cas, dacă acesta golire nu o putem obține, vom constata însă tot d'auna în mod clar, comunicarea între aceste două pungi, prin presiuni alternative pe mână și antebraț.

În acest timp de explorație, simțim o frecare cu totul specială și patognomonică, determinată prin trecerea grăunțelor prin inelul (ligamentul carpian) ce strangulează punga.

Existența unei strangulații a pungeii, e absolut indispensabilă pentru producerea fenomenului de frecare, fapt demonstrat atât prin experiență de Michon, cât și prin clinică.

În adevăr, acest autor a luat o bășică plină cu apă, și în care a introdus bôbe de orez, fără cu toate acestea, prin palpație și presiune să obție frecarea; strângând însă punga cu o sfôră, transformându-o ast-fel în două diverticule, trecerea lichidului și a bôbelor dintr'o pungă în alta, era însoțită de frecare.

De aci aplicațiunii în clinică: dacă chistul conține prea mult lichid, sau dacă nu există nici o strangulație, or în fine orificiul e prea larg, atunci, cu totă prezența bôbelor, nu obținem nici o frecare; precum de asemenea, când lichid nu e mai de loc, ci numai bôbe, fenomenul de frecare iarăși nu'l obținem,

De aci conchidem că, se cere trei condițiuni pentru producerea acestui fenomen:

I) Prezența de corpuscule și de lichid în pungă;

II) Că punga să fie bilobată, și să existe comunicare între fie-care sac;

III) Că conținutul unei pungi să trecă cu o ușoră dificultate în cea altă pungă.

**MERSUL** e eminentemente cronic, tumora luând o creștere continuă și progresivă.

Densa produce diferite diformațiuni, proprii fixărei tendónelor ce nu mai pot aluneca în téca lor, aducând ast-fel suprimarea funcțiunilor prin fixarea degetelor, putându-se însoți de dureri,

fie tendinóse, saú de origină nervósa, în urma compresiunii saú nevritei ascendente.

**PROGNOSTICUL** defavorabil, dându-se natura leziunii și diateza bolnavului.

Casurile de vindecare spontanată sunt cu totul esecționale. Cu tóte acestea, am observat un cas tip de sinovită cu grăunțe riziforme în palma mâinei și fața anterióră a antebrațului, unde comunicarea celor douē pungi și fenomenul de frecare, erau din cele mai clasice. Bolnavul fiind funcționat, își avea profesia compromisă, de óre-ce începuse a nu mai putea de loc scrie, afecțiunea fiind la mâna dréptă. Acest bolnav, un vēr primar al meú, Moise Niculescu, s'a vindecat numai prin bandagiú compresiv și badigeonare cu t-ra iodii, fiindu'i fricã de a fi operat.

La interior a luat iodur și preparate arsenicale, cãci e tipul omului scrofulos. De atunci sunt 10 ani, și mâna e în perfectă sãnãtate, fãrã sã fi prezentat cea mai micã urmã de recidivã. Astãzi are morbul lui Pott complicat de compresia mãduvei.

Dar acésta e o adevératã esecție, cãci în general intervenția chirurgicalã trebuie aplicatã.

**DIAGNOSTICUL.** Mai tot d'auna este fórte ușor, în special când afecțiunea se aflã la mână și antebraț. Sã ne reamintim însã posibilitatea unui abces rece, mai ales cu forma residuósã, care ar putea produce o confusiune, cu atât mai mult cã une-ori nisce asemenea abcese conțin și ele grăunțe reziforme. De asemenea, sinovita fongósa, saú dupã Trélat o varietate de lipom crepitant, ce póte aduce dificultãți în diagnostic; însã nici una din aceste afecțiuni nu va avea forma oblungã, dispozițiunea bilobatã a tumorei, precum și trecerea lichidului dintr'o pungã în alta.

Trbuie însã sã recunóștem, cã dacã bóla s'ar afla în fosa politee, dificultãțile ar fi fórte mari, și diagnosticul diferențial va trebui fãcut cu tóte tumorile acestei regiuni. De și nu suntem partisanii punțiilor exploratrice, totuși putem recurge la acéstã metodã, dacã nu voim sã practicãm de-adreptul o incisie anti-septicã.

**ANATOMIA PATOLOGICA.** Chistii cu grăunțe riziforme se compune dintr'un perete și un conținut parte lichid parte solid.

a) Pãretele este format din însuși téca sinovialei, fórte întinsã și îngroșatã, a cãrei fața esternã aderã intim cu țesuturile peri-

ferice și chiar osőse; fața sea internă pe alocurea netedă, iar în alte părți aspră, umflată sau lipsită de epitelii, posedă diferite neregularități, unde se ved implantate fungosități și grăunțe riziforme.

b) Conținutul lichid, câte o dată este limpede, clar, puțin opalescent, semănând cu sinovia.

Alte dăți, afecțiunea fiind veche, lichidul devine sirupos, consistent, luând aspectul gelatiniiform, semănând cu o peltea de gutue sau cőcăze. Une-ori constatăm transformațiunea sa în puroi, iar alte dăți partea lichidă pőte chiar lipsi cu totul.

Grăunțele reziforme sunt nisce concrețiuni, de volum, formă și număr variabil, așa că une-ori greutatea lor totală a atins chiar 400 grame, ca într'un cas al lui Nicaise.

Câte odată sunt mici ca gămălia de ac, alte-ori mai mari, dar în or-ce cas nu întrec bőbele de orez sau sâmburi de pară, comparație dată de Cruveilhier.

Unii aderă de părete printr'un pedicul, alții sunt sesili, pe când alți cu totul liberi în lichid.

Aspectul lor este alb lăptos, ceia ce a făcut a fi comparați cu orezul fiert.

Compoziția lor, după Chandelux, este de o textură celulară, dispusă în două straturi: unul periferic stratificat, cu lame concentrice, constituit din celule epiteliale, cu nucleii voluminoși și analogiei cu acelea ce căptușesc normal seroasă; iar altul amorf și granulos, și unde abia se găsesc ici coala cătiva nucleii.

În or ce cas, caracteristica este, că aceste grăunțe sunt formate de strate concentrice, având în centru un mic orificiu. Faptul acesta a făcut pe Velpeau să credă că sunt formați de fibrină încolăcită. Relativ la patogenia acestor grăunte, s'a emis următoarele teorii, lăsând la o parte pe aceia a lui Laennec, care credea, că sunt ființe organizate numindu-le *acefalociști*.

Avem dar întâiu teoria lui Brodie și Velpeau, prin care se susține că grăunțele provin din coagulațiunea limfei plastice, sau din coagularea fibrinei exudată la suprafața tecei, în urma unei iritațiuni lente a părților, sau rezultatul unui epanșament sanguin. Acest produs încolăcindu-se asupra lui însuși, dă forma stratificată a grăuntelui, al cărui orificiu central, indică tocmai începutul volubilității acestei fibrine.

Cercetările ulterioare însă, prin mijlocele de colorațiune, au a-

rătat că fibrină adevărată nu există, ci o degenerescență fibrinoidă, sau materie fibrinosă, ce nu are nimic a face cu fibrina sângelui.

A doua teorie a lui Virchow, susține că grăunțele riziforme, sunt formate de substanță conjunctivă, și din proliferația sa mai bine zis burgeonarea fongosă a păreților. În urma frecării, aceste producțiuni se pot deslipi și deveni libere în mijlocul lichidului chistic.

În fine după Nicaise, Poulet și Vaillard, grăunțele provin din deslipirea lamei fibrinoide, ce căptușește fața internă a sinovialei bolnave. Această lamă este deslipită de părete, grație frecuențelor mișcări a tendónelor în téca lor.

Dar toate aceste teorii, astăzi nu mai au nici o importanță, în fața marelui descoperiri, că această afecțiune este de natură tuberculoasă, lucru bazat pe următoarele date pozitive :

1) Că afecțiunea se dezvoltă pe tuberculoși, sau este preludiul acestei diateze, și în fine că densa se transformă în sinovită fongosă, a cărei natură tuberculoasă este în afară de orice discuțiune.

2) Că structura istologică a peretelui său, denotă caracterele tuberculosei.

Nicaise în special, a găsit noduli tuberculoși infiltrați în masă. Densii nasc împrejurul micilor vase atinse de endarterită și periarterită, și sunt formați de toate părțile ce constituie un follicul tuberculos tip: adică o celulă gigantică, înconjurată de o masă mare de celule epitelioides, și de un strat periferic de celule embrionare. În acești noduli, și în special în celulele gigante, foarte adesea s'a constatat bacilul lui Koch. Ba ce este mai mult, aceiași noduli și același bacil, s'a găsit și în inșiși grăunțele risiforme.

Dar ce e mai important, și ceea ce probază natura tuberculoasă a acestei afecțiuni este că, chiar în cazuri unde bacilul nu s'a putut constata, totuși experiențele prin inoculațiune au fost totdeauna pozitive.

Ast-fel în 1886, Terillon și H. Martin, inoculând trei iepuri cu grăunțe risiforme ce nu conțineau bacili, animalele au murit de tuberculoasă generalizată.

Wallich a mers mai departe: densul a făcut cultură din aceste grăunțe, lipsite de bacilul lui Koch, și cari în bulioanele de cultură nu dăduse naștere de cât la colonii de micrococi, fără nici

o grupare determinată. Dar această cultură, inoculată în țesutul subcutanat al unui șoarece, a produs o ulcerăție tuberculoasă în punctul înțepat. Aceiași inoculație făcută în peritoneu, animalul a murit după 3 luni, când s'a găsit toate viscerale pline de tubercule, ce acum conțineau baccilul lui Koch.

Jalaguiet la rândul său, a obținut același rezultat.

De aci s'a conchis că, virulența grăunțelor risiforme, în absența baccilului, este datorită produselor sale de secrețiune.

**TRATAMENTUL.** Compresiunea, ignipunctura, puncțiunile aspiratrice, precum și diferite injecțiuni iritante, sunt mijloce vechi și mai tot-d'auna infidele.

Astăzi recurgem d'adrepul la incisiunea antiseptică, preconisată deja de Chassaignac, iar în urmă vulgarisată de Guerin, Volkmann, Verneuil, Nicaise etc.

Prealabil vom aplica banda lui Esmarch, și după casuri vom face una sau două incisiuni, după care vom ataca d'adrepul punga, ridicând toate grăunțele, răzuind pereții cu lingura, extirpând din pungă, sau mai bine când e posibil, să reconstituim téca după cum recomandă Swartz. Vom face spălături largi antiseptice, atingând apoi suprafața cu o soluțiune de clorur de zinc sau acid fenic 10<sup>o</sup>/. De va fi trebuință, vom pune un tub de drenaj, sau vom închide întreaga plagă, pentru a obține reunirea prin prima intenție.

#### IV SINOVITA FONGOASĂ

De și observată de Lisfranc, Chassaignac și Larrey, era însă considerată ca o neoplasmă malignă, luându-se drept cancer sau sarcom.

Mai târziu Robin, Cruveihlier, Deville, Michon și Legouest, respinseră ideea malignității, considerând fungositatea ca rezultatul unei simple inflamațiuni cronice. Dar mai ales Verneuil, a arătat identitatea clinică a acestei afecțiuni cu tumora albă, căci în ambele se găsesc aceleași elemente tuberculose, și bucurindu-se de aceleași proprietăți, pe cari le vom expune la locul competent.

Pentru moment vom reaminti din Lejars, observația lui Debove (1875), de o sinovită fongosă secundară unei tumori albe

a genuchiului; aceia a lui Lancereaux de o sinovită fongosă palmară la o tinăra fată manifest ftisică; a lui Bouilly (1881) de o sinovită fongosă a peronierilor, urmată dupe 4 luni de tuberculosă pulmonară înaintată etc. etc.

**ETIOLOGIA.** Câte o dată apare în mod secundar pe calea de inoculație, tendónele fiind în contact cu alte focare tuberculóse, fie a părților moi, a articulațiilor or sistemului osos. În mod primitiv, ca tuberculosă locală cazul e mai rar, căci mai tot-d'auna vom constata diateza individului, fie latentă sau confirmată. În asemenea condițiuni, la tineri ca și la bătrini, or-ce traumatism sau iritație funcțională póte fi punctul de plecare a dezvoltării unei sinovite fongóse tuberculóse. Sediul de predilecție sunt mâna, gâtul piciorului, tecele flexorilor gambei, și extensorii degetelor.

Partea principală din anatomia patologică constă că, fungositățile se dezvoltă la început în fóia parietală a tecei ca fiind mai vasculară, așa că adesea fóia tendinosă póte să fie cu totul intactă; și iarăși, aceste fungosități pot fi oprite în mersul lor de diferite bride sau segmente a tecelor, localisându-le și fixându-le ast-fel în anumite porțiuni.

Dupe Chandelux avem trei straturi în păretele sinovitei tuberculóse: (Lejars)

I) Un strat lardaceu, tare, alb, de grosime variabilă, format din iritația cronică a țesutului conjunctiv vecin; dinsul prelungindu-se în spațiurile intermusculare, le infiltréză la distanțe mai mult sau mai puțin mari.

II. Un strat de proliferație tuberculóse, lax și cu picățele roșii, coprinzând vase foarte numeroase; aci se găsesc nodulii tuberculoși.

III. Fungositățile ce constituie elementul caracteristic, de o grosime variabilă și colóre suis generis, de stridie, dinsele se prezintă sub diferite forme: vilosă, papilară, arborescentă etc. etc.

Dar toate prezintă următoarele tipuri dupe conținutul și produsele lor: fungositate tuberculóse propriu zisă infiltrată, de noduli tuberculoși; vasculară, emoragică, purulentă etc.

Tendonul mult timp rămâne intact și liber, dar mai târziu și dinsul se atacă infiltrându-se chiar de materia tuberculóse; se desociază și contractă aderențe foarte intime.

**SIMPTOME.** Lente și insidióse, fără nici o reacție inflamatorie



or durere, bóla se anunță prin genă în mișcări, apoi o tumefacție oblungă, ocupând tendonul; netedă saú cu boseluri, schimbând cu totul forma regiunei, mai ales când fungositățile se întind și copleșesc tendónele și părțile vecine.

Réul crescând, putem constata dureri chiar în depărtare în urma compresiunilor nervóse precum și anestesie și chiar ipe-restesie. Tendónele se pot uza în așa grad în cât să se rupă la cea mai mică forțare.

Ca complicație avem supurația și ulcerația tegumentelor, însoțite de fistule nevindecabile, și cari dintr'un moment în altul pot periclita viața bolnavului.

**PROGNOSTICUL** în general e fórte serios, căci nu trebuie să avem nici o iluziune în existența fungosităților simple netuberculóse. De aceia intervențiunea se impune, atât pentru a ne opune or cărei complicațiuni cât și a preveni infecțiunea organismului.

**DIAGNOSTICUL** în general e ușor, bazându-se pe simptome, și în special pe aceia că tumora are cenexiuni cu tendónele pe cari îi urmăze în mișcarea lor; că tumora e mobilă lateral și fixă longitudinal. Sinovita sifilitică e în general simetrică, serósă, coincide cu diferite accidente specifice și cedéză ușor unui tratament apropiat.

Diagnosticul între o sinovită fongósă ulcerată și tumoră albă, se va face prin explorația cu stiletul, când o dată intrați în articulație, vom constata óse denudate și alte caractere speciale. La degetet, umefacția osteitei tuberculóse e pe părțile laterale și fața dorsală, pe când în sinovită pe fața palmară.

**TRATAMENTUL** va fi chirurgical, căci diferitele metode prin injecțiuni și compresiuni nu dau rezultate sigure. Vom recurge deci la extirparea saú rázuirea fungosităților, cari constituie cel mai rațional și radical tratament.

## V. SIFILISUL SINOVIALELOR TENDINOASE

Studiul acesta se datorește lui Verneuil și în special lui Fournier, care a dat o descriere magistrală în lecțiunile sale clinice.

Fournier descrie două varietăți clinice a acestei afecțiuni :

*Idropisie simplă și inflamație francă*, formând o adevărată tenosită sau sinovită tendinosă.

Idropisia simplă, constă într'o revărsare de lichid în interiorul cavității seroase unde alunecă tendonul. Cantitatea serosității în general e foarte mică, și se produce absolut fără nici o durere sau reacție inflamatorie, fie ea cât de ușoră, ast-fel că bolnavul nici nu are conștiință de existența sea, de cât din întimplare.

Idropisia tendinosă ni se presintă ca o tumoră fluctuantă, oblungă dar circumscrită, și ocupând téca tendonului; e nedurosă chiar la palpație și diferite explorări.

Sediul de predilecție sunt tendónele extensorilor mâineii și une-orii ai piciorului, și adesea póte fi bilaterală și simetrică.

Une-orii coincide cu idropisii a altor seróse mai mari ca a genuchiului, cotului etc.

În or-ce cas, e manifestarea sifilitică precoce cea mai benignă, putându-se vindeca chiar spontanat sau prin ușóre medicațiuni locale.

*Tenosita sau sinovita tendinosă* e mult mai serioasă, însoțindu-se de toate fenomenele inflamatorii acute, de dureri spontanate și exasperându-se la cea mai mică explorare; de roșeța tegumentelor și chiar de o mișcare febrilă. Și numai antecedentele bolnavului, prezența de leziuni sifilitice pe restul corpului, concomitența de alte tenosite, precum și caracterul exacerbării durerilor în timpul nopții etc., ne vor face a stabili diagnosticul diferențial între dinsa și o tenosită ordinară sau reumatică.

Sediul acestei tenosite e ca și al idropisiei, plus o anume predilecție pentru téca peronierilor, extensorul policelui și micului deget, precum și tendonul bicepsului brachial, și de multe ori chiar și tendonul lui Achil.

Nu trebuie să uităm că aceste afecțiuni, adesea pot să nu ni se presinte cu toate caracterile clasice, ci numai prin óre-cari dureri vagi, cari dispar și reapar localisându-se când în genuchi, cot, pumni, glesnele picioarelor, călcăe etc. etc., dar cari în realitate nu sunt de cât tenosite sifilitice de formă *frustă*, ce un examen minuțios și un tratament apropiat le arată natura lor specifică.

Cât privește *sinovita sifilitică terțiară*, constituie unul din

accidentele cele mai tardive, apărând după 10, 15 și 20 ani de la infecție.

Predilecția sifilisului de a copleși aponevrozele și tendónele, a fost deja întrevădută chiar de Astruc. Astăzi lucrul e cu totul stabilit și în afară de or-ce îndoială.

Lancereaux în tratatul său se exprimă ast-fel :

Inflamația sifilitică este în adevăr esențialmente proprie țesuturilor fibróse, or care ar fi gradul lor de vascularitate.

Tenosita sifilitică terțiară ni se poate presenta sub *formă infiltrată și gomósă*.

Forma infiltrată poate fi difusă, copleșind o mare parte din tendon sau chiar totă lungimea sa, părând a fi impregnat de o materie gelatinósă; alte dăți infiltrația e limitată, ipertrofia circumscripă. În acest din urmă cas, neoplasia sifilitică poate fi copleșită de procesul osificațiunei, formând ast-fel un fel de os sesamoid accidental.

Forma gomósă sifilitică ne prezintă și dinsa două varietăți : tumori dezvoltate la suprafață, sau în centrul tendonului. Prima e mai comună, având sediul în tendonul labei gâștei, gâtul piciorului, pumni, degete etc. Gomele centrale sunt mai rari, cu timpul însă depărtéză fibrele și devin superficiale. Au fost descrise de Bouisson și chiar de Lisfranc pe cari le designa ca nodosități albe a tendónelor, dar cari nu mai puțin cedău prin iodur la interior.

Gomele tendinóse ocupă tendónele gróse, mari, ca tendonul lui Achil, bicepsul, tricepsul etc. și au tendință la supurație și eliminare, lăsând în loc o ulcerație cu caractere speciale.

Observată iarăși de Verneuil, Chouet, Schwartz etc. se prezintă tot-d'a-una sub forma gomósă, stabilindu-se de preferință în tendonul labei gâștei, tricepsul femoral și brachial.

Caracterile clinice sunt acelea ce ne prezintă evoluțiunea or cărei gome sifilitice, adică o tumoră circumscripă, la început tare, nedurerósă, mobilă și neinflamatorie, dar care mai târziu contractă aderențe, se însoțește de fenomene inflamatorii locale, până când în fine intră în supurație, dând naștere aceluși ulcer cu marginele tăiate drept, cu fundul cenușiu, cu o bază relativ îndurată, și cedând foarte ușor la un tratament apropiat.

## VI. NEOPLASMELE SINOVIALELOR TEN- DINOASE

Cancerul primitiv e cu desăvârșire rar. Dintre tumori, lipomele sunt ceva mai bine studiate, deși nu rare ori se pot observa și fibróme, chondro-fibróme precum și sarcóme.

Lipómele, după Sprengel, pot fi extra-vaginale sau intra-vaginale, după cum tumora se va desvolta pe fața externă a serósei sau între cele două foi, precum lucru se observă în mesenter. Caracterele clinice sunt aceleași ca ale or căreia tumori lipomatóse; iar cât pentru sediul anatomic al diagnosticului, e foarte greú, căci adesea nici chiar în timpul operației nu se póte stabili.

### CHESTIONAR

Inflamațiunea tecelor sinoviale sau sinovite. — Divisiune. — Sinovita acută, uscată. — Caractere. — Descriere. — Simptome. — Sinovita plastică. — Sinovita umedă. — Sinovita blenoragică. — Sinovite cronice. — Varietăți: uscată, emoragică. — Simptome. — Tratament.

Tuberculosa sinovialelor tendinóse. — Sinovita risiformă. — Definiție. — Istoric. — Caractere. — Simptome. — Semnul patognomonic. — Modul său de producere.

Experiența lui Michon. — Aplicațiunii clinice. — Cercetări microscopice și bacteriologice asupra naturii sale tuberculóse. — Anatomia patologică. — Compoziția chis'tului. — Teorii asupra mecanismului grăunților riziforme. — Cercetările lui Nicaise, Poulet. etc. — Experiențe prin inoculațiune. — Tratamentul prin compresiune și deschidere.

Sinovita fongósă. — Definiție. — Caractere. — Modul de evoluție. — Etiologia. — Cercetările lui Chandelux. — Simptome. — Evoluție. — Prognostic. — Tratament.

Sifilisul sinovialelor tendinóse. — Varietăți descrise de Fournier, idropisie simplă și inflamatorie. Simptome.

Neoplasmele sinovialelor. — Lipóme.



## CAP. VIII

# AFECTIUNILE BURSELOR SAU PUNGILOR SEROASE

Tóte leziunile traumatice a acestor organe, începând de la înțepături și până la plăgi sau contuziuni forți, în general nu sunt grave, de óre-ce cicatrizarea se efectuează în mod spontanat.

• Dar pentru obținerea acestui rezultat, se cere neapărat absența unui agent septic, căci la din contra, dându-ni-se conexiunea a acestor cavități seróse cu origina limfaticelor, despre care deja am vorbit, lesne înțelegem gravitatea unei plăgi septice a burselor seróse, putându-se complica de erisipele, limfangite și chiar flegmóne difuze, precum vom vedea în studiul igromelor acute.

În momentul unei contuziuni forte, două lucruri se pot produce : 1) sau ruperea bursei prin sdrobire, când acest organ este coprins între corpul vulnerant și un plan osos, aplicându-și acțiunea sa în mod perpendicular, sau al 2), rupere prin sfâșiere, când corpul vulnerant lucră în mod oblic asupra pereților bursei.

În aceste casuri, se produce sau o acumulațiune de lichid seros, constituind *igroma acută* propriu zisă, sau un epanșament sanguin formând *ematomul*. Acesta din urmă une-oră urmăză evoluțiunea regulată a or-cărei colecțiuni sanguine, adică resorbția părței seróse a sângelui și apoi treptat și a celei fibrinóse. În alte casuri însă, fie că părății bursei sunt prealabil bolnavi, sau că fibrina depunându-se în mare cantitate pe pereți, absorbțiunea părței seróse a sângelui nu se mai face, atunci avem o igromă chistică sau ematom închistat, care une-oră rămâne în această stare un timp fórte îndelungat, iar alte dați póte să supureze sau să se complice cu diferite accidente inflamatorii grave.

**DIAGNOSTICUL** tutulor acestor leziuni în general nu e dificil, dându-se sediul cunoscut în anumite regiuni a acestor burse, ce se află în stare normală, sau dezvoltate în urma unor profesii.

Când bursa seroasă este însoțită de scurgerea conținutului său, diagnosticul trebuie stabilit între o plagă tendinosă, articulară sau a bursei propriu zis ; lucru la care ajungem prin puțină atențiune, despre care deja am mai vorbit.

Când bursa seroasă se află așezată d'asupra unei extremități osoase, și dacă dinsa este numai simplu congestionată, atunci ne dă o crepitațiune fină la palpație, ceia-ce ne-ar face să credem la existența unei fracturi ; pe câtă vreme în alte circumstanțe, bursa seroasă fiind plină cu lichid or sânge, ne poate ascunde existența unei fracturi subjacente, precum de ex.: fractura rotulei sau a olecranului.

**PROGNOSTICUL** în general favorabil, afară de considerațiunile deja arătate.

Dea ceia când compresiunea, repausul, refrigerentele etc. nu dau un rezultat eficace, trebuie să fim gata a interveni chiar prin incisiune antiseptică, mai ales în casuri de supurații sau complicațiuni limfangitice, or flegmonose.

**IGROMA.** Acest nume a fost dat de Heister la chiști seroși ai gâtului în 1739 ; iar în urmă s'a aplicat în mod abusiv la toate inflamațiunile acute a burselor seroase, ceia ce de sigur nu corespunde cu leziunea. Autorii germani au înlocuit acest nume printr'un altul mai propriu, adică prin *bursită*, dar fără să reușească a distruge vechiul usagiū de igromă.

Camper în 1784 este cel dintâiu autor care s'a ocupat de bursele seroase și afecțiunile lor, începând cu acelea ale genunchiului și cotului.

Mai târziu Velpeau, Chassaignac, Verneuil și Gruber din Petersburg au contribuit mult, atât în cercetări anatomice, cât și patologice ale acestei afecțiuni.

Avem două feluri de igrome :

Acută și cronică.

Cea acută, vine în urma unui traumatism, sau în mod secundar.

Înțepăturile, plăgile și contusiunile, etc., ori când pot provoca o igromă acută, mai ales în bursele profesionale ; ba chiar și în urma unui mers prelungit și obositor. Ast-fel e cazul citat de

Padieu la o fată, care a căpătat o igromă prerotulienă, în urma unui mers obositor în timp de mai multe zile.

În mod secundar, igroma apare după cum am arătat, în cursul limfangitelor, erisipelului, flegmonelor de învecinare, etc., grație străbaterei microbilor în aceste burse prin căile limfatice.

De asemenea, igroma apare în timpul unor bóle generale, ca: reumatismul, guta și chiar blenoragia, al cărui sediū de predilecțiune este în bursa retro-calcaneană, constituind durerea de călcăiū a lui Swediaur.

Avem trei forme clinice: *igroma uscată*, *serósă* și *purulentă*, ale căror leziuni sunt identice cu cele descrise în sinovite.

**SIMPTOMELE** sunt aprópe aceleași, caracterisându-se în cea uscată printr'o crepitațiune fină, iar în cele-lalte prin constatarea unui epanșament seros sau purulent. În acestea din urmă, fenomenele generale proprii or-cărei reacțiuni sau supurații, nu vor întârzia să apară.

Mai adesea igroma, după 7—8 zile, tinde către vindecare; une-orī însă póte să supureze. Atunci sau că abcesul rămâne local, sau că păreții bursei rupându-se, conținutul se respândește în țesuturile vecine, dând naștere la inflamațiuni difuze, de a căror gravitate e de prisos a mai vorbi.

Dar gravitatea devine și mai mare, când o igromă își varsă conținutul său într'o articulațiune vecină, precum mai adesea se observă la genuchi, unde o igromă prerotulienă póte provoca o artrită supurată a genuchiului; o igromă trochanteriană, póte produce o artrită iarăși supurată a articulației coxo-femorală etc.

Deci prognosticul va fi cu totul rezervat, depindënd de aceste diferite complicațiuni, cari fie zis în parentesă, nu se observă de cât în casurī de infecțiune a plăgei, sau de stări cașectice și diatesice ale individului, căci încă odată, în regulă generală igroma se vindecă, sau cel mult tinde a trece în stare cronică.

**DIAGNOSTICUL** ușor în casurile simple; devine însă fórte dificil când ne vom afla în fața complicațiunilor flegmonóse, cari prin extensiunea și gravitatea lor, ne sustrag atențiunea de la leziunea de origină; și tot interesul constă tocmai în a arăta proveniența flegmonului în urma unei igrome.

Ne mărginim a menționa credința lui Chassaignac, de posibilitatea desvoltării unei burse seróse sub-mucósă, a cărei infla-

mație și supurație, dând naștere unor abcese, se pot impune ca produsul unei alte leziuni. Ast-fel Chassaignac, susține că multe din abcesele mărginei orificiului anal, sunt rezultatul nu atât al emoroidelor sau tuberculosei, cât a supurațiunii unor burse, ce s'ar desvolta sub mucósa orificiului anal.

O observațiune încă și mai importantă este aceea a lui Broca, arătând că nisce asemenea burse, se pot desvolta pe fața internă a buzelor mari la femei, cari supurând, s'ar putea impune drept o inflamație supurativă a glandei vulvo-vaginale.

Lucrul il credem posibil, mai ales la prostituate, unde deseale frecări, pot determina în asemenea locuri nisce adevărate burse seróse profesionale (!).

**TRATAMENTUL.** Repausul și compresiunea metodică ocupă primul rînd, asociind și un tratament general, dirijat contra diatezei individului.

În casuri de inflamații sau supurații, nu vom esita a procedea la deschiderea antiseptică.

**IGROMA CRONICA.** Une-ori urmăzează unei igrome acute. Mai totd'a-una însă se desvoltă pe nesimțite în urma unor frecări, sau apăsări determinate de anumite profesiuni, ce pot crea burse seróse în locuri normalmente lipsite de aceste cavități.

Desvoltarea burselor profesionale este de mare importanță, mai ales în medicina legală, pentru constatarea identității persoanei. Ast-fel tábăcarii, vor avea burse seróse fórté desvoltate în dreptul maleolelor; precupeții, purtătorii de greutateți, vor avea burse seróse pe umăr, locul aplicărei cobiliței; scriitorii, pe părțile laterale ale degetelor; tâmplarii pe fața palmară a mînei; ómenii cocheți purtând încălțăminte strimță, vor avea burse seróse la nivelul primului metatarsien; soldații, prin purtarea raniților, pot căpăta burse seróse pe spate și chiar pe claviculă, prin frecarea curelilor și mánuirea armei etc. etc.

În erniile inguinale, Brodi, Broca, Duplay, Bérard, au arătat desvoltare de igrome pe fața esternă a sacului, în urma bandagelor erniare.

În tumorile mamare, adesea vedem burse seróse desvoltate între acéstă glandă, și aponevroasa marelui pectoral; pe bonturile de gambă același lucru putem constata în urma presiunii și frecărei determinate de pilon; în deviațiunile colónei vertebrale, în special în cifosă, iarăși avem burse seróse.



În fine la persoanele religioase, prin șederea îndelungată și repetată în genuchi; prin obiceiul de a face multe mătănii, adesea observăm burse seroase foarte mari, dezvoltate pe extremitatea superioară a gambei, sau pe rotulă, după cum individul stă în genuchi în poziție verticală, sau cu corpul plecat înainte.

Caracteristica acestei afecțiuni este, că pereții bursei sunt foarte îngroșați, iar alte dați sunt acoperiți de o cantitate foarte mare de fungosități, unele formate din vase, altele din celule embrionare.

De aci două varietăți principale ca formă clinică: *igromă chistică*, când pereții sunt simplu hipertrofiați, dând naștere unei secrețiuni abundente de lichid clar și viscos, și *igromă proliferantă* cu varietățile: emoragică, când predominanța de vase fine este mare în fungosități, rupându-se la cea mai ușoară ocaziune (Pachisinovită), și *igromă purulentă*, din cauza predominanței celulelor embrionare.

În igroma proliferantă, acele fungosități se pot pediculisa, și în urmă să se rupă, căzând ast-fel în mijlocul lichidului; iar alte dați, să se infiltreze de o materie cartilaginasă, care cădând în mici bucăți, constituie corpuri străine ai burselor seroase.

Mai observăm încă une-ori o dezvoltare foarte mare de țesut fibros în pereții unei igrome, în așa grad în cât umple aproape totă cavitatea, dând senzațiunea unei tumori solide, constituind ast-fel o altă varietate numită igroma fibrasă sau sclerasă.

**SIMPTOMELE** sunt cu totul lente și neînsoțite de nici o reacțiune inflamatorie.

Tumora de volum variabil, poate atinge chiar mărimea unui cap de adult. Rar fixă, mai tot-d'auna mobilă, ba încă une-ori aproape cu totul pediculisată, așa în cât bolnavul o poate da la o parte în timpul exercițiului profesiei sale.

Pielea normală, afară de unele escoriațiuni sau chiar ulcerărițiuni, provenite din lovituri sau compresii. Consistența, după conținut: prezentându-ni-se une-ori cu caractere cu totul fluctuente, iar alte dați semi-solidă sau chiar solidă, ca în tipul scleros.

Dacă pereții nu sunt cu totul îngroșați, putem vedea prin transparență conținutul igromei,—când lichidul este clar,—sau să simțim prezența de coaguli or de corpuri străine,—în special pe cei cartilaginoși.

Mersul bolii este indefinit cronic, și fără nici o tendință de

vindecare spontanată, ci din contra, gata a se complica de inflamațiuni și supurațiuni la cea mai mică ocazie. Dacă se deschide de sine, se poate ca părțile să se elimineze sub formă de părți sfacelate, în urma căreia să se obțină o vindecare definitivă; sau din contra, deschiderea să devie permanentă, însoțindu-se de fistule fără nici o tendință către vindecare: ca în bursele seroase profunde și aderente cu planurile aponevrotice ce nu îi permit refracțiunea pereților.

**DIAGNOSTICUL** în unele cazuri este ușor.

Igroma însă fiind profundă și fluctuantă, se poate confunda cu diferiți chiști, cu un lipom, ematom inchistat, abces rece etc., cazuri în cari de multe ori numai o puncție exploratrice poate lămurii afacerea.

Dificultatea devine și mai mare, când igroma este fibrasă, căci atunci se poate confunda cu or ce tumoră solidă și chiar cu nevrôme, dacă durerea vine de se adaugă și densă. De sigur, în asemenea cazuri vom lua în considerație sediul, evoluțiunea și profesiunea individului; și nimic nu ne va împedica de a emite ideea unei igrome profunde sclerósă, atunci când diagnosticul nu se poate stabili cu precisiune.

**TRATAMENTUL.** În afară de compresiuni revulsive, vesicători sau puncte de foc, avem metoda obliterantă și metoda distructivă.

1) Cea obliterantă coprinde mai multe procedee: ca sdrobirea cu degetele, în cazuri de igrome mici recente și cu pereți subțiri. (Monro și Cloquet.)

Alții au recurs la dilacerațiunea sau discisiunea sub-cutanată a igromei, prin mijlocul bisturiului.

În fine tot cu scop obliterant, putem întrebuința evacuațiunea lichidului printr'o puncție aspiratrice, urmată apoi de injecțiuni aspiratrice, și apoi de injecțiuni iritante de tinctură de iod, alcool, sublimat, acid fenic etc. etc., întocmai ca și pentru hidrocel.

2) Metoda distructivă conține două procedee:

1) Estirparea, care de sigur e cea mai radicală și tot-d'auna indicată când lucrul e posibil. Operația se face ca pentru or ce tumoră. Și pentru a preveni ruperea busunarului, putem recurge la un artificiu dat de Pozzi, care constă în golirea prin scóterea lichidului, după care introducem o substanță lichidă prealabil

încălzită, precum ar fi ceresina, care solidificându-se, face tumora mai accesibilă pentru estirpare.

2) Incisiunea simplă urmată de răzuirea peretelui, are același scop de distrucțiune.

În toate acestea, precauțiunile antiseptice trebuie să fie foarte mari, spre a preveni infecțiunile ce pot avea consecințe grave.

## TUBERCULOȘA BURSELOR SEROASE

Aci observăm aceleași forme ca și în sinovitele tuberculose: adică forma fongosă și cu grăunțe riziforme, ale căror caractere sunt cu totul identice cu ale sinovitelor. Insuși ele au fost punctul de plecare a cercetărilor lui Nicaise, Poulet și Vaillard, pentru determinarea naturii tuberculose a sinovitelor.

Același lucru vom dice *de sifilisul burselor seroase*, unde după observațiunile lui Verneuil și Fournier, afecțiunea însoțesce sifilisul în perioada sa secundară, dând idropisia simplă și în general simetrică. Alte dați apare în perioada terțiară, și câte o dată în mod foarte tardiv, chiar după 40 de ani de la aparițiunea unui șancăr. În forma gomosă, de și oferă la început caracterele unei tumori tari, de mărimea unei nucii, cu timpul însă se ulcerază, prezentându-ne toate caracterele și aspectul unor asemenea siflide.

Sediul de predilecțiune al lor este: laba gâștei, bursa olecranienă, prerotulienă, a falangelor degetelor picioarelor sau a mâinilor etc. etc., și al căror diagnostic va trebui făcut cu o igromă cronică, blenoragică, ematom, abces rece, periostose etc., și unde de multe ori, numai comemorativele, leziuni concomitente și un tratament specific decide chestiunea.

Neoplasmele burselor seroase sunt foarte rari, așa în cât de mulți au fost negate. Cu toate acestea, sunt casuri neîndoișoare de tumori maligne a burselor seroase, ce se pot desvolta sau d'a dreptul, sau pe o veche cicatrice, or traecte fistuloase vechi. Dar dintre toate tumorile, sarcomul și mixomul s'au observat mai des, și acesta pe bursa prerotulienă.

Caracterele sale sunt aceleași ca a or-cărei tumori maligne: probă volumul, ulcerățiunea, recidiva pe loc sau chiar la distanță, precum și prinderea ganglionilor.

Dându-se că aceste tumori la început nu au conexiuni nici cu părțile moi, nici cu cele osoase, trebuiesc ridicate cât mai repede, spre a preveni or-ce consecință inerentă naturii sale.

## CHESTIONAR

Leziunile traumatice a burselor seroase. Rupere prin zdrobire și sfășiere. Igroma acută, ematomul. Complicații.

Igroma. Istorice. Diviziune. Forme clinice de igromă: uscată, seroasă și purulentă. Caractere. Burse seroase sub-mucoase. Tratamentul.

Igroma cronică. Cause. Pungi seroase profesionale. Varietăți de igromă cronică: chistică și proliferantă. Sub-varietăți: emoragică și scleroasă. Simptome. Caractere.

Mersul. — Diagnosticul cu chiștii, lipóme, abces rece, ematom.

Tratamentul. — Metóda obliterantă, metóda distructivă. — Diferite procedee.

Tuberculosa burselor seroase identice cu sinovita tuberculoasă.

Sifilisul burselor seroase. — Sediul.

Neoplasmeme foarte rari.



## CAP. IX

# LEZIUNILE NERVILOR

---

### §. I.

## LEZIUNI TRAUMATICE

Pentru a înțelege mai bine toate fenomenele ce se vor petrece în sistemul nervos mai ales periferic, cu ocaziunea diferitelor procese ce vor rezulta din compresiuni, contuziuni, secțiuni, regenerațiunea nervoasă etc., credem util a ne reaminti structura nervilor, cel puțin în părțile cari ne interesază.

Țesutul nervos este format din celule și tubi. Celulele, foarte variabile în forma și dimensiunile lor, prezintă prelungiri, mai toate cu ramificațiuni, formând celulele bipolare, multipolare etc.

Numai una din aceste prelungiri nu se stinge imediat prin ramificație, ci percurge distanțe mai mult sau mai puțin mari, pentru a pune celula din care ese, în raport cu un organ sau suprafață óre-care. Acesta se numește prelungirea lui Deiters. Nu ne vom ocupa de cât de tubii nervoși.

Aceștia sunt de două feluri: tubi nervoși cu mielină și fără mielină, sau fibrele lui Remak.

Tubii nervoși cu mielină, se compun dintr'o parte centrală, având forma unui cilindru cu strii paralele, iar altele transversale, numite striile lui Frommann.

Acastă parte centrală se numește cilindrul ax.

Imprejurul acestui cilindru ax, se află o membrană de înveliș, numită membrana lui Schwann, în care e depusă mielina.

Din distanță în distanță, téca presintă nisce strangulațiuni, numite strangulațiunile lui Ranvier, determinând fie-care strangulațiune, segmente inter-anulare.

Fața internă a tecei lui Schwann, este căptușită de o lamă protoplasmică granulósă și subțire, care ajunsă în dreptul unei strangulațiuni, se reflectéză, căptușind acum cilindru ax, și formându 'i o técă specială, numită téca lui Mauthner.

Din acéstă dispoziție rezultă că, fie-care segment inter-anular este închis sus și jos prin reflexiunea membranei protoplasmice, formând ast-fel un sac unde se află conținută mielina, ce posedă la periferie un nucleu.

Afară de acésta, de la membrana lui Mauthner pină la téca lui Schwann, există o mulțime de despărțituri extrem subțiri și oblice, ce împart ast-fel mielina în o mulțime de segmente scurte, îmbucate unele în altele.

În aceste despărțituri, există mielina care ia un aspect particular, cunoscut de segmentele cilindro-conice. Fie-care din aceste conuri sunt separate prin niște spații clare, numite incisurile lui Schmidt sau Lantermann.

Mielina, substanță lichidă, oleaginosă, refringentă și cu aspect de grăsime, s'ar scurge fórté ușor din tubii nervoși, dacă n'ar fi reținută de membrana lui Schwann; iar pe de altă parte, acele despărțituri plecate de la membrana lui Mauthner, o împedică de a se acumula în părțile declive.

Membrana lui Schwann, de și pare a fi unică, însă cercetările lui Cornil și Ranvier au arătat că dinsa, e formată din atâtea fracțiuni, câte segmente sunt.

Ast-fel fiind, tubii nervoși sunt formați din reunirea mai multor segmente, cari ei însuși la rândul lor, se compară din punctul de vedere morfologic, cu o celulă, provădută de un învăliș (membrana lui Schwann), de un nucleu (nucleul tubului nervos), și de o protoplasmă reprezentată prin mielină.

Protoplasma la rândul său e formată din două părți: o protoplasmă diferenciată, constituind segmentele cilindro-conice, și o protoplasmă nediferenciată, coprinzând lamelele granulose ce înconjoară nucleul.

Fie-care celulă e străbătută de cilindrul ax, care singurul nu

oferă nici o întrerupere în *tótă* lungimea sea, trecând liber din o celulă saũ segment inter-anular în altul, și fără să trimită nici o dată vre-o anastomosă la vecinele sale.

După Engelmann însă, și cilindrul ax ar fi întrerupt în nivelul strangulărilor; ast-fel că după dinsul, cilindrul ax nu ar fi o tige continuă, ci rezultatul sudărei cap la cap a acestor diferite trunchiuri. Dar această opiniune nu e susținută, fiind în contradicere cu fenomenele observate în desvoltarea și regenerarea nervilor.

După Testut, tubii nervoși ar putea fi considerați ca formați din două părți cu totul distincte: cilindrul ax de o parte, iar celulele segmentelor inter-anulare de altă parte. Cilindrul ax, ar constitui partea în adevăr nervoasă a tubului, reunind fără întrerupere celulele centrale cu terminările nervoase. Celulele segmentelor inter-anulare, înconjurând această tige, ar juca un simplu rol de susținere și protecțiune, putând fi comparate din punct de vedere general, cu niște celule endoteliale.

Aceste fapte sunt de alt-fel în coroborare cu desvoltarea și regenerarea fibrei nervoase.

În cerebru și măduvă, tubii nervoși de și aũ mielină, sunt însă lipsiți de membrana lui Schwann, înlocuindu-se cu un învãliși protoplasmic môle, fără strangulațiunii saũ segmente inter-anulare.

Mai mulți tubi nervoși la un loc formeză un fascicul; el este înconjurat de un țesut conjunctiv ce formeză teca lui Henle.

Mai multe fascicule la un loc reunindu-se, formeză o fascie saũ trunchiuleț nervos, învãlit într'o teca lamelară conjunctivă, numită a lui Ranvier.

Mai multe din aceste trunchiulețe la un loc, formeză nervul în totalitate.

Teca lamelară a lui Ranvier, represintă un țesut conjunctiv perifascicular, ce se numește perinevru. Sub această teca, circulă limfa, având ambele suprafețe nervoase și conjunctive, căptușite cu endoteliu. Prin acest spațiu, străbat vase sanguine, și merg a se ramifica în interiorul nervului, între fasciculi, unde nu sunt vase limfatice.

Represintă în fig. 88 luată din Testut, unde se vëd diferitele elemente a fibrei nervoase.

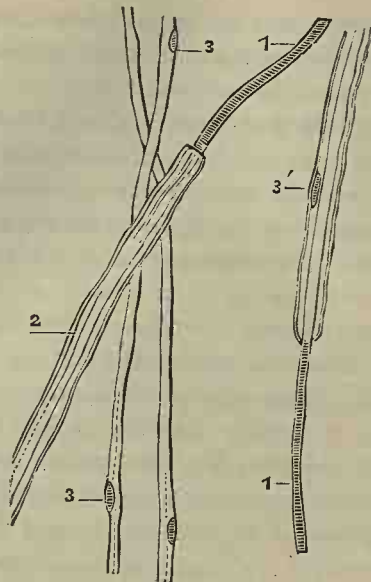


Fig. 88

Fibre nervoase disociate. (Dupe Ranvier)

1. Cilindru ax.
2. Téca cu mieliná.
- 3, 3. Nucleii segmenților interanulari
3. Téca lui Schwann.

## LESIUNILE TRAUMATICE ALE NERVILOR

1) *Compresiunea*. Aci avem două moduri de a fi: *compresiune repede și lentă*.

Compresiunea repede vine mai tot-d'auna în urma unui traumatism. Se observă însă și în unele atitudini vicioase ale membrilor superioare: fie prin obiceiul ce au unele persoane de a dormi cu brațele ridicate și încrucișate sub cap, — fapt ce se observă mai ales în clasa de jos, sau la cei cari dorm pe iarbă sau pe pământ în urma unor chefuri. În asemenea circumstanțe, se produce o compresiune bruscă, în general a nervului radial, însoțită de paralizie mecanică, studiată foarte bine de Panas și Mitchell, cari au arătat chiar o dublă paralizie radială la un bețiv, ce se culcase într-o astfel de pozițiune pe treptele unei scări.

Acelaș fenomen îl putem constata și în diferite alte pozițiuni false, luate de individ în șederea pe scaun, în strangulațiunea forte de un ștréng sau căpástru etc. etc.



Tot în compresiunile repezi intră diferitele paralisii observate la noiii născuți, fie în urma unei atitudinî viciose în basin, sau în urma manoperilor obstreticale : ca aplicațiune de forceps, de cârlig în axilă, tracțiunea pe brațe etc. etc., cari pe rînd pot da paralisii ale nervului facial, a plexului brachial etc.

Compresiunea lentă se observă în următoarele circumstanțe :

1) În urma unor acțiuni mecanice des repetate. Ast-fel avem paralisiiile membrelor superioare la hamali, soldați și la purtătorii de vase pline cu apă și duse în spinare, unde grație constricțiunei bretelelor, să determină o compresiune lentă pe nervii axilari, urmată de consecințe mai mult sau mai puțin grave.

Același lucru se observă une-orî în urma purtării de cărje rău construite, cari tot printr'o compresiune lentă, pot determina alterațiuni speciale ale nervului radial, producînd paralisii.

2) Compresiuni lente prin cicatrițe, mai cu sémă când acestea sunt gróse, largi și imobile. Probabil că cicatrițele numite dureróse, nu se datoresc de cât acestui mecanism.

3) Compresiuni lente printr'un cal sau exostosă, întrevăzute de J. L. Petit, au fost bine puse în evidență de Ollier în 1865. Se constată acest lucru mai ales pe nervul radial în fracturile brațului; în median și cubital, în fracturile antebrațului; în ramura sciaticului popliteu extern, în fractura extremităței superioare a peroneului etc.

Compresiunea prin cal, se observă când acesta avînd forma exuberantă, apasă nervul în mod escentric, comprimându-l fie de un plan osos, fie chiar contra tegumentelor fórté întinse. Exostosele lucréză în același mod.

Dar afară de acésta, un nerv póte fi comprimat de o eschilă osósă, sau fiind prins între capetele a doué fragmente ale unui os rupt, ceia-ce fie zis în trecăt, constitue chiar una din cauzele lipsei de consolidare a fracturei.

În fine Ollier a arătat posibilitatea constricțiunei nervóse într'o fisură de os fracturat.

4) *Compresiune nervósă* lentă prin tumori, ca în cazul de aneurisme (Malgaigne), ernii crurale, (Romberg), dând cunoscutele pseudo-nevralgii, cari în realitate nu sunt de cât rezultatul compresiunei nervóse, fie a sciaticului, sau nervului obturator.

Mai tóte tumorile maligne sunt însoțite de aceste compresiuni nervóse, relativ cu sediul și desvoltarea lor.

Tumorile osoase, și în special morbul lui Pott, produc fenomene de compresiune lentă din cele mai clasice.

Anatomia patologică diferă dupe gradul și felul compresiunii, așa că dînsa pôte să se mărginască la o simplă congestiune, când leziunea este vindecabilă; sau la diferite atrofii și degenerescențe proprii nevritelor înveterate despre cari vom vorbi.

**SIMPTOMELE** se manifestă :

1) *Prin dureri și desordini sensitive*, represintate prin furnicătură, amorțelă și o senzațiune de frig. Durerea une-orî ușoră, alte dăți este foarte penibilă, propagându-se prin iradiațiuni la distanțe depărtate: ast-fel avem nevralgiile intercostale în morbul lui Pott sau cancerul vertebrelor. Sensibilitatea în general este micșorată și chiar dispărută.

Se întâmplă însă că bolnavul de și nu simte, să aibă însă dureri foarte mari, ceia ce constituie *anestesia durerósă*; alte dăți avem o adevărată *iperestesia* cu crise dureroase, stînd în legătură cu desvoltarea de nevrite, ce une-orî au o tendință la extensiune.

2) *Prin paralisii* motrice, cari pot să vie cu încetul, începînd printr'o paresie; sau din contra să avem o paralisie totală și repede, după cum compresiunea sau constrictiunea este moderată și progresivă; or pôte și bruscă, ca în fracturii etc.

În or-ce cas, rezultatul final este atrofia musculară, urmată de diferite degenerescențe.

3) *Prin turburări trofice*, cari sunt consecința leziunilor suscite, manifestându-se printr'o uscăciune a pielii, alte dăți printr'o sudațiune abondentă, precum și prin alterațiunea sistemului pilos, reprezentată prin crescerea escesivă, căderea părului și incurvațiunea unghiilor; iarăși chestiune de nevrită.

**DIAGNOSTICUL.** Trebuie să aibă în vedere dacă există compresiunea unui nerv, și care este cauza acestei compresiuni.

Pentru acêsta vom avea în vedere etiologia, autecedentele bolnavului, și felul manifestațiunei leziunilor muschilor.

Să nu uităm că la tabetici, se pôte une-orî observa, după cum a arătat Dejerine, o paralisie radială survenită brusc; precum iarăși să ne reamintim de posibilitatea unei paralisiî saturnine, care s'ar impune drept o paralisie prin compresiune.

Aci, pe lângă antecedente, putem recurge și la curenți electrici, știut fiind, că în casuri de compresiune, nervul nu răspunde la

electricitate d'asupra punctului comprimat, ci contractilitatea se efectuază numai dedesupt; pe câtă vreme în paralisii fără compresiune, escitabilitatea este conservată în tot traectul nervului.

**TRATAMENTUL** este preventiv în casuri de compresiuni profesionale; sau depărtarea unor aparate rău făcute, ca de exemplu: cârjele.

Fiind vorba de compresiuni prin constricțiunea cicatrițelor, vom recurge la o operațiune apropiată; precum iarăși compresiunea fiind determinată prin interpunerea unui nerv între fragmentele osóse, vom căuta prin diferite manipulațiuni a-l degaja. Iar când nu reușim, putem după recomandațiunea lui Mondan, să recurgem de-a dreptul la deschiderea focarului traumatic, pentru a degaja nervul—spre a nu fi nevoiți a face o operațiune mult măi laboriósă, fractura fiind odată consolidată.

În casuri de compresiuni prin cal sau exostose, vom recurge la ceia-ce se numesce desinclavarea nervului—ridicând agentul de compresiune, sau practicând un adevărat tunel până la descoperirea nervului.

În timpul acestei operații, dacă agentul compresiv este o eschilă osósă, o vom ridica; precum de asemenea când va fi vorba de unele tumori solide sau lichide.

În unele casuri, Le Fort a obținut rezultate bune prin simpla elongațiune a nervului; iar în casuri desesperate și imposibile, putem practica chiar nevrotomia.

## II. CONTUSIUNEA NERVILOR

Acestea sunt identice cu fenomenele de compresiune, nedeo-sebindu-se de dînsele de cât prin modul brusc și intensitatea loviturii.

În adevăr, nu-ı nimic de comparat între fenomenele rezultate dintr-o compresiune, cu acelea provocate de o lovitură de baston, o luxație, o fractură, sau o plagă prin urmă de foc. Am avut un cas tip la o ténără damă, care în urma unei descărcări neașteptate de revolver, a fost coprinsă de o paralisie bruscă a muschilor extensori, de sigur în urma unei contusii a nervului radial, glonteale străbătând fața esternă și mijlocie a brațului drept, eșind prin fața sa internă.

Nisce asemenea accidente se observă în urma luxațiilor scapulo-umerale, fie în momentul producerii sau reducerii lor, când putem avea paralizia întregului plex brachial, sau unor anumiți nervi contuzionați.

**Anatomia Patologică.** Atât experimentațiunea cât și faptele clinice au arătat că, în mijlocul orii căreia desorganizațiunii a parenchimului nervos, nevriemul rămâne tot-d'auna intact.

Se deosebesc însă trei grade de leziuni.

Prima constă într'o ușoră sufuziune sanguină între tubi, cu sau fără ruperea filetelor nervoase, sau deplasarea mielinei.

Casul acesta e foarte ușor, căci în general turburările funcționale sunt pasagere.

Al doilea grad este, când infiltrațiunea e mult mai abondentă, iar ruperea cordónelor mai numerosă.

Gradul al treilea, când zdrobirea nervoasă este totală, nerămâind sub téca nevriematică de cât un fel de mocirlă roșie, formată din sânge, mielină și fibre nervoase zdrobite.

**SIMPTOME.** Durerea, anestesia și paralizia, sunt simptomele principale cari une ori pot fi ușore, manifestându-se prin furnicăături, amorțeală, arsuri și paresie, toate fiind trecătoare, de și mai târziu pot fi însoțite de consecințe grave, cu totă benignitatea lor aparentă.

Altă dată fenomenele devin grave de la început, prin durerile atroce, anestesia complectă, și paralizia totală a mușchilor dependenți de nervul contuzionat.

Relativ la aceste paralisii traumatiche, există una cu totul specială la membrul superior, numită paralizia lui Erb sau paralizia radiculară. Fenomenul constă, că în contuzia supra-claviculară, interesând decî plexul cervical, observăm paralisii în mușchii brațului și chiar ai antebrățului inervați de nervii radial, median și cubital, nervi aparținând ramurilor terminale a plexului brachial. Aceste paralisii neînțelese și atribuite mult timp unor contuziuni directe musculare, se explică prin conexiunea ce au fibrele motrice ale plexului brachial, cu V-a și VI-a pereche din plexul cervical.

O contuzie decî supraclaviculară, lovind plexul cervical, lovește și rădăcinile celui brachial; de aci și numele de paralizie radiculară, în urma căria putem avea paralisii în braț și antebrăț.

Pe lângă aceste fenomene mai avem turburări termice: une-ori ipertermice ( $1^{\circ}$  și  $1/2$ ), dar mai des ipotermii prin vaso-constricțiune, dându-ne temperatură scăzută cu 7—8 grade. Ast-fel e cazul lui Terrillon, unde în urma contuziunii nervilor radial, median și cubital, membrul devenise rece, cu o temperatură de  $23^{\circ}$  9.

În fine, mai avem durerea locală în punctul contuzionat, și une-ori chiar constatarea cordonului nervos devenit mai gros, tare și moniliform.

În cazuri ușoare, totul începe treptat a reintra în ordine, începând întâiu prin disparițiunea anesteziei; alte dați însă, fenomene de nevrite precoce sau tardive vin de complică și agravează contuziunile nervoase, chiar atunci când credem că totul a intrat în ordine. De aceia și pronosticul e grav, tocmai din cauza posibilității desvoltării acestor nevrite, ale căror consecințe le vom vedea.

**DIAGNOSTICUL.** Paralizia și anestezia contuziunelor, sunt periferice și în legătură cu inervarea mușchilor de nervul atins. Electricitatea ne va ajuta a preciza dacă nervul e cu totul distrus, după cum excitabilitatea musculară va exista sau nu, d'asupra punctului contuzionat.

Paraliziile și anesteziiile de origină cerebrală corticală, sunt foarte întinse; iar caracterele cunoscute ale monoplegiei sau paraplegiei când leziunea este în măduvă, se stabilește ușor.

La persoanele nervoase, se pot observa fenomene analoge cu cele rezultate din contuziune, fără cu toate acestea să existe leziuni propriu zise în trunchiul nervos. Ast-fel la isterici, în urma unei simple contuziuni, fracturii etc., apar repede paralizii și anestezii foarte întinse.

Dar tocmai faptul aparițiunii și disparițiunii bruște a fenomenelor, a conservării excitabilității musculare, a copleșirii unui segment de membru fără nici o legătură cu o anumită distribuție nervoasă cunoscută, precum și constatarea altor stigmatе isterice, fac a se deosebi leziunile contuziunii, de aceste fenomene de natură *istero traumatică*, unde se presupune o sdruncinare în nervii periferici, o scurgere, sau după cum o numia Dupuytren, o emoragie nervoasă, analogă cu aceia ce se petrece în sincopă sau comoițiunea cerebrală.

Am cunoscut o domnișoră isterică, care în urma unei contracturii, își produse o contuziune escesiv de ușoră a brațului drept

căci nu lăsase în urmă absolut nici cel mai mic semn; și cu toate acestea a fost coprinsă de o paralizie completă a pumnului, însoțită chiar de contractură. Prin o simplă mângâere, distracție, și ușor masagiū nebăgat în sémă, totul intra în ordine, prin dispariția completă a or cărei paralizii și contracturi; dar imediat atențiunea fiindu-i atrasă, fenomenele reapăreaū, însoțindu-se de plânsete și suspine.

Vom preveni toate acestea prin repaus, revulsive, chinină și antipirină la interior; mai târziu electricitatea, sau în fine intervențiunii operatorii.

### III. LEGĂTURA NERVILOR

Accident foarte frecuent, fie din eróre, legându-se un nerv separat, sau împreună cu o arteră; fie în mod forțat, când aplicăm o legătură în masă, ca în casuri de castrație, amputație etc.

De aci două categorii de legături nervóse: imediate și mediate, după cum legătura se aplică direct pe un nerv, or între dânsul se interpune o arteră, sau diferite alte țesuturi.

Resultatul este diferit în ambele casuri, căci depinde de conservarea or distrugerea fibrelor nervóse. Este bine înțeles, că o constricție forte și imediată, va rupe toate fibrele; pe când aceeași constricție mediată, va putea lăsa unele din ele intacte, prin care inervațiunea se va putea continua.

De aci în cazul I, vom avea desorganisări profunde și permanente; iar în al II, mai superficiale și pasagere: probă disparițiunea fenomenelor dureróse și paralitice în urma ridicărei firului coustrictor.

Când secțiunea e completă, capetele nervului separate vor degenera (vezi la plăgi); iar dacă secțiunea nu e completă, putem avea fenomene de nevrită sau chiar de tetanos.

## DISTENSIUNEA, RUPEREA ȘI SMULGEREA NERVILOR

Acest capitol se definește prin el însuși, deosebindu-se însă două feluri de distensiuni: *lentă și bruscă*.

Nervii fiind capabili de a se lungi în ore-cari limite, s'a căutat a se face uz de această proprietate, pentru a combate unele afecțiuni de dureri nevralgice rebele, practicându-se ceia-ce se numește elongațiunea nervilor.

Trombetta este cel dintâiu, care a practicat elongațiunea nervului sciatic, pentru a combate nevralgiile sciatiche, determinând o flexiune maximă a cõpsei pe basin, gamba fiind în extensiune.

Astăzi, conduși de acelaș principiu, se face chiar elongațiunea măduvei, prin aparatul extensor al lui Sayer.

Când însă elongațiunea trece limitele sale, atunci avem a face cu ruperi și chiar smulgeri nervoșe, precum se întâmplă în luxații, fracturi, apucarea unui membru de o mașină etc.

**ANATOMIA PATOLOGICĂ.** Toți autorii, cari s'a u ocupat cu această chestiune, între cari mai ales trebuie citați: Assaky, Tillaux, Gillette, Trombetta, au recunoscut că estensibilitatea cordónelor nervoșe este foarte mare, iar rezistența lor la rupere, colosală; ast-fel s'a u văduț lungiri de nervi de 12 și 25 c. m. înainte de a se rupe, rupere, care pentru unii nervi se cere o forță colosală, între cari sciaticul de es. cere minimum 25 kilograme.

Din esperiențele mai ales ale Dr. Assaky reese:

Că nervii se bucură de o aceeași elasticitate (mai mică pe cadavru) ca și arterele.

Acastă elasticitate e pusă în evidență prin extensibilitate și retractilitate.

Lungirea elastică a capătului periferic, e tot-d'a-una mai puțin marcată (din cauza ramescenței cordónelor nervoșe periferice) ca a capătului central.

Alungirea ce suferă un cordon nervos, e proporțională cu greutatea progresive crescânde. Sustras de la aceste greutatea, nervul revine la dimensiunile primitive.

Limitele elasticităţii nervilor sunt repede atinse ; după care, or cât am mări greutatea, extensibilitatea nu se măreşte.

Daca continuăm cu greutatea, survine o ultimă perioadă în care nervul lungit, nu 'şi mai reia dimensiunile normale, fapt probabil, cu modifi caţiunile structurale (rupturi parţiale).

După Dr. Assaky, agenţii elasticităţii nervilor ar fi nu numai răţéua tecei laminóse, dar chiar mielina şi cilindrul ax. (Vezi de la suture des nervs à distance, de Dr. Assaky, 1886 Paris).

S'a căutat a se descoperi a nume locuri de elecţie, sau puncte slabe a nervilor, unde de ordinar ruperea se produce. Ast-fel pentru nervul sciatic, se susţine că ruperea se face tot-d'a-una la eşirea sea din basin ; pentru median, la plica cotului ; pentru cubital, sub sghiabul retro-epitrochlean.

Noi, în experienţele pe cadavru ce am întreprins în această direcţiune la institutul de chirurgie, nu am putut constata nisce asemenea puncte slabe şi fixe în anume regiuni a nervului, căci ruperea s'a produs mai tot-d'a-una în punctul de aplicare a tracţiuneii, sau ceva mai sus. Tracţiunea am făcut-o în lungimea nervului şi paralel cu axa membrului.

Iarăşi, experienţele noastre ne-aū probat că, dacă nervii resistă în adevăr la greutăţi mari pentru a ceda, elongaţiunea însă nu este împinsă așa de departe ca 15 şi 20 c. m. după cum aū arătat autorii.

Am constatat în adevăr, că nisce asemenea elongaţiuni, par a fi mai mult aparente de cât reale, resultând mai mult de la alunecarea nodului, or a deslipirilor rămurilor nervóse, lucru care reese din espunerea ce facem.

Aceste esperienţe le-am făcut prin tracţiuni cu ajutorul muflelor ; întâiu pe nervi cu totul separaţi de părţile vecine, fiind adică numai sub formă de córdă, iar pe urmă pe nervi numai simplu descoperiţi, iar nu deslipiţi.



# TABLOU

de experiențele făcute la institutul de chirurgie relativ  
la elongațiunea nervilor.

**Nervul median stâng.** Lungimea luată din axilă până la carp 55 c. m.

Nerv detașat. Cu puterea de 15 kilgr. s'a rupt în terțul său inferior printr'un virf alungit. Mai înainte de a se rupe, s'a lungit într'un mod manifest aproape cu 3 c.m.

Extremitatea superioară rămasă liberă, s'a legat separat cu un nod cu sfără, și având lungimea de 20 c.m. S'a rupt cu 18 kilgr. just în nivelul nodului, iarăși în urma unei lungiri.

**Nervul median drept** descoperit fără a fi detașat, lungime de 38 c.m. La 10 kilgr. s'a lungit la 42 c.m., adică cu 4 c.m.; la 30 kilgr. s'a lungit la 45 c.m. adică cu 7 c.m.; la 32 kilgr. s'a rupt în palma mâinei, iarăși efilându-se.

**Nervul sciatic drept** cu totul detașat până la marea eșancrură (scobitură). S'a aplicat cârligul la fosa poplitee pe ambele rămuri (sciatic popliteu intern și estern).

Lungimea de la eșancrură și până la cârlig de 40 c.m.

La 15 kilgr. s'a lungit cu 1 c.m.

La 24 kilgr. măsură 45 c.m. adică s'a lungit cu 5 c.m., cu tendința la deslipirea rămurilor aderente.

La 35 kilgr. măsură 47 c.m., adică s'a lungit cu 5 c.m.

La 50 kilgr. măsură 48 c.m., adică s'a lungit cu 8 c.m.

La 60 kilgr. măsură 60 c.m. adică s'a lungit cu 10 c.m.

La 61 kilgr. nervul sciatic propriu zis nu s'a rupt, a cedat însă sciaticul popliteu extern la partea sea de mijloc, efilându-se. S'a continuat mai departe; lungimea actuală 54 c.m.

La 65 kilgr. nervul sciatic nu s'a rupt, dar s'a efiloșat la extremitatea cea mai inferioară unde se confundă cu muschii gambei.

S'a aplicat un nod cu sfără pe capătul superior al nervului rămas, ce măsură până la nod 27 c.m.

La 15 kilgr. măsură 29 c.m., adică s'a lungit cu 2 c.m.

La 25 kilgr. „ 32 c.m. „ „ „ „ 5 c.m.

La 28 kilgr. nervul s'a rupt în dreptul nodului, efilându-se la nivelul bifurcațiunei sciaticului.

S'a aplicat un nod d'asupra bifurcațiunei sciaticului rămas. Lungimea de la marea eșancrură la nod este de 14 c.m.

La 15 kilgr. măsură 17 c.m., adică s'a lungit cu 3 c.m.

La 26 kilgr. „ 19 c.m. „ „ „ „ 5 c.m.

La 30 kilgr. „ 21 c.m. „ „ „ „ 7 c.m.

La 35 kilgr. nervul s'a rupt iarăși în dreptul nodului.

**Nervul sciatic stâng**, descoperit fără a fi detașat. Cârligul s'a aplicat în fosa poplitee, apucându-se ambele ramuri de bifurcație.

Lungimea de 41 c.m. de la marea eșancură la cârlig

La 18 kilgr. măsoră 47 c.m., adică s'a lungit cu 6 c.m.

La 28 " " 48 " " " " " " 7 c.m.

La 38 " " 50 " " " " " " 9 "

La 45 " " 52 " " " " " " 11 "

La 46 " " 60 " " " " " " 19 "

NB. Lungimea reală nu există, căci dinsa este determinată prin deslipirea progresivă a nervului din mușchii ce străbate; așa că la această tracțiune cârligul a ajuns la 9 c. m. de călcâiu, deslipind cu dinșii nervi, fără să se rupă cu toate acestea.

Tracțiunea se continuă; mai departe dinamometru nu s'a mișcat, cârligul a ajuns însă până la călcâiu; lungimea a fost de 83 c.m., când ruperea nervului s'a făcut aproape de călcâiu, fiind efilat și deslipit până la tendonul lui Achile, fiind împreună englobați și nervul popliteu și sciaticul extern.

Aplicându-se un nod pe nervul sciatic, mai sus de bifurcațiune, și nefiind aderent de țesutul celulo-grăsos, de cât pe fața sa anterioară (conform cu poziția cadavrului pe fața posterioară).

Lungimea este de la eșancură până la nod de 30 c.m.

La 15 kilgr. măsoră 32 c.m., adică s'a lungit cu 2 c.m. Continuând mai departe la 18 kilgr., nervul a cedat rupându-se în dreptul nodului.

Dar și aci e de notat, că lungimea este mai mult aparentă, determinată prin alunecarea nodului, de cât reală.

S'a aplicat suturi de siguranță prin fire duble de mătase pe trunchiul nervului sciatic.

Lungimea de la eșancură, și până la nod este de 25 c.m.

La 15 kilgr. măsoră 26 c.m.

La 20 kilgr. s'a rupt însă de sfără, tăind în același timp în sens vertical o porțiune din nerv.

Leziunile anatomice diferă după gradul tracțiunii: ast-fel în distensiunea simplă sau elongația moderată cu scop terapeutic, nu găsim leziuni mari, totul mărginindu-se în ruperi ușore a tecei și a vaselor mici, leziuni de alt-fel trecătoare; cu totul deosebite sunt cele produse prin zdrobirea nervilor, unde tubii nervoși cu totul alterați, intră în degenerescentă.

În smulgerile nervoase, se susține că nervul ar ceda în punctele unde se încovoie, sau trece printr'un inel fibros, sau la nivelul rădăcinilor sale. În or ce cas însă, nevriemul său téca lui Schwann, este cea din urmă care cedeză, subțiindu-se ca în cazul unei smulgeri de artere. Iarăși se pare că nervul odată rupt, capătul central se retractă ôre-cum, învaginându-se în teaca sa, așa că

dacă nervul se rupe la diferite înălțimi, putem avea tot atâtea invaginațiuni.

**SIMPLOMELE.** In casuri de elongațiune ușoră, nu observăm de cât turburări sensitive, de unde anestesia; dar și acesta poate să lipsescă când distensiunea se face în mod lent și progresiv, ceea ce aduce un fel de obicinuință a nervului cu acest fel de tracțiune.

Când însă distensiunea e forte, bruscă și imediată, atunci toate funcțiunile nervului sunt abolite, și vom observa o paralizie imediată a sensibilității, cu disparițiunea completă a contractilității electrice.

Ast-fel sunt casurile în smulgerile nervilor, cari ne dau stuporea locală și șocul, iar unele paralizia imediată, trecând peste teritoriul de inervațiune a nervului smuls. In fine, când smulgerea merge până la rădăcinile medulare, poate da chiar nascerec unei morți subite.

## V. PLĂGILE NERVILOR

1) *Înțepăturile.* Or cât de fin ar fi instrumentul, fie chiar cel mai subțire ac, dânsul nu se poate introduce printre fibrele nervose, fără a atinge pe unele din ele; de aceea mai tot-d'auna observăm dureri forte violente, iradiindu-se d'asupra și dedesuptul punctului înțepat.

In afară de casurile de duel prin floretă, or spargerea unei butelii sau vas de sticlă, când în mod indiferent or ce nerv poate fi atins, accidentele acestea se observa înaintea în urma venesecțiilor; iar azi în urma injețiilor subcutanate cu siringa lui Pravaz, când acul poate atinge o ramură din nervul musclocutanat, brachialul cutanat intern sau chiar medianul.

Am observat mai multe casuri de dureri atroce, însoțite chiar de adevărate paralizii a extensorilor, în urma unor injețiuni cu morfină, sau eter, pe fața posterioară a antebrațului. De acia nisec asemenea înțepături tot-d'auna trebuiesc evitate, căutând a menaja regiunile cunoscute prin trecerea unor ramuri nervose. Nu vom face deci înțepături pe fața posterioară a antebrațului; în dreptul spinei iliace antero-superioară; pe fața externă și superioară a gambei etc., spre a evita atingerea ramurei esterne a radialului, nervul abdomino-cutanat și ramura sciaticului popliteu extern.

Plăgile contuse ale nervilor sunt de sigur cele mai grave, atât prin neregularitatea secțiunii—fiind vorba de smulgeri, cât și prin distrugerea fibrelor nervoase; dar mai ales prin complicațiunea plăgilor de corpi străini și agenți septicemici.

Același lucru vom zice de plăgile prin armă de foc, căci de și nervii, grație mobilității și învâlișului lor de o atmosferă grăsoasă, pot scăpa de acțiunea proiectilelor, totuși ei pot fi contuși, secționați sau chiar perforați.

Tot în clasa plăgilor nervilor, autorii pun și denudațiunea acestor organe, ce se întâmplă mai ales prin intervențiunile chirurgicale, fiind vorba de ablațiunea unor tumori ce au coplesit nervul. Ast-fel, în tumorile parotidiene, în tumorile fosei poplitee, a fosei axilare etc. chirurgul cu tot dinadinsul, căutând a menaja nervul, este silit a denuda nervul facial, sciaticul popliteu intern etc., denudațiune, care dacă măsoră ore-care întindere de 5—6 c.m., nervul poate să se sfaceleze, în urma suprimării elementelor sale nutritive, lipsind fiind de *vasa nervorum*.

Dintre toate aceste leziuni, plăgile prin instrument tăetor sunt cele mai importante, atât prin regularitatea secțiunii cât și fenomenele de regenerațiune.

Vom reveni.

**ANATOMIA PATOLOGICĂ.** Vom avea în vedere numai secțiunile nervoase. Și în mod prealabil, primul fenomen ce-l putem observa, este retractilitatea capetelor nervoase tăiate, de unde va rezulta depărtarea lor, care după experiențele lui Assaky și Wund, va fi cu atât mai mare, cu cât nervul va fi mai lung și fără rămuri colaterale ce 'l-ar lega cu mușchii vecini.

Se studiază următoarele două probleme:

Întâiu, când extremitățile nervoase sunt de la început în contact, și al doilea când ele sunt depărtate una de alta.

Chestiunea acésta, implică regenerarea nervilor, asupra căreia vom reveni.

Astăzi, atât clinica cât și experimentația, probéză că ideia lui Cruikshank emisă în 1776, că nervii se pot regenera, este un fapt pozitiv. În adevăr, cercetările atât pe animale cât și pe om, au probat că reunirea celor două capete nervoase se obține în mod sigur, grație intervenirei unui țesut embrionar, apoi fibros, și în urmă cicatricial.

Fenomenile ce se petrec în urma secțiunii nervoase sunt două: întâi de degenerescență, și al doilea de regenerațiune.

Fără a intra în studii amănunțite ce aparțin mai mult anatomiei patologice pure, vom resuma, că faza de degenerescență, după Ranvier, este absolut necesară, pentru ca în urmă să apară cea de regenerațiune.

Degenerescența apare foarte repede, chiar după 24 ore, caracterisându-se prin vegetarea și îngroșarea lamei protoplasmice, care coplesind téca lui Mauthner, atacă cilindrul ax, pe care îl råde, îl subțiază și îl rupe în diferite puncte, prezentându-se ast-fel în fragmente retractate, îngroșate și tortuoase în mijlocul mielinei, transformată ea însăși în bule.

Endoteliul vaselor și a tecei lamelor se umslă, se infiltrază de grăsime, ca și țesutul conjunctiv ce-l înconjoară.

Singură téca lui Schwann resistă, conținând într'însa un fel de magmă protoplasmică, rezultat al fragmentării cilindrului ax și mielinei.

Dar nu putem merge mai departe cu acest studiu, ce aparține mai mult de domeniul anatomiei patologice pure.

Pentru cei cari doresc cunoștințe mai complete, recomandăm teza de doctorat a D-ului Tomescu din 1886.

Voi reproduce totuși din această teză următorul resumat, asupra degenerării capetelor nervoase.

Imediat după secțiune, mai că nu se produce vre-o modificare însemnată în căpătâiul periferic.

Mai târziu protoplasma și nucleii interanulari ia o dezvoltare foarte mare.

În urmă survine o îmbucătățire (fragmentare) transversală a mielinei, mai întâi în giurul unei strangulațiuni și în nivelul incisurilor lui Schmidt; apoi activitatea protoplasmei crescând, mielina e fragmentată și în alte părți.

Aceste modificări se petrec în primele 2 zile la iepurile de casă; în cele trei la purcelul de India; 4, la câine etc., 30 — 35, la broască etc. cu păstrarea excitabilități motrice a segmentului periferic.

După 2 — 3 zile la iepure, găină și 4 la câine, survine pierderea excitabilități căpătâiului periferic, coexistând în același timp cu segmentarea cilindrului-ax prin protoplasmă și prin aparițiunea de o mulțime de nucleii.

Acest proces este activ și nu se continuă de cât 14 — 15 zile, apoi rămâne ore-cum staționar, iar tubii nervoși sunt reduși la : téca lui Schwann cu nucleii, și pe ici pe colea mici bule și granulațiuni de mielină în o ușoră masă protoplasmică.“

În ceia ce privește regenerarea, dăm următoarele date :

Faza degenerativă se oprește după a 14 sau a 15 zi, dacă nervul este destinat a se regenera.

Regenerarea imediată astăzi nu se mai admite, chiar și atunci când obținem o reunire per primam a capetelor secționate.

Tot acelaș lucru vom zice de regenerarea autogenă, propusă de Polaillon, pentru a explica restabilirea imediată a transmiterii nervoase în urma suturilor secundare.

În acest cas, fibrele anastomotice, de și pot menține sau restabili funcțiunea nervului, ele însă sunt incapabile de a se opune la degenerarea capătului periferic, în sensul anatomic sau istologic.

Să vedem dar care e procesul anatomic al regenerării, și cum se produce în fie-care segment ?

Trebue să spun de la început, că leziunile ce le observăm în capătul central sunt limitate, iar nu după cum crede Neumann și Eichhorst, că capătul central degenerază ca și cel periferic. În genere, alterațiunile nu se urcă mai sus de câți-va milimetri până la un centimetru, fapte bine stabilite de Ranvier.

Aceste alterațiuni, constau la început într'un proces de inflamațiune, consecutivă traumatismului. Tumefacțiunea este generală, extremitatea capătului central este infiltrată cu o mulțime de globule albe ; nervul are un diametru îndoit și chiar întreit ; unii tubii oferă numai cilindru ax tumefiat, mielina nu se mai distinge ; alții presintă fragmentări de mielină.

Toți tubii au conservat însă forma lor cilindrică, și în regulă generală cilindrul ax nu este fragmentat. — Este deci o alterațiune ; însă, pe când în capătul periferic ea este de natură regresivă, aci din contră, arată mai mult o vitalitate, și pare a nu fi de cât rudimentele unei regenerări începânde.

Aceste alterațiuni sunt mai pronunțate la periferia nervului, și rezoluția lor durează chiar 4 1/2 luni.

Acestea ar fi alterațiunile între 4—20 zile după secțiune.

În o perioadă mai înaintată de 30—40 zile, se observă o proliferare a tubilor nervoși de la suprafața capătului central. Mai întâi

apare cilindrul ax, care după un traect óre-care, se divide în fibrile evidente, putând merge chiar până la 30 și 40 firisoare.

Am văzut la anatonmia patologică, că degenerescentă dacă are un mers continuă în capătul periferic putând să distrugă tot cordonul nervos, în capătul central însă această degenerescentă nici o dată nu trece dincolo de primul segment așezat d'asupra secțiuneii; așa ca acest capăt nervos, grație comunicărei sale cu măduva, dînsul hrănindu-se tînde a crește, ceia ce se și manifestă prin lungirea cilindului ax.

Ast-fel fenomenul se petrece după Ranvier.

Acastă vegetațiune activă este de sigur suficientă de a reproduce un întreg cordon nervos.

De aci nasce bulbul central, saũ nevromul de regenerațiune, care format de un număr considerabil de fibre noi și încolăcite în tóte sensurile, tînde a coplesi țesutul conjunctiv cicatricial.

Prin mijlocul seũ, străbate în capătul periferic, insinuindu-se în téca lui Schwann gólă, pentru a progresa încet pînă la extremitatea membrului, saũ unindu-se cu fibrele rămase nedeenerate din capătul inferior.

De aci rezultă, că regerațiunea nervósă, are absolut trebuință de un conductor pentru a merge la periferie; căci dacă acesta lipsește, fibrele noi născute se pot răspândi în lături, fără a regenera nervul secționat. De aci aplicațiunea metodei pentru a facilita regenerarea nervilor de a interpune între fragmente, fie plăci osóse decalcifiate, saũ o sutură la distanță prin fire de Cat-gout saũ mătase. Tóte acestea aũ de scop a servi ca tutor pentru conducerea burgeonilor plecați din capătul central. Și acésta este neapărat trebuincios, când distanța între fragmente trece dincolo de 6 c.m., limită peste care regerațiunea spontanată nu se mai póte obține.

Care este cauza acestei multiplicațiuni? Vanlair crede, că fibrele centrale întâmpinând rezistență în țesutul de reunire, se opresc în creșterea lor longitudinală, rămâind, bine înțeleș, a se desvolta în sens lateral.

Dr. Thomescu crede în teza sea, că condițiunile de traĩ din acest segment fiind schimbate, fibrele nervóse aũ tendința a reveni la fasa embrionară, stare când cilindrul ax este format din fascicule de fibrile.

Dar or cum ar fi, aceste fibrele intră în țesutul cicatricial,

care pare a juca un rol foarte important în procesul de regenerare. Fibrele nervoase, reduse până aci la simplii cilindri axili, acum se complectază, acoperindu-se de téca lui Schwann și de mielină.

În adevăr, cicatricea formată la început din globule roșii, celule conjunctive și bule de mielină, posedă elementele necesarii învelișurilor nervului, fiind de natura țesutului conjunctiv.

Unii autori pun aci și formarea de fibre nervoase, susținând că prin diferențierea istologică a elementelor dintre căpătaie, s'ar forma celule ganglionare ce ar servi ca centri trofici, și ar contribui la regenerarea fibrelor lui Remak.

Acéstă părere, este combătută de autori mai recentî. Ast-fel, Stroebel, într'un memoriu din 1893, admite numai proliferarea centrală. Pe de altă parte, cercetările lui Vignal și Boveri au arătat, că elementele dintre fragmente nu este în stare a produce vr'o celulă nervoasă.

Teoria dar a nasterii celulelor nervoase din protoplasmă, susținută de Büergner și basată pe teoria embriologică a lui Balfour cade, rămânând în picioare teoria lui Vanlair și Ranvier, susținută pe datele embrilogice a lui His, care admite numai dezvoltarea din celule centrale.

Ne rămâne să vedem ce se face cu capătul periferic.

Daca distanța între căpătaie este prea mare, și nu s'a intervenit prin sutură, tub etc., acésta pôte rămâne pentru tot-d'auna în degenerare. În cas contrariu, între 80—90 zile, vom găsi în acest segment, alături de fibre degenerate, altele cu totul noi, unele în vechile tecî ale lui Schwann, altele pe alături, între ele. Mielina vedem că se depune în straturi. Cu cât ne depărtăm de la epoca secțiunei, cu atât vom vedea numărul fibrelor noi înmulțindu-se, iar procesul de degenerare resorbindu-se, său servind ca elemente de înveliș.

Pentru înțelegerea mai ușoră a acelor descrise, reproduc următórea schemă reprezentată în Fig. 89 dată de Ranvier, și luată din Duplay și Reclus.

1) Capătul central se termină printr'o umflătură rotundă saú ovoidă, numită *bulb central* al lui Ranvier, saú *nevrom de regenerațiune* al lui Van Lair, saú *con de creștere* al lui Ramon y Cajal, de mărimea unui bob de fasole saú alună. De-asupra lui, se află



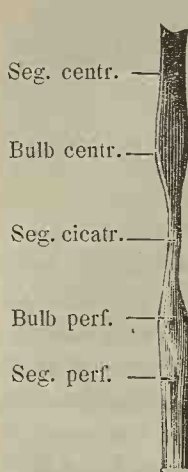


Fig. 89.

Schema unui nerv secționat, ale cărui două capete sunt reunite printr'o cicatrice.

cordonul nervos sau segmentul central, ce conservă toate caracterele normale ale nervului.

II) Pe capătul inferior găsim iarăși o umflătură, numită bulb sau mugure periferic, tot în formă de nevrom; iar sub dînsul segmentul periferic, analog ca formă cu cel central.

III) Intre aceste două capete, când sunt separate, se află un tractus intermediar, care le reunește; este segmentul cicatricial al lui Ranvier, ce servă de conductor la regenerațiune; iar când capetele sunt reunite, constatăm o umflătură olivară, ce arată nivelul cicatricei.

Acesta este modul tip al reunirei nervoase.

Iar când reunirea lipsește, extremitatea periferică este subțiată, atrofiată și sclorosită, fără a mai conține nici o urmă de tubi nervoși sau cilindru ax, lucru asupra căruia deja am insistat.

**SIMPOME.** Toate fenomenele consecutive leziunilor traumatiche a nervilor, sunt împărțite de Nicaise în mod foarte logic și natural în două mari categorii. În prima se așază simptomele cari sunt consecința directă a rănirii nervoase, rezultând din aceea că nervul e separat de originile sale centrale; aci intră *turburările periferice* propriu zise.

Aceste fenomene sunt sub dependența alterațiilor suferite de capătul periferic, a degenerațiunii tubilor nervoși, și în unele cazuri de inflamația intersticială mai mult sau mai puțin pronunțată.

În a doua categorie, intră fenomenele la distanță, coprinzînd *fenomenele de iradiațiune*, ce rezultă din răsunetul rănirii asupra centrilor nervoși.

Grupul acesta e mai puțin studiat ca cel dintâi; dînsul constă în modifi cațiuni ce apar în capătul central, putînd să se propage în sus chiar pînă la centrul nervoși.

Vom începe întîi cu :

## I. FENOMENE PRIN TURBURĂRILE NERVOASE PERIFERICE

Aci vom studia *turburările sensibilității, motilității și nutrițiunei.*

Maî întâi însă vom spune că *durerea*, e primul simptom ce apare imediat după accident. Plăgile prin înțepătură și secțiunile incomplete, dau durerile cele maî mari și iradiate; iar secțiunile complete, sunt aprópe lipsite de acest fenomen.

Plăgele prin armă de foc, după observațiunile lui Mitchell, nu se însoțesc de dureri, fie din cauza marei emoțiuni, fie că răni-rile nu sunt imediat observate. Ast-fel acest autor a constatat, că din 91 casuri, a treia parte din bolnavi n'aú simțit nici o durere în momentul accidentului.

Durerea merge către terminațiunile nervóse, saú se ridică până la rădăcinile madulare, saú în fine să lățește pe suprafețe depărtate de punctul lezat. Ast-fel se citéză de Weir Mitchell, dureri la inserția deltoidului în rănirile gâtului; dureri la testicul, într'o plagă a regiunei supero-interne a cópsii ce atinsese sciaticul etc.

Pe lângă durere, avem une-orí fenomene mult maî grave: de sincopă, șoc, stupóre locală, urmate imediat de paralizii, tremurături epileptoide, saú contracturi locale, or la distanță, etc., lucruri ce se observă maî ales în resbóe și cari azi intră în marele grup de *istero-traumatism*.

Ast-fel s'aú vedut soldați rémași cu mâna incleștată pe armă, de și nervii erau secționai și muschií paralizați.

La alții, se observă paralisia membrului opus rănirii, și chiar de o dată paralisia celor patru membre; rănirea unui membru produce dureri în membrul opus și chiar în puncte simetrice etc.

Dar afară de aceste fenomene, turburările de sensibilitate, motilitate și turburările trofice, sunt cele maî importante în leziunile nervilor. Deci să le studiem.

I. *Turburările sensitive*, coprinde *anestesia și iperestesia* ca cele maî principale puncte.

Anestesia ne oferă următoarele trei tipuri sau forme clasice.

a) *Anestesia imediată*, ocupând numai teritoriul nervului secționat; dinsa constituie tipul clasic și cel mai comun.

Acest fel de anestezie nu are trebuință a fi descris, știut fiind din anatomie distribuția și terminația fie-cărui nerv.

Se întâmplă însă, că sensibilitatea să nu fie cu totul distrusă, cu totă secțiunea complectă a nervului, așa că simțul tactului rămâne conservat. Ast-fel putem une-orî introduce un ac în pulpa degetului până la os, fără ca bolnavul să simtă vre-o durere; pe când o ușoră frecare superficială, e foarte bine percepută și analizată de bolnav. Acésta se esplică dupe Letiévant prin sensibilitatea înlocuită (supleată), rezultând din vibrațiunea papilelor nervóse, ce se transmite la pielea rămasă intactă, înlocuindu-i ast-fel sensibilitatea dispărută.

Dar acésta analgesie cu conservarea sensibilităței tactile e răspinsă de Tripier, care o consideră ca tot-d'auna compromisă. În adevăr, acest autor, cu ajutorul compasului lui Weber, n'a găsit nici odată un bolnav care să simtă cele două puncte ale compasului, or care ar fi fost depărtarea lor.

Există însă în mod sigur, dupe dînsul, conservarea simțului de înțepătură, însoțit de abolițiunea complectă a sensibilităței la temperatură. Acésta constituie *termo-anestesia*, care e fenomenul cel mai constant și mai marcant în secțiunile nervóse. Ast-fel, bolnavii nu simt arsura produsă de un chibrit, dar percep înțepătura făcută cu un ac. Mai observăm încă și alte casuri: în secțiunea nervului median, anestesia póte fi limitată numai la police, index și fața externă a mediului, pe când regiunea tenară rămâne sensibilă în totă întinderea sea. Acésta dupe unii, din cauza număróselor firioșore venite de la ramura anterioră a radialului, răspândite în acésta regiune. Dar nisce asemenea fapte se pot constata foarte des, fie în urma unor anomalii, anastomose nervóse, or fibre recurente.

Tot pe aceste considerațiuni, ne putem esplică absența totală de anestezie, de și secțiunea nervului este complectă.

Așa între altele, se observă și se citéză casuri în cari în urma unei plăgi a nervului cubital, chiar de a doua și sensibilitatea a aparut la anular și auricular, fără cu tóte acestea să ne putem închipui o regenerațiune definitivă. Mai mult încă, înțepându-se cu acul degetul anular, senzațiunea era percepută la in-

dece. Dar și acesta nu e de cât o sensibilitate radială, care arată în mod clar, calea anastomotică prin care dinsa se stabilește puțin câte puțin.

Tóte acestea se explică prin diferitele anastomose ale nervilor, aceia ce Richelot numesce *sensibilitatea colaterală* și asupra cărora vom reveni pe larg.

b) *Iperestesia* nici odată nu se observă în mod normal, ci numai în casuri anumite: ca în secțiuni incomplete, înțepături sau corpuri străine.

De aci rezultă că, bolnavul de și este coprins de o anestesie tactilă, tegumentele însă sunt foarte impresionabile, iperestesiaste la cea mai mică atingere, provocând nisce dureri vii și constituind cea ce se numesce *anestesia durerósă*, numită încă, de Sir J. Paget iar după alții de Mitchell, *causalgie*, a căreia descriere, dată de însuși autorul în enciclopedie, o putem resuma în următoarele linii.

Sensațiunea de cócere, de causticitate, de frigere, identică cu arsurile, ce constituie *causalgia*, este de o intensitate extremă.

Bolnavii o compară cu durerea produsă de un sinapism, de o vesicătoare, de un fer ars aplicat pe dermul denudat. Această durere ocupă ca sediū de predilecție fața palmară a mâinei și fața dorsală a piciorului; dēnsa se însoțește în general de o stare lucitoare și roșiață a pielci, care intră în turburările nutritive.

Părțile afectate sunt de o sensibilitate colosală; cea mai mică atingere, cea mai mică frecare, deșteptă senzațiunea de arsură și provoacă crise atroce.

Fenomenul este une-oră așa de exasperant, în cât póte chiar produce turburări mentale și accese de isterie.

Cu multă probabilitate, toate aceste fenomene își au explicațiunea în dezvoltarea de nevrite, de și Mitchell o atribue la alterațiunea extremităților fibrelor sensitive datorite turburărilor circulatorii și nutritive, consecutive iritațiunei nervului lezat.

2) **Turburările motorii.** Aci semnul cel mai patognomic este paralisia mușchiului al cărui nerv a fost secționat.

Și aci sunt în adevăr mai multe excepțiuni, căci grație diferitelor anastomose, și a motilităței suplimentare a lui Letièvant, mușchii încă își pot conserva mișcările lor, cu tótă secțiunea nervului, cea ce de sigur întunecă foarte mult diagnosticul.

Letièvant fu acela care dete o descripțiune foarte bună acestor deformațiuni consecutive secțiuneii nervilor. Așa el numește:

*Deformațiune paralică*, pe aceia care urmèzã imediat secțiuneii nervilor; ea ar fi produsã prin acțiunea predominantã a mușchilor antagoniști; a II-a, *Deformațiune secundarã*, când este datorită retractorii mușchilor paralizați.

Totuși, existã unele tipuri clasice, mãi cu seamã la membrele superioare, unde studiile s'au fãcut mãi amãnunțite din cauza frecuenței leziunilor, și pe cari pe cât 'mã-a fost posibil, am cãutat sã le arãt într'un studiu fãcut în al II-lea volum al institutului de chirurgie în 1892, și pe care îl reproduc, modificându-l însă și completându-l în mare parte. Etã'l:

Degetele sunt formate din trei segmente osose, afarã de police care nu are de cât douë. Ele se numèrã de sus în jos: falangã, falanginã și falangetã. Pe fața lor anteriorã gãsim: pielea, un strat gresos subcutanat, o tãcã fibrósã, tendonelle flexorilor, periostul și ósele.

Pielea, pe lângã cele-lalte caractere, ne presintã o aderențã intimã cu stratul subjacent.

Țesutul gresos subcutanat este gros, dens și provèdut cu o mulțime de despãrțituri, mergènd cãtre tãca fibrósã subjacentã, fãcèndu-l apt pentru a suporta presiunile.

Tãca fibrósã, plecând de la cele douë margini ale articulației metacarpo-falangienã, se ridicã în sus, formând cu scheletul un adevèrat canal osteo-fibros, oprindu-se la extremitatea superioarã a ultimei falange.

Tendonelle flexorilor cuprinse în tãca fibrósã iaũ o dispoziție diferitã: în nivelul articulației metacarpo-falangienã, tendonul flexorului superficial, formèzã un sghiab cu concavitatea posterioarã, prin care trece flexorul profund, pentru a se duce la extremitatea superioarã a ultimei falange; pe când dinsul, (cel superficial) prin douë fiși, se lipesc de pãrțile laterale ale celei de a doua falange. De aci urmèzã urmãtorul lucru: cã prima falangã a degetelor nu dã înserție nici unuia din flexori, rezervatã fiind, dupã cum vom vedea, pentru inserțiunea muschilor lombricoși și interosoși.

Periostul și ósele nu ne presintã nimic de remarcãt, din punctul de vedere ce ne preocupã.

Pe lângã acestea, trebuie menționatã aponevrosa palmarã su-

perficială care, de o formă triunghiulară, are baza în jos, iar vârful corespunde la un spațiu strîmt, ce separă cele două eminente, tenară și ipotenară, către rădăcina mânei. De la acest vîrf, plăcă patru bandelele verticale cari după ce se subdivid, se prind de fie-care margine a primei falange a celor din urmă patru degete. Aceste bandelele verticale, sunt unite între ele prin alte fișii transversale.

Pe fața dorsală a degetelor se înserază extensorul comun în modul următor: în nivelul articulațiunei metacarpo-falangiene, tendonul său formeză o largă bandeletă, care acoperă fața dorsală a primei falange, unde primesce pe marginile sale o parte din tendónele interosoșilor și lombricoșilor; după aceea, se divide în trei limbulițe dintre cari una mijlocie, se fixeză pe extremitatea superióră a celei de a doua falangă, iar celelalte două, se cobóră în jos confundându-se pentru a se insera, împreună cu interosoșii și lombricoșii, pe extremitatea superióră a ultimei falange.

De aci rezultă că, inserțiunea extensorului comun, este pe ultimele două falange.

Muschiū lombricoși, plecați de la tendónele flexorului profund, se termină pe latura externă a primei falange a ultimelor patru degete.

Către mijlocul acestor falange, unele din fibrele sale merg pe fața dorsală a tendonului interosoșilor, spre a se uni după cum am vădut, cu limbulițele extensorului comun.

Muschiū interosoși palmar și dorsal, plecați din spațiurile intermetacarpiene se distribue ast-fel: tendonul primului interosos palmar, se fixeză pe marginea internă a primei falange a indicelui.

Al doilea interosos palmar, se înseră pe latura esternă a primei falange a anularului.

Iar al treilea interosos palmar pe marginea esternă a primei falange a auricularului.

Tóte aceste tendóne însă, după-ce se fixeză pe primele falange, trec prin mijlocul unui tendon mai subțire, pe fața dorsală a degetelor corespondente; se unesc cu tendónele lombricoșilor și extensorului comun, cu cari merg până la ultima falangă.

Interosoșii dorsal se înserază pe celelalte mărgini rămase libere ale degetelor, oferindu-ne același mod de terminare ca și

cei palmari. Ast-fel: primul interosos dorsal se fixează printr'un tendon scurt pe latura esternă a primei falange a indicatorului.

Al doilea interosos dorsal urmărește aceeași cale după-ce însă s'a fixat mai întâiu pe marginea esternă a primei falange a mediului.

Al treilea interosos dorsal se înseră pe marginea internă a primei falange a mediului și în urmă se termină ca și cel precedent.

În fine, al patrulea interosos dorsal se înseră pe marginea internă a primei falange a anularului, mergând apoi ca și celălți să se termine la ultima falangă.

De aci rezultă, că marginea internă sau cubitală a degetului auricular, nu posedă tendon de la interososul dorsal. Cât privește policele, acesta nu are nici un interosos.

Muschiile mânei sunt inervați de trei nervi, prin mijlocul cărora se pun în comunicație cu sistemul nervos central. — Acești nervi sunt: medianul, cubitalul și radialul.

*Nervul median*, ajuns în dreptul marginei interne a eminentei tenare, dă naștere la șese ramuri terminale, dintre cari una exclusiv destinată pentru muschii tenari: abductor, oposant și scur-tul flexor, afară de adductorul policelui care este inervat de cubital.

Celelalte cinci ramuri se distribuiesc ast-fel, formând nervii colaterali ai degetelor.

1) Nervul colateral extern al policelui.

2) Nervul colateral intern al policelui.

3) Nervul colateral extern al indicelui, care către rădăcina degetului, trimite o ramură și la primul lombrical.

4) O altă ramură ajunsă în intersticiul indicelui, și al mediului, trimite mai întâiu o ramură la al doilea lombrical, iar în urmă se divide în colateral intern al indicelui și extern al mediului.

5) În fine ultima ramură care primesce și o anastomosă din cubital, ajunsă către intersticiul mediului și anularului, se divide în colateral intern al mediului și colateral extern al anularului.

*Nervul cubital* are două ramuri terminale: una dorsală și alta anterioară. — Cea dorsală se distribuie pe de o parte la pielea jumătății interne a feței dorsale a mânei, unde se unesc și cu un filet de la radial; iar pe de alta, procură nervii colateral-

dorsali ai micului deget, ai anularului, precum și colateralul intern al mediului.

Ramura terminală anterioară este mai voluminoasă, și sub pisiform se divide în ramura superficială și profundă.

Cea superficială care este cutanată, după ce trimite o ramură la nervul median, se divide pentru a forma nervii colaterali palmar interni și externi ai micului deget și colateralul intern al anularului.

Cea profundă, așezată sub flexorul propriu al micului deget, se înclină către partea mediană a mâinei, formeză o arcadă cu convexitatea în jos, de unde apoi pleacă fire la mușchii ipotenari, la cei doi lombricoși interni, la toți mușchii interosoși palmar și dorsali, terminându-se în cele din urmă în mușchiul adductor al policelui.

Nervul radial are două ramuri terminale: una superficială și alta profundă. Cea superficială, ajunsă în dreptul pumnului, trimite mai întâiu filete care se anastomosează cu cele venite de la cubital; iar în urmă trimite ramuri terminale, care formeză colateralii dorsali externi și interni ai policelui, ai indicelui, precum și colateralul extern al mediului.

Ramura profundă între altele inervază: extensorul comun al degetelor, extensorul propriu al micului deget, extensorul propriu al indicelui precum și abductorul, scurtul și lungul extensor al policelui.

În resumat: Fața dorsală a mâinei este inervată de ramurile superficiale cutanate ale nervilor radial și cubital, care inervază în același timp, fie-care câte două degete și jumătate, procurându-le ramurile colaterale dorsale. Cât pentru regiunea palmară, acesta este inervată în mod inegal de nervul median și cubital: medianul inervază toți mușchii tenari afară de adductor, cei doi lombricoși interni și trei degete și jumătate prin ramuri colaterale (policelul, indicele, mediul și marginea externă a anularului).

Cubitalul inervază toți mușchii regiunii ipotenare, adductorul policelui, toți mușchii interosoși, precum și cei doi lombricoși interni.

Pe lângă acesta, mai trimite colateralii la un deget și jumătate (micul deget și marginea internă a anularului).

În ceia-ce privește rolul fiziologic al mușchilor mâinei, acesta s'a stabilit definitiv de cercetările lui Duchenne de Boulogne și



se p $\acute{o}$ te resuma ast-fel: Flexiunea ultimei falange pe a doua se face de tendonul flexorului profund; flexiunea celei de a II-a și I-ea de tendonul flexorului superficial; iar flexiunea primelor falange pe metacarp se face de mușchii lombricoși și interosoși.

Extensiunea se produce ast-fel:

Extensorul comun al degetelor, extensorul propriu al indicelui și al micului deget, a $\acute{u}$  de acțiune de a întinde prima falangă. Pe lângă acestea, mușchiul extensor comun mai are și proprietatea de a apropia primele falange de degetul mediu (mișcare de adducțiune) pe când extensorul propriu al indicelui și micului deget depărt $\acute{e}$ z $\acute{a}$  primele falange de mediu (mișcare de abducțiune)

Aceste mișcări însă de lateralitate sunt puțin intense. Extensiunea ultimelor două falange se face de tend $\acute{o}$ nele lombricoșilor și interosoșilor, cari se inser $\acute{e}$ z $\acute{a}$  pe aceste organe, având ast-fel două funcțiuni: flexori ai primelor falange și extensori ai ultimelor.

Din aceste scurte considerațiuni, lesne putem deduce diformitățile degetelor ce vor resulta din secțiunea sa $\acute{u}$  paralisarea unor anumiți nervi ai m $\acute{a}$ nei.

Este adev $\acute{e}$ rat c $\acute{a}$ , grație anastomozelor ce exist $\acute{a}$  între nervi, precum și a mișcărilor suplimentare ce se desvolt $\acute{a}$  în asemenea casuri, deformațiunile nu urm $\acute{e}$ z $\acute{a}$  întocmai nisce reguli fixe; totuși tipurile clasice încă își conserv $\acute{a}$  caracterele lor, grație c $\acute{a}$ ror $\acute{a}$  putem cu precisiune s $\acute{a}$  stabilim și s $\acute{a}$  prevedem rezultatul alterațiunii cut $\acute{a}$ ru $\acute{i}$  sa $\acute{u}$  cut $\acute{a}$ ru $\acute{i}$  nerv. Ast-fel, secțiunea nervului median la m $\acute{a}$ n $\acute{a}$ , va da deformațiunea urm $\acute{a}$ toare:

1) Ce $\acute{i}$  doi lombricoși externi g $\acute{a}$ sindu-se paralizați, vor determina o scobitur $\acute{a}$  pronunțat $\acute{a}$  a palmei m $\acute{a}$ nei.

2) Toți mușchii regiunii tenare vor fi atrofiați, și de aci va resulta stergerea acestei ridic $\acute{a}$ tur $\acute{i}$  care exist $\acute{a}$  în starea normal $\acute{a}$ , iar capul primului metacarpian, va face o ridic $\acute{a}$ tur $\acute{a}$  forțe pronunțat $\acute{a}$ .

3) Singurul mușchiu adductor din regiunea tenar $\acute{a}$ , fiind inervat de cubital, va trage policele în l $\acute{a}$ untru, imprim $\acute{a}$ ndu- $\acute{i}$  în același timp o mișcare de rotațiune în afar $\acute{a}$ .

4) Degetul indicator și policele av $\acute{e}$ nd mușchii flexori parali-

sați, vor rămâne numai sub influența extensorilor, și deci vor fi în stare de extensiune.

5) Același fenomen ar trebui să constatăm și pe degetul mediu și chiar pe anular, căci și ei sunt inervați de nervul median; însă lucrul nu se petrece ast-fel, din cauză că, după cum am văzut, ultima ramură a nervului median, când ajunge în interstiциul degetului anular și mediu, primesce o anastomosă de la nervul cubital, care trecând printr'o anastomosă fibrösă ce unesce tendonul anularului cu al mediului, face ca aceste două degete, de și inervate de nervul median, să nu suferă mult de secțiunea sa.

De aci va rezulta că dênsele vor opune o rezistență, și nu le vom vedea într'o extensiune completă ca pe indicator și police, ci își vor păstra aproape pozițiunea lor normală, conservând ôre-carî mișcări de flexiune; și acesta o repetăm, numai grație anastomosei venită de la cubital. (Fig. 90).



Fig. 90.  
Atitudinea mâinei,  
în urma secțiunei  
nervului median.  
Policele și indi-  
catorul în extensie.

II. Secțiunea nervului cubital, ne va da asemena o deformațiune clasică, cunoscută sub numele de grieffe sau ghiară cubitală.

Dacă ne reamintim distribuțiunea acestui nerv, lesne putem prevedea deformațiunea.

În adevăr, dênsul inervează toți mușchii regiunii ipotenare; adductorul policelui; toți interosoșii precum și cei doi lombricoși interni.

Deci deformațiunea va consta:

1) Dintr'o depresiune în dreptul regiunii ipotenare, rezultat fatal al atrofiei acestor mușchi.

2) Într'o altă depresiune mai ușoră, datorită atrofiei mușchiului adductor al policelui, care va fi în același timp și deviat în afară.

3) Mușchii lombricoși interni și interosoșii, fiind paralizați, vor da ca efect că primele falange ale degetelor nu se vor mai putea flexa, și deci vor fi întinse de extensorul comun și de cei proprii; iar ultimele două falange, fiind private de extensorii lor (tendónele lombricoșilor) vor rămâne direct sub influența flexorului superficial și profund, și deci se vor îndoi către palma mâinei, ceea ce va da aspectul de ghiară.

Și această flexiune poate să meargă câte o dată așa de departe, în cât pulpa degetelor să vie în contact cu palma mâinei. Dar această nu se poate întâmpla cu indicatorul, și mai puțin cu mediul, din cauză că cei doi lombricoși externi, cari merg la aceste degete, nu sunt paralizați, fiind inervați de nervul median, așa că densii de și lipsiți de interosoși, totuși încă pot să opue oarecari rezistențe la o flexiune totală, prin ținerea în extensie a ultimelor două falange. Tipul clasic ce ne oferă secțiunea cubitalului la pumn, este reprezentat în fig. 91 bis, dată de Létievant.

Figurile 91 și 92 din Duchenne, reprezintă iarăși o ghiară cubitală dar veche.

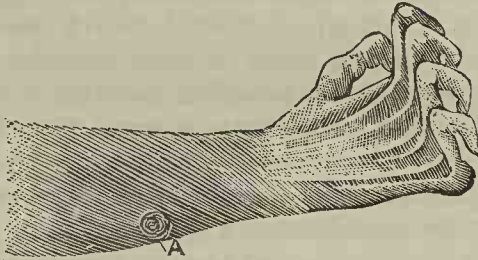


Fig. 91.

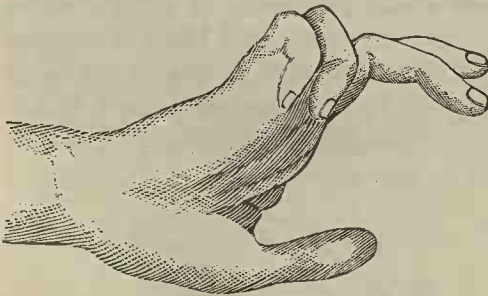


Fig. 91 bis.

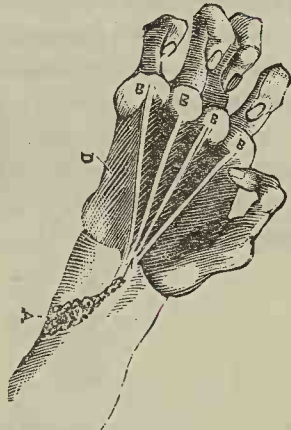


Fig. 92.

Mână vedută din față și dos (91 și 92) ai cărei mușchi, animați de nervul cubital, au fost paralizați și atrofiați consecutiv smulgerii acestui nerv, puțin d'asupra extremității inferioare și anterioare a cubitalului (vedi cicatricea A).

Resturnarea primelor falange pe metacarpieni, și flexiunea ultimelor două, este faptul paralizei complete și deja veche a interosoșilor, dând mâinii forma unei ghiare foarte pronunțată.

Primele falange sunt trase de extensorul comun, într'o ast-fel de extensiune, că ele s'au subluxat înapoi pe metacarpieni, ale căror capete ipertrofiate fac o ridicătură considerabilă în palma mâinei, precum se arată în B.

În D se reprezintă regiunea ipotentară atrofiată.

unde retractă și atrofia coplesind și lombricoșii externi, dau mâinei acest aspect.

III) Când și nervul median și cel cubital sunt secționați simultan, atunci avem o altă deformațiune, ce o putem numi *ghiară interosoșilor*.

Forma acésta de ghiară n'am găsit-o descrisă nici într'un autor. Din cunoștințele ce posedăm însă, putem deduce că imediat după accident, toate degetele vor trebui să fie în extensie. În adevăr, în urma secțiunii nervului median și cubital, toți interosoșii și lombricoșii vor fi paralizați; și ast-fel fiind, toate falangele vor fi în extensie, aflându-se numai sub influența extensorului comun și cei proprii, inervați de nervul radial intact. Dênsesele nu se pot flexa, din cauză că toți flexorii se găsesc paralizați prin secțiunea nervilor median și cubital. Cu timpul însă, mușchii flexori încep a se retracta în urma nefuncționărei; și atunci, primele două falange se vor încurba una pe alta, pe când prima falangă ce nu e sub dependența flexorilor, va rămâne în extensiune, grație mușchilor extensorul comun și propriu. În ceia-ce privește policele, dênsul, ne-având nici un interosos sau lombricos, se va găsi iarăși în extensiune, din cauză că întreaga masă musculară din regiunea tenară fiind paralizată, va rămâne numai sub influența extensorilor, ce'l vor trage înapoi, în afară și în sus.

Și este așa de adevărată considerațiunea ce dau, în cât se găsește perfect confirmată în Fig. 93 ce am găsit în opera lui Duchenne de Boulogne, care reprezintă o deformație în urma paralesiei vechi a medianului și cubitalului.

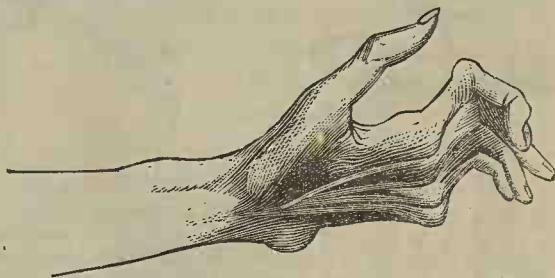


Fig. 93.

Aritudinea degetelor și a policelui la un individ a cărui mână e lipsită de nervul median și cubital, și prin urmare ai cărei mușchi interosoși, mușchii eminentei tenare și ipotenare, flexorul superficial și profund, lungul flexoral al policelui și adductorul sunt paralizați. Toate degetele au luat forma de ghiară, afară de police, din cauză că el nu are interosoși.

IV) Secțiunea nervului radial, ne produce aceleași simptome ca și în paralisia saturnină, adică căderea pumnului și paralisia tuturor extensorilor.

Cu toate acestea, de și extensiunea degetelor și a mâinei este imposibilă, totuși mâna fiind ridicată, bolnavul poate executa oarecări mișcări ușoare de extensiune a ultimelor falange, grație tendonelor mușchilor lombricoși și intereroși, cari nu sunt sub dependența nervului radial, ci sub aceia a medianului și cubitalului.

Iată detalii mai mari în această privință luate din Strumpell. Radialul animă bicepsul și mușchii extensori ai antebrațului. Paralisia tricepsului nu se observă de cât în casuri, unde leziunea ocupă un punct foarte ridicat (în paralișiile provocate de cârji, luxațiuni, paralișiile plexului brachial etc). Dânsa iarăși lipsește și e abia pronunțată, în cea mai mare parte a paralișiilor prin compresiune, când acesta se exercită în locul unde radialul înconjoară umerul.

Se recunoște ușor paralisia tricepsului, prin imposibilitatea în care se găsește bolnavul de a întinde antebrațul.

Paralisia mușchilor extensori ai antebrațului, sau a regiunii antibrachiale posterioare, se recunoște imediat cât vedem că *mâna atârână în flexiune flască*, precum arată fig. 94. Or ce



Fig. 94.

Atitudinea mâinei stângi, în paralisia radialului.

extensiune și mișcări de lateralitate a mâinei sunt imposibile. Degetele sunt flexate, primele falange nu sunt capabile de nici o extensiune. Dar dacă aceste falange le întindem în mod pasiv și le susținem, extensiunea celor alte două falange terminale poate în mod perfect să se facă ca și în starea normală, prin ajutorul interosoșilor inervați de nervul cubital. Policele e flexat și în adducțiune (grație mușchiului adductor inervat de cubital)

dar nu p te executa nici mișcarea de abducție, nici de extensie (din cauza paralisierei lungului abductor, lungului și scurtului extensor al policelui). Dacă antebratul e întins în linie dréptă și pus în pronatie, el nu p te executa mișcarea de supinatie, din cauza paralisierei scurtului supinator; pe când flex nd prealabil antebratul, supinatie se p te obține — prin mijlocul bicepsului. Flexiunea antebratului pus în supinatie se p te face prin mijlocul bicepsului și brachialului anterior; dar flexiunea antebratului pus între pronatie și supinatie (poziția în eșarpă) e împedicată, din cauza paralisierei lungului supinator. Dacă în acest  poziție executăm mici și repezi mișcări de flexiune cu antebratul, nu simțim ridicatura caracteristică ce formeză în starea normală lungul supinator când se contractă. Acest  ridicatură iarăși lipsește, când antebratul fiind în pronatie și semi-flexiune bolnavii voesc a opune o rezistență contra tentavivelor violente de extensiune.

După cum vedem, desordinea funcțională a mâinei în paralizia radială este f rte considerabilă. Acțiunea flexorilor este și d nsa slăbită, din cauza apropierei punctelor lor de inserție, în urma flacidit ței permanente a mâinei.

Afară de turburarea motorie, observăm câte o dată în zona de distribuție a nervului radial, o ușor  alteratie a sensibilităței coprinz nd jumătate din fața dorsală a mâinei și fața dorsală a primei falange a policelui, indicelui și mediului.

Este de notat că în t te varietățile de paralesie radială (și, mai ales în paralesia saturnină) constatăm f rte adesea o îngroșare cronică și umflare, de natură particulară, a tendónelor feței dorsale a mâinei, care după t t  probabilitatea se datorește tracțiunii mecanice a acestor tendóne.

Cu acest  ocaziune, ar trebui să punem în paralel paralizia radială traumatică cu cea provenită în urma intoxicațiunii saturnice, asemănarea între ele fiind în adevăr f rte mare și pe cari nu le deosebim de c t prin anamneză și profesiunea individului.

Paralisiile saturnine sunt pe larg descrise în cartea D-nei Dejerine-Klumpke.

Se descrie următoarele 3 tipuri:

1) *Tipul antebrachial sau al lui Remak*, presint  două varietati: unul inițial, în care nu e atins de c t muschiul extensorul comun, care se traduce clinicește prin căderea primelor falange

a mediului și anularului; indicele, micul deget și policele având extensorii lor proprii, rămân în extensie, de unde mâna în cornoare a acestui tip. Figura 95, imaginată de mine, ar reprezenta acest tip.



Fig. 95.  
Atitudinea mâinei în paralisia mușchii extensor comun (mână în cornoare)  
(originală).

2) *Tipul superior sau brachial (Remak)*. Aci paralisia interesează mușchii grupului Duchenne Erb, adică: deltoidul, bicepsul, brachialul anterior și lungul supinator.

În acest caz, brațul atârână inert în lungul trunchiului. Bolnavul nu poate nici să ridice brațul (paralisia deltoidului), nici să flexeze antebrațul pe braț (paralisia bicepsului și brachialul anterior). Mișcările de supinație de asemenea sunt abolite (paralisia supinatorilor). Extensiunea însă a antebrațului se poate face, tricepsul în general ne fiind atins.

3) *Tipul Aran Duchenne*, constă în paralisia mușchilor mâinei, a eminenței tenare, ipotenare și interosoșii, asemănându-se cu secțiunea nervilor median și cubital, dând ghiara interosoșilor.

Acestea sunt cele mai importante deformațiuni ale mâinei, rezultând din rețracțiunea permanentă a degetelor în urma secțiunilor nervoase.

Ele mai sunt remarcabile prin aceea că, pe lângă caracterele clasice ce prezintă, mai are acesta de particular, că nici odată articulațiile degetelor nu sunt atinse, rămânând cu totul libere.

Sunt însă și alte leziuni cari pot să aducă rețracțiunea degetelor, dar acestea sunt limitate la cutare sau cutare deget, fără să fie supuse acelorași legi fixe ca aceea a nervilor, și nici însoțite de o totalitate de simptome, care să formeze tipuri a parte și cu caracterele clasice.

Lăsând la o parte diferitele deformațiuni ale mâinei în urma reumatismului cronic, pe larg descrise și reprezentate prin figuri în operele lui Charcot, nu ne vom opri de cât asupra unor deformațiuni mai în raport cu arta chirurgicală.

Vom trece deci repede în revistă aceste deformațiuni neregulate, pe cari le numim atipice.

a) *Deformațiuni datorite alterațiunilor pielii și a țesutului celular sub-cutanat.* Orice pierdere de substanță fiind urmată de producțiunea unui țesut cicatricial pe palma mâinei, poate să târască după dînsa o diformitate a degetelor. Și lesne se înțelege că, cu cât cicatricea va fi mai întinsă, cu atît unul sau mai multe degete vor fi mai rău retractate.

Am arătat la început, că pielea mâinei nu alunecă într'un mod liber, ci presintă o conexiune de aderențe mai mult sau mai puțin întime cu stratul celulo-fibros subjacent, ast-fel că, în cas de perderi de substanță a pielii, degetele se vor găsi flexate de două puteri: de cicatrice, și de acest țesut celular sub-cutanat, aderent de cicatrice.

Deci toate traumatismele, ulcerele întinse, degerăturile și mai ales combustiiile de gradul al III-lea, vor produce prin cicatrizarea lor, nu numai o simplă retractiune a degetelor, dar o adevărată diformitate și adesea ireparabilă (Fig. 96 după Blum).

Tot ca rezultat al ulceratiunilor pielii dau Fig. 97 luată din-



Fig. 96.

Deformație neregulată sau atipică a mâinei, în urma unui traumatism neglijat.

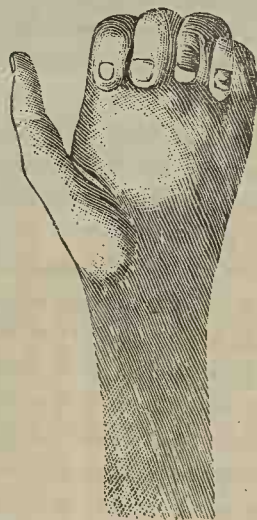


Fig. 97.

Deformația atipică a degetelor, consecutiv unei ulceratii de lepra.



tr'un memoriu făcut de D-nu Dr. Pompilie Popescu în volumul II al institutului de chirurgie, asupra leprei.

b) *O altă afecțiune care dă o deformare clasică a degetelor, este rețracțiunea aponevrosei palmare.* Acastă bôlă de și cunoscută de mulți autori, însă Dupuytren a fost cel dintâiu, care a studiat'o mai de aprôpe, din care causă afecțiunea pôrtă numele său (maladie de Dupuytren).

Natura intimă a acesteï bôle nici ađi nu se cunósce: ast-fel Boyer, o atribuia unei uscăciuni a pielii și a tendónelor, pentru care o și numise *crispatura tendinum*.

După Dupuytren, bôla constă într'o îngroșare parțială și de natură profesională a aponevrosei palmare, determinând în același timp scurtarea micilor limbulițe fibróse, cari plécă de la acastă aponevroasă pe părțile laterale ale falangelor.

După Madelung, lucrurile s'ar petrece ast-fel: în urma unui traumatism acut sau cronic al palmei mânei, rezultă topirea paniculului gresos sub-cutanat, apoi inflamațiua secundară a țesutului fibros, ipertrofia sa, și în urmă consecutiv rețracțiua.

Alții ca Gerdy și Richet, susțin inflamațiunea cronică și simultanee atât a pielii, a țesutului celular cât și a aponevrosei.

În fine Adams și Paget, o pun sub dependența unei diatese generale ca gutta și reumatism, și după unii chiar sifilisul și scrofula.

Or cum ar fi, acastă bôlă are caracterele sale proprii: Dînsa începe printr'o îngroșare, printr'un nodul aședat în grosimea aponevrosei palmare, și în dreptul articulațiunei metacarpo-falangienă.

Pielea din netedă și mobilă, se sbârcesce, formând o grópă, și devine fôrte aderentă cu părțile profunde.

De la acest nodul plécă o fâșie fibrósă și fôrte grósă, făcend relief sub piele și mergend să se termine către degete.

De ordinar, ultimile trei degete sunt atinse (auricularul, anularul și mediul); se pôte însă ca numai micul deget, sau singurul anularul să fie prins; mai nici odată însă indicele sau policele, afară de excepțiuni cu totul rari.

În urma acesteï afecțiuni, bolnavul, de unde la început nu simția de cât e ușoră genă în extensiune, vede că încetul cu încetul, unul sau mai multe degete încep a se îndoi în mod progresiv și a nume: prima falangă pe metacarpian, iar a doua.

pe cea dintâi; mai nici odată însă falangeta (III) nu se flexează pe falangină (II).

Dacă încercăm a face extensiuni forțate, simțim în mod manifest cum dinsele sunt oprite de una sau mai multe fâșii rezistente, netede, boselate sau cu noduri pe ele, așezate sub piele și dirigindu-se paralel cu tendónele flexorilor, la degetele corespodente.

Acéstă bółă se mai caracterizează prin aceea, că articulațiile degetelor sunt sănátóse, iar téca flexorilor cu totul intactă, așa că acele bride odată secționare, bolnavul póte în mod perfect să-și reia mișcările de flexiune a falangelor. Fig. 98 după



Fig. 98.

Deformația mâinei în retrațiunea aponevrosei palmare (bółă lui Dupuytren),

Blum, ne dá o idee de deformația ce produce bółă numită a lui Dupuytren, sau retrațiunea aponevrosei palmare.

c) *Retrațiunea degetelor de orígină musculo-tendinósă.* Nu voiú căuta cătuși de puțin să intru în studiul flexiunilor permanente a degetelor, datorite unor afecțiuni a sistemului nervos central, acéstă fiind de domeniul medicinei interne pure.

Retrațiunea consecutivă acțiunei nervilor mâinei, am studiat-o deja. Nu-mi rămâne de cât să arăt în trecăt, că traumatisme pot să producă flexiuni permanente ale degetelor, prin mecanisme variabile. Ast-fel, plágile transversale ale extensorilor, determină

o retracțiune consecutivă în urma exagerării forței flexorilor, cari nu mai sunt contra balansați de extensori.

Așa, Dupuytren citează un cas de flexiune permanentă a anularului, în urma divisiunii extensorilor săi. Duplay a observat același fenomen produs prin secțiunea sub-cutanată a tendonului lungului extensor al policelui, în tabacherea anatomică.

Boyer semnalază flexiunea rezultată din ruperea tendónelor extensorilor în nivelul primelor și secundelor falange într'o cădere pe dosul mânei. Segond a văzut un fenomen analog a ultimei pe a doua falangă, în urma unei flexiuni forțate a articulațiunei, din care a rezultat smulgerea inserțiunei extensorului pe falangeta micului deget. — În fine Blum (loc cit.) a observat de patru ori același lucru pe degetul mediu, de două ori în urma unei dificultăți de a se încălța.

În toate aceste cazuri, ultima falangă este flexată pe a doua în unghiu drept, unde există și o durere.

În plus, în acest nivel pe fața dorsală a plicei articulare, găsim o depresiune, iar pe fața celei de a două falangă, găsim extremitatea tendonului smuls sau retractat.

Extensiunea spontanată aproape imposibilă, dar putem în mod perfect să îndreptăm falangeta, fără a determina cea mai mică durere bolnavului.

d) *În fine o altă retracțiune permanentă a degetelor, pôte să rezulte în urma unui flegmon profund al mânei.* În acest cas, deformațiunea provine nu numai din inflamația și aderențele consecutive ale tecelor tendinoase, dar încă și din mortificațiunea țesutului celular, din retractarea țesuturilor fibroase și aponevrotice, precum chiar și din anchilosa mai mult sau mai puțin completă a articulațiilor.

Gradul acestor flexiuni nu este supus la nici o regulă absolută, ci depinde de adâncimea și întinderea inflamației, grație dispozițiunei anatomice a tecilor sinoviale. Policele și micul deget, vor fi mai adesea atinși de cât cele-l'alte degete, ale căror sinoviale comunică cu marea sinovială a antebrațului.

Totuși însă, Gerdy descrie trei grade de flexiuni în urma flegmonului: în primul grad, falangele sunt prea puțin flexate; extensiunea este ușor micșorată; în al doilea grad, falangele sunt flexate în unghiu drept, iar extensiunea redusă la jumătate: în fine în al treilea grad diformitatea este extremă: de-

getele foarte mult recurbate, se pun prin ultima lor falangă în contact cu palma mâinei. Fie-care din aceste trei grade se pot întâlni în diformitățile ce pot produce un flegmon; cu toate acestea cazul cel mai frecvent ar fi al doilea grad.



Fig. 99.  
Deformație atipică a degetelor, în urma unui flegmon al palmei mâinei (originală).

Unul din caracterele acestei diformități, este absența de durere, care nu se deșteaptă de cât atunci când căutăm a îndrepta degetele.

Mișcările spontanate ale degetelor sunt nule sau prea puțin marcate. Limita atât a mișcărilor spontanate și comunicate, vor fi în proporție cu gradul de flexiune și de rigiditate; în orice caz ele nici o dată nu pot fi complet suprimate.

Dați aici o figură de retracție a degetelor în urma unui flegmon profund al antebrațului și mâinei, luat de pe natură la o femeie aflată în serviciul D-lui prof. Assaky (Fig. 99).

**III. Leziuni trofice.** Influența trofică a centrilor nervoși, este astăzi o cestiune stabilită, mai ales în urma cercetărilor lui Vulpian, fie că se îndeplinește prin nervi speciali sau chiar prin trunchiul ordinar. Faptul important ce rezultă de aici, este integritatea nervilor.

Leziunea lor, fie numai simplu iritativă (ca în secțiunile incomplete, strivirile, etc.) sau secțiune completă, rezultatul va fi în totdeauna același (Erb, Zimsen, Ranvier): turburare nutritivă, atrofie.

S'a căutat a se face o deosebire între leziunile ce survin în urma supresiunii complete a influenței nervoase (secțiune completă) și între cele mai mult iritative.

Pe cele d'întâiu, Charcot le numea leziuni *pasive*, și se manifesta prin o diminuare în vitalitatea țesuturilor: atrofie, edem, rezistența mai mică la agenți externi și chiar une-ori gangrene.

A doua categorie de turburări, *iritative*, luau caracterul inflamatoriu de o nevrită, tot ca o cauză a turburărilor trofice. Această teorie a iritațiunii, susținută la început de Charcot și elevii săi, a fost combătută de Vulpian.

În urmă chiar Charcot a modificat parerile sale, așa că astăzi,

în alterațiunile atrofice și necrosice, nici nu mai p $\acute{o}$ te fi îndo-  
elă de suspendarea acțiunii trofice centrale.

Cât despre cele-lalte alterațiuni erpetice, vesicul $\acute{o}$ se etc., ce vom întâlni, în acestea va trebui s $\acute{a}$  vedem sau o exagerare de alterațiune trofică, sau o diminuare.

Vom studia pe r $\acute{e}$ nd și pe țesuturi, diversele turburări trofice.

**I. Temperatura.** În secțiunile nerv $\acute{o}$ se ca și în contuziuni, se observă mai des scădere de temperatură.

Intr'un cas unde am fost silit a secționa nervul sciatic, imediat dupe operatie gamba a devenit mai rece ca cea opusă (vezi vol. I pag. 531).

Câte o dată însă, și mai cu s $\acute{e}$ mă când se desvoltă o nevrită, putem avea o ridicare de temperatură locală de  $\frac{1}{2}$  sau 1 grad în plus, pe când în părțile vecine pielea membrului paralisat e rece. De sigur în aceste fenomene intervine și influența medulară.

Mitchell a făcut studiū asupra acestei cestiuni. A g $\acute{a}$ sit în casurile ce a observat (după 2 luni de la accident) o scoborâre de 0,6—8 $^{\circ}$ 3, centg. După cum vedem, f $\acute{o}$ rte mari variații. Porson a g $\acute{a}$ sit o diferență numai de 3 $^{\circ}$ 5 centigr. Când lesiunea e mai mult iritativă, diferența e prea mică (0,3—2 $^{\circ}$  centigr.), și când iritația se confirmă, temperatura are tendința la ridicare (1 $^{\circ}$ —2 $^{\circ}$  F). Din nenorocire, mai t $\acute{o}$ te observațiunile sunt făcute târziu după accident. În or ce cas, trebuie a suposa și aci ca și în acțiunile fiziologice ale nervilor, că temperatura trebuie s $\acute{a}$  începă a se ridica la început, din cauza paralisiiei vaso-motorilor și dilatației consecutive a capilarelor. Cât despre scoborârea temperaturii ce se observă mai târziu, nu se esplică de cât prin diminuția calibrului vaselor, consecutiv inacțiunii. În cas de eritem, ridicarea temperaturii este datorită paralisiiei locale a vaso-motorilor.

**II. Turburări trofice ale pielei, glandelor, țesutului gresos, ôse, și articulații.**

**a) Eritemul.** Se descrie sub ac $\acute{e}$ stă denumire, o stare particulară a pielei, însoțind rănirile nerv $\acute{o}$ se. Afețiunea constă într'o roșiață uniformă și lucitoare, ce ocupă în tot-d'auna porțiunea de desuptul nervului secționat. Aparițiunea se face după o s $\acute{e}$ ptămână de obicei. După Mitchell, nu lipsește a apare înain-

tea celei de a doua săptămâni. Mai în tot-d'auna coecide cu aparițiunea unei nevrîte; de aci durere arđetore ce îl precede de regulă. Acéstă afecțiune a fost descrisă de Paget sub numele de causalgie. Dar cea mai complectă descriere se găsește în cartea lui Mitchell și Keen cari, din cauza caracterelor ce pielea presintă părănd a fi unsă cu un cleiū lucitor, lustruită, au numit-o *glossyskin* (peau lisse).

Pielea devine sediul unor ulcerăriuni și crăpături, pe cari Paget le-a comparat cu degerături (*engelures*). Une-ori iaū aspectul unor cicatrice, largi, subțiri și perfect lustruite (Porson).

Sediul obicinuit este mâna, și în particular pumnul. Degetele mâinei sunt atinse mai des în partea palmară; pe când dacă leziunea e la picior, atunci partea dorsală e mai frecuent prinsă.

Couyba raportéză un cas în care eritemul apăruse în plăci diseminate; și acest autor îl compară cu eritemul nodos rumatismal.

Procesul intern pare a fi o inflamație particulară a dermului care ar ajunge la atrofia sea (Charcot, Couyba).

Afară de eritem, se vede adesea pe piele erupțiuni cari iaū două forme diferite: 1<sup>o</sup> erupțiune vesiculósă: eczemă și herpes și 2<sup>o</sup> erupțiune bulósă: flictene și pemfigus. Aceste erupțiuni sunt mai în tot-d'auna pe traectul nervului. Totuși Verneuil, în privința herpesului traumatic, a cređut că se pôte distinge 3 specii:

Herpes periferic pe traiectul nervului; Herpes de vecinătate ca în bontul ampuțațiilor — formă ce caută să o explice prin o nevrită, prin acțiune reflexă sau ascendentă, comunicându-se în vecinătate — și în fine Herpes la distanță, explicat prin nevrita reflexă. (Veđi primul volum).

Tóte aceste erupțiuni însă forméđă *zona*, descrisă așa de bine de Charcot, Rouget, Mitchell etc.

Erupțiunile bulóse se desvoltă în genere în scurt timp, și lasă dupe ele cicatrice indelebile, și chiar se ulceréză.

Charcot citéză aceste erupțiuni chiar pe o cicatrice, și atunci depind de o iritațiune a vre unui filet în cicatrice. — Dacă unele erupțiuni, și în special cele bulóse pot da naștere unor ulcerăriuni, nu e mai puțin adevěrat că acestea pot apare fără a fi precedate de atări erupțiuni. Sediul lor este de preferență, ca și al erupțiilor bulóse, pe fața dorsală a degetelor, mai rar pe cea palmară.

Aceste ulcerăriuni se vindecă lesne. Iar une-orî iaă forma pararițiului epidermic, dureros saă nu, dupe cum partea este anestetiaă saă iperestesiaă (Hutchinson). Alte orî iaă un aspect și un mers particular, ce le face saă semene forțe mult cu ulcerăriunile bólei numita *mal perforant*. De alt-fel, acéstă deosebire și apropiere prin analogie a dispărut astă-zî aprópe cu totul, patogenia unindu-le (Duplay, etc.).

Ulcerăriunile pielei pot merge până a produce escare și chiar adevérate sfacele, unele fiind superficiale iar altele profunde, mergênd până la os. Dinsele sunt caracterisate prin margini subțiri, roșetice, palide, cu fundul neted, uscat și în stare de atonie. Une-orî se vindecă forțe ușor, dar cicatricea fiind o peliculă forțe subțire, se rupe la cea mai mică ocașiune, de unde predispoșiția la dese recidive.

Până aci nu ne-am intereresat de cât de formele în cari leziunile principale, ocupaă dermul; epidermul nu erea interesat de cât în mod indirect. — Se póte însă ca el se fie interesat în mod special; ca și părul și unghiile.

În acest cas, b) epidermul póte saă se îngroșe forțe mult, și în același timp o descuamație abundantă; pielea e uscată și aspră și cuticula epidermică se înlocuește fără încetare. Într'un cas a lui Fischer, influența nervului inflammat era forțe clară. Exfoliațiunea epidermică urma în linii fine traectele nervilor iritați; între aceste linii de descuamațiune, pielea era cu totul sănătósă. — Une-orî s'a notat o colorațiune brună, ca în urma vesicătorei, alte-orî gălbue. Acéstă schimbare de culóre este însotită de regulă de iperestesia cutanată. Dupe Couyba, acéstă schimbare de aspect trebuie se fie mai mult de diferența în calitate de cât cantitatea secrețiunei.

c) Unghiile suferé asemenea modifiçațiuni însemnate. După Mitchell, ar lua aspecte diferite, dupe cum secțiunea ar fi totală saă parțială (incomplectă). În cazul al doilea, alterațiunea unghiei consistă într'o încarnațiune longitudinală și mai ales laterală: unghia ia aspectul de ghiare (griffes). Tot el a vèzut acéstă diformitate luând un caracter cu totul particular: pielea de la rădăcina unghiei se retractase, lăsând matricea complect descoperită, iar marginea superióră a unghiei forma un relief forțe marcat și rugos. — (Porson).

Conclusiunea este că, unghiile iaă aspectul de cârlig, se în-

gróşe în formă de măciucă, iar alte dăţi se subţiază, se usucă, devine squamósă, se atrofiază şi chiar cade. În jurul său se pot desvolta ulceratiuni, şi să fie punctul de plecare al unui travaliu de unghie încarnată.

Tóte aceste caractere constituie *unghia nevritică*.

Unghiile piciórelor sunt mai rar atinse de aceste leziuni trofice.

Mitchell a căutat să facă un element de diagnostic din creşterea unghiei în paraliziiile periferice; pe când în cele centrale (emiplegii) ele staū staţionare.

**d) Sistemul pilos** presintă asemenea modifiicatiuni: periile se pot subţia şi să cadă: ca în eritem, unde pielea e cu totul lipsită de păr, probabil din cauza compresiunii bulbilor prin inflamaţie.

Ipertrofia şi desvoltarea exagerată se întâlnesc mai ales în leziunile însoţite de nevralgii violente. Aşa, în unele anevrisme, din cauza şocului repetat al tumorei asupra nervilor vecini, se póte determina o iritaţie, în urma căreia apare o desvoltare exagerată a sistemului pilos, ocupând chiar un întreg segment.

**e) Turburări de secreţiune.** În secţiunea incompletă a nervilor mai ales, se observă o secreţiune exagerată; la unii numai în paroxisemele dureroşe şi pe traectul nervului bolnav (Hamilton), la alţii continuă, în cât partea atinsă e în tot-d'auna umedă, constituind un semn de diagnoză pentru Mitchell.

De multe ori sudórea este modificată în calitatea sa, miroşând a oţet, iar alte ori şi mai rău (bromidrosă).

**f) Ţesutul celular** în urma leziunilor nervóse devine şi el sediul unei infiltraţiuni de serositate, constituind ast-fel un *edem*, une-ori difus şi tare, luând nişte proporţii de adevărat elefantiasis; iar alte dăţi e circunscrişi şi sub formă de nodositate separată, boselurii îndurate, constituind pseudo-flegmónele, numite astfel pentru că nici o dată nu supurează.

Couyba distinge două forme: prima o numeşte sub-inflamatorie şi cea de a 2-a adevărat-flegmonósă. Ca or ce leziune trofică, şi ţesutul celular dar póte fi supus or la un proces iritativ, or din contra să urmeze leziunile pasive, cum zice Charcot, adică atrofia.

În fine se observă un edem limitat dar fórte mare, mai ales la pumni, numit tumoră dorsală a pumnului, ce se observă în paralisiiile saturnine şi leziuni nervóse.

**g) Articulaţiile.** Artritele nevritice bine studiate de Weir Mit-



chell și Charcot, precum și pe calea experimentată de Fischer, se observă destul de des în urma secțiunilor nervoase, înțepături, compresiuni și plăgi incomplete.

Une ori o singură articulație e coprinsă; alte dați mai multe (poliarticulară). Ast-fel Packard a observat artropatii multiple a membrului inferior, în urma unei compresiuni a sciaticului de o tumoră.

Leziunile constau într'o ramolire, într'o subțime a cartilajelor, iar țesutul osos sub-jacent cu totul rarefiat.

Articulația se tumefiază, se înconjoră de un edem inflamator, devine durerosă, cu mișcările limitate; terminându-se prin semi saū anchilose complete. Une ori se observă și subluxații, datorite la contractura mușchilor opuși celor paralizați, precum și la relaxările articulare, prin atrofia mușchilor ce țin loc de ligamente active.

Vedem dar, că atât mersul cât și leziunile, se aproprie mult de acelea ale reumatismului.

**h) Oasele.** În majoritatea casurilor, în secțiunile nervoase, oșele se atrofiază și devin mai subțiri și ușore în așa grad, în cât devin cu totul fragile, rupându-se la cea mai mică ocașie, fapt observat mai ales de Ogle și Charcot. Dar chiar esperiențele făcute pe animale de Luigi, Fischer și Schiff au dat aceleași rezultate.

Lobstein, citat de Nicaise, a observat o atrofie foarte însemnată a femurului la un om, care fiind copil suferise o lovitură gravă la cōpsă interesând nervul sciatic și crural. Într'un alt fapt al lui Ogle, în urma rănirei medianului, s'a găsit cubitul și radiul reuniți la partea inferioară printr'un țesut osos; exista o atrofie considerabilă a oșelor mâinei, cari de și își conservase forma lor, erau însă foarte ușore și transparente,

Schiff însă susține că atrofia ososă e consecutivă paraliziei musculare, adică unei lipse de activitate, iar nici decum secțiunelor nervoase cari, cel puțin la început, par mai mult a produce o hipertrofie a osului;

De aci și rezultate contradictorii în ce privește chestiunea consolidării fracturelor, în urma secțiunilor nervoase. Unii ca Van der Kolk, susțin absența calusului, saū producerea sea foarte dificilă; pe când Ollier, prin esperiențele pe miei, la cari determină fracturi iar apoi secțiuni nervoase, a obținut formare de cal în mod foarte repede și chiar abundant.

i) **Leziunile musculare** nu sunt mai puțin importante. De sigur, că dacă în mod experimental leziunile par aceleași cu secțiunea complectă sau incomplectă, totuși observația clinică face o deosebire între procese.

Așa, în forma complectă, procesul de atrofie este mai puțin repede, pe când iritațiunea nervului produce o atrofie repede (Brow-Sèquard), precedată ia însăși de diminuarea și chiar pierderea contractilităței faradice.

Prima consecință a traumatismului este paralizia: muschii perd tenicitatea lor obicinuită, în cât prin simpla palpație se pôte spune care muschi e atins în funcțiune; dar de multe ori paralizia e momentală; pôte apare după stupefiare; dar mai târziu denotă distrucțiua fibrelor sale. — În timpul periodei iritative, se constată adesea contracțiuni tonice ale muschilor; aceste contracțiuni sunt datorite excitațiunei motrice care vine de la nervul atins, și este după cum spune Mitchell, semnul cel mai sigur de perderea definitivă a proprietăților muschiului.

Aceste contracțiuni pot să mérgă așa de departe, în cât să învingă tonicitatea muschilor antagoniști rămași sănătoși, și să producă sub-luxațiuni în articulațiunile vecine.

Leziunea internă ar consista, după Vulpian într'o steatosă intersticială. Celulele multiplicatale ale perimisiului intern și țesutului conjunctiv intersticial aũ suferit metamorfosa gresósă; în timp ce fasciculul revenia asupra lui sub influența atrofiei. — Fibra conserva încă striatiunile.

Tóte aceste leziuni trofice constitue complicațiuni nervóse; dar dintre tóte, cea mai de temut este de sigur *nevrita*, din care resultă tóte cele alte.

Și aci iarăși, *nevrita* devine și mai gravă, când în loc de a se mărgini numai la nervul lezat, din contră devine extensivă, ascendentă și descendentă.

Se numește *nevrită extensivă* când desordinele motorii or sensitive, trec de zona nervului atins, și copleșește regiuni a căror nervi n'aũ fost supuși traumatismului.

Ast-fel în urma unei plăgi a nervului median de exemplu, zona de anestezie pôte copleși anularul și chiar auricularul precum și fața dorsală a policelui, prin urmare regiuni inervate de nervul cubital și radial.

Se numește *nevrită ascendentă* când procesul inflamator are

mereu tendință la progresiune, putând copleși întregul membru pînă la rădăcina sa medulară. Mai mult, inflamația se poate stabili în măduvă, să o traverseze, să copleșescă rădăcinele nervilor din partea opusă, și de acolo să se lase în jos formând ast-fel *nevrita descendentă*.

Resultatele în prima linie sunt durerile, sub formă de nevralgii simetrice și depărtate, iar alte dați visceralgii, ca gastralgii, angina de pept etc.

Paralisiile la distanță, foarte bine studiate de Brown Sequard și Charcot, sunt cele mai importante din consecințele nevritelor ascendente și descendente.

Ast-fel s'a observat în urma secțiunei unei ramuri a nervului radial stîng, durere, paresie, anestezie, erupțiuni buloase etc., iar după un timp óre-care aceleași desordine au apărut pe membrul drept.

Secțiunea sciaticului stîng, poate aduce paralisia motorie și sensitivă în membrul rînit; apoi în cel opus și chiar în câte patru membre, precum e cazul lui Barlow citat de toți autorii, și în care la autopsie s'a găsit o mielită difusă.

Dar aceste nevrite ascendente pot fi punctul de plecare al provocărei de ataxie, epilepsie și tetanos, lucruri ce clinica și observațiile ne arată în fie-care zi.

## II. FENOMENE DE IRADIAȚIUNE PRIN TURBURĂRI CENTRALE

Am ȃis mai sus cã alteraȃiunile în capãtul central consecutive secȃiunilor, sunt limitate, și nu trec nici o datã peste un c.m. Cu tóte acestea, se pare cã existã un fapt destul de curios de alt-fel, adicã, *degenerescenȃa ascendentã a nervilor și mãduveii, consecutive secȃiunei nervilor periferici și mai ales în urma amputaȃiunei membrelor*.

De sigur lui Vulpian 'i revine onórea acestor observaȃiuni. Memoriile sale publicate în 1868 și 1872, atrase după sine și alte lucrãri și mai importante, între cari avem pe ale lui Dejerine, Hayem, Gilbert și cea mai recentã este a lui Friedlãnder și Krause.

Alterațiunile macroscopice s'ar resuma ast-fel. Mărimea de volum a nervului, în cât dimensiunile se îndoesc și întresc.

După alți autori însă s'ar observa atrofie. Acastă mărime de volum, se observă mai manifest la periferie; spre centru începe a diminua.

Microscopul ne arată că fibrele cu mielină sunt foarte rari, fasciculele primitive din cari se compune au un diametru mult mai mic, și cu cât sunt mai alterate cu atât sunt mai transparente. Ele sunt înlocuite prin mici insule (ilots) cu un aspect foarte curios, asupra cărora s'a atras atențiunea mai mult, în urma lucrărilor lui Friedländer și Krause.

Pentru acești autori, aceste insule n'ar fi de cât vechile insule (ilots primitifs), în cari sunt împărțite fibrele fasciculului nervos prin tracte conjunctive, însă aci ar fi degenerate (ilots de degeneration).

Acest mod de a vedea nu este împărțit însă de Pierre Marie, de la care am împrumutat și considerațiunile de mai sus.

După dânsul, insulele primitive în loc de a fi diminuate, sunt mărite de volum, iar cele de degenerescență n'ar fi de cât fibre vechi degenerate. Așa că în loc de a vedea ca Friedländer și Krause un proces de atrofie, dânsul vede din contră o regenerațiune și o multiplicațiune de celule; și ceea-ce dânsii iaă ca insulă primitivă, n'ar fi de cât o fibră nervosă degenerată.

Afară de aceste alterațiuni, mai găsim și despărțitórele ce separă insulele, mărite de volum și cu un aspect mixoid; chiar în vase pare că se vede o îngroșare a pereților lor. Așa dar, astfel ar fi leziunile când găsim trunchiul mărit de volum.

Unii autori, găsesc din contră părți atrofiate, dar leziunile acestea istologice sunt mai puțin cunoscute.

În resumat, sub o cauză ce nu o scim încă, am avea o degenerescență a căpătâiului central, deci cilindrul ax și mielina despărute.

Téca lui Schwann persistă. Aci s'ar desvolta numeroase fibre ce ar distinde téca până ce o rupe; și o dată ruptă, fibrilele devin libere și insulele de degenerescență sunt ast-fel depărtate.

Acest proces ce se observă în trunchiul nervos nu se mărginește aci; după uni, ganglionii spinali ca și rădăcinile atât anteriore cât și posteriore ar fi alterate. Vanlair (1891), consideră alterațiunile rădăcinilor și ale măduvei ca inconstante; și când

există, ar fi datorite mai mult afecțiunii chirurgicale care a necesitat intervențiunea, de cât ablațiunii membrului, și deci a secțiunii nervoase. În măduvă procesul de atrofie va ocupa după Vulpian, fasciculul autero-lateral și substanța griză.

Pentru Dickinson, leziunea este mai marcată în cordonul posterior.

Friedländer și Krause descriu în casurile lor, afară de atrofia cordonului posterior și a cornului posterior, disparițiunea unui mare număr de celule din grupa postero-laterală a substanței grize, subțierea cornului anterior cu reducerea numărului celulelor și în fine atrofia colonei lui Clarke.

Pierre Marie în cazul său (sciaticul la un amputat de 20 ani), a găsit o bandă scleroasă în cordonul posterior din partea corespondentă, și o zonă de îngroșare a țesutului conjunctiv cu cordonul posterior din partea opusă, fapt ce ar pleda pentru o încrucișare.

Unii autori merg mai departe, și găsesc chiar atrofii în circvoluțiunii, consecutive acestor secțiuni periferice.

Care este explicarea acestui fapt așa de contrar cunoștințelor fiziologice pure și cari sdruncină marea lege a lui Waller?

Iată după Pierre Marie, gena acestor leziuni: „două procese concură a le produce: unul este un proces de degenerescență Valleriană ascendentă, care privesc exclusiv trunchiurile cari au fibrele de origină saă centru trofic la periferie (mușchi, tendon, piele etc); și altul consecutiv unor nevrite ascendente, rezultând din infecțiune.“

Acest mod de a vedea a lui Pierre Marie, în centrii trofici periferici este foarte seducătoare, cu atât mai mult cu cât e în legătură cu teoria lui Hensen asupra dezvoltării nervilor, care admite că grupe de celule nervoase s'ar deslipi din axul central spre periferie în acelaș timp cu dezvoltarea corpului, și că nervii n'ar fi de cât niște fibre intercelulare. Ast-fel fiind, ar avea centri trofici la periferie, și deci capabili de o degenerescență ascendentă întocmai ca în degenerescența Walleriană, când secționăm dincolo de ganglionul trofic.

Friedländer și Krause au propus pentru a explica aceste fenomene următoarea teorie: Pentru dênșii fibrele cari degenerază ast-fel în capătul central, ar fi numai fibre sensitive, deci cu funcțiune centripetă. Numai însă unele din fibrele secționate de-

generéză ast-fel, și anume acelea ale căror terminațiuni se fac prin aparate speciale (corpusulii tactului etc. etc.); acesta din cauza inerției funcționale, iar cele alte cu terminațiuni libere nu degeneréză. Acéstă teorie se esplică pe faptul că, în urma amputațiunei membrului inferior, în or. ce segment, numărul fibrelor degenerate ar fi același, din cauză că corpusulii tactilii există mai ales în tegumentul piciorului. Casul lui Pièrre Marie a probat însă tocmai contrariū: că ele descresc cu cât ne ridicăm mai sus. Prin urmare după dènsul, degenerarea se datorește fibrelor motóre mai mult ca celor sensitive.

Terminând cu chestiunea degenerărei capătului central, trebuie să ne oprim puțin asupra unor fenomene de cea mai înaltă importanță ce întâlnim în clinică, și cari sunt sub dependența nu a degenerărei, ci a iritației sau inflamației plecată de la capătul central.

Aceste fenomene, de și încă nu sunt definitiv studiate, totuși există câte-va date sigure, ce se găsesc reunite într'un articol făcut de Nicaise în enciclopedie.

Tiesler, Freinberg, Klemm, Niedieck și Hayem, au arătat cei dintâi, că o rănire și mai ales o iritațiune aplicată pe un punct al periferiei unui nerv, e capabilă de a determina modifițațiuni, cari într'un mare număr de casuri sunt capabile a se propaga până la măduvă.

Lăsăm de o cam dată chestiunea nevritelor ascendente asupra cărora vom reveni, pentru a ne ocupa numai de unele turburări ale organismului, datorite unei iritațiuni centrale.

Acestea privesc în special sensibilitatea și motilitatea.

În grupul alterațiunilor sensibilităței, prima linie o ocupă *nevralgia traumatică*.

Acéstă nevralgie se pôte observa și în urma amputațiilor, dar se produce mai ales în urma înțepăturilor, a plăgilor prin arme de foc, sau a fixărei corpilor streini în grosimea unui nerv.

Nevralgia traumatică numită încă și *nevralgia bontului*, dacă succede unei amputații, este tot ce pôte fi mai dramatic din câte ne pôte presenta un bolnav. Iată un cas clasic pe care îl găsim într'una din lecțiunile decedatului prof. Trélat, asupra nevralgiilor bontului, lecțiune ce se află în primul volum.

Atinge ușor, zice acest autor, cu virful degetului, sau mângâie pielea bontului, și îndată scena isbucnește în tótă furórea sea :

bolnavul își ridică în sus cu o mișcare bruscă și automatică membrul inferior, ce este apucat subit de o tremulațiune sacadată, convulsivă, involuntară; figura bolnavului exprimă în acest moment, dureri atroce: dinsa devine palidă, încrunțată, iar o sudore în picături acopere fruntea. Cu ambele mâini bolnavul se silește să-și comprime cóspsa, să-și menție membrul și să-și stăpânescă aceste tremurături și svâcnituri dureróse.

Dar nimic nu reușește, nimic nu'l ajută. Accesul persistă 1 sau 2 minute, după care totul intră în ordină, totul se liniștește, până ce un nou contact, o nouă atingere, vine de redeștéptă aceiași durere, desfășură aceiași scenă. Acéstă durere ce ocupă tótă suprafața bontului, prelungindu-se în sus și în diferite direcții, este comparată de bolnavi cu o arsură, cu o înțepătură, cu miș de ace roșite la foc și întrodu-se în carne. Insuși atingerea unui pěr provócă bolnavului aceiași senzațiune de arsură sub formă de mici înțepături, ca și cum iarăși miș de ace ar fi înfipte în corpul său.

Eată tabloul trist în care se găesc acești nenorociți bolnavi coprinși de nevralgii traumatice, și contra cărora de multe ori arta neputând lupta, adesea bolnavii preferă a-și curma viața prin sinucidere.

Caracteristica acestor nevralgii este că: I dinsele nu apar imediat după amputație ci după un timp óre-care: 3—4 și chiar 7 luni; și II, că se declară în mod brusc și în urma unor accidente neinsemnate.

Ast-fel la bolnavul lui Trélat, prima aparițiune a durerii s'a produs în urma unei alunecări, însă fără cădere.

Un alt bolnav al lui Azam, 7 luni după operație, fiind cu totul vindecat, iarăși alunecând și făcând o mișcare bruscă pentru a nu cădea, a simțit imediat o durere atât de teribilă în bont, în cât a căzut jos la pământ.

Acéstă nevralgie sau iperestesie fórte analogă cu causalgia, este numită de W. Mitchell *tetanos sensorial*, tocmai pentru a arăta gradul său de extensiune, nerămâind limitată numai pe traectul nervului lezat, ca în causalgie, ci răspîndindu-se pe un larg teritoriū—prin copleşirea ramurilor periferice.

Acéstă iperestesie sau nevralgie, adesea se insoțește și de turburări motorii, așa că în acelaș timp cu nevralgia, observăm

și *spasmuri traumatice*, formând ceia ce se numește *Chorea*, sau *epilepsia bontului*.

Mai mult încă, Weir Mitchell, a văzut excitațiunea motrice convulsivă întinzându-se la mușchii gâtului, trunchiului, ai feței și chiar ai laringelui.

S'a văzut chiar casuri, unde un adevărat atac de epilepsie s'a produs, în urma generalisărei unei asemenea iritațiuni.

De alt-fel Brown-Séguard, prin experiențele sale, a putut provoca accese de epilepsie pe purcei de India, în urma secțiunii nervului sciatic.

Fapte de acelaș gen s'a vădit observat și pe om în urma contuziunilor, rănilor prin armă de foc, a traumatismelor grave ale sciaticului etc. Ast-fel Billroth, Schaffer, Magnan, Samuel Wilks, citați de Nicaise, au vădit atacuri de epilepsie complectă, a cărei aură inițială pleca de la un nerv lezat. Alți autori au descris casuri analoge în urma rănilor de degete. Larrey spune că un soldat a fost apucat de epilepsie, din cauza unei înțepături a nervului cutanat intern, în nivelul plicei cotului.

Până aci avem ca rezultat al iritațiunii centrale consecutivă rănirii unui nerv, fenomenele următoare: *nevralgie*, *spasm convulsiv* sau *epilepsie locală*, *epilepsie generală*, *pînă și însuși tetanos*.

Dar aceste iritațiuni, pot merge și mai sus ca măduva.

În adevăr, observațiunile lui Weir Mitchell au arătat, că o *desordine mintală pasageră* poate să fie consecința bruscă a unei răniri nervoase.

Ast-fel, un voluntar primind o lovitură de foc în plexul brachial, și-a eșit imediat din fire, alergând după omorător și acuzând pe vecini că au voit să'l asasineze.

Un oficier rănit la braț, a avut nervul median tăiat; imediat a început să vorbească cu incoerență de subiecte cu totul streine momentului și locului, etc etc.

Să vedem acum, care e cauză unor asemenea fenomene atât de strani, ce se observă în urma secțiunilor nervoase și dependente de o iritație centrală?

Respunsul e greu de dat, cu atât mai mult că până acum chestiunea nu e lămurită.

Dupe noi, nu există una și aceeași cauză, ci factori multipli sunt în joc, precum de alt-fel și fenomenele sunt diverse. Și



tocmai pentru acest scop, am căutat a reproduce mai multe observațiuni, spre a ne fi mai ușor a înțelege mecanismul nevralgiilor.

Mai întâi, credem util a împărți aceste diferite fenomene în mai multe grupuri, lăsând la o parte simplele dureri sau nevralgii primitive, asupra cărora am insistat în primul volum, la capitolul contuziunii și dureri consecutive.

Vom face dar următoarea divisiune.

1) În urma unei amputații, nu e nimic de mirat, când dupe un timp ôre-care, bontul devine dureros. Sunt casuri clasice de existența unui nevrom, desvoltat în extremitatea remasă liberă a nervului. Acest nevrom își are origina la sigur, în urma compresiunilor exercitate asupra bontului, de un aparat în general rău construit (pilon). Alte ori există o cicatrice, care coprinzând în țesutul său fie însuși trunchiul nervos sau ramurile sale, devine punctul de plecare al acestor nevralgii.

În aceste casuri, durerea se explică foarte clar, căci există o leziune materială, palpabilă, pe care ridicându-o—fie prin resecția nervului sau extirparea cicatricei—totul intră în ordină, și or-ce fenomen dureros dispare.

Și numai grație posibilității acestui lucru, s'a introdus ca dogmă în chirurgie ca, în or-ce amputație trebuie neapărat să rezeccăm extremitățile nervilor cât de sus posibil.

2) Sunt alte casuri, unde numai e vorba de un nevrom superficial sau apendicular—daca îl putem numi ast-fel—ci de o inflamație a nervului, de o nevrită, fie intersticială sau parenhimatôsă, dar în or-ce cas limitată pe un anume teritoriū.

Ei bine, și în aceste circumstanțe, lucrul iarăși este clar: și ca probă sunt rezultatele satisfăcătoare pe cari le obținem, practicând nevrotomia, sau nevrectomia, aplicând secțiunea d'asupra punctului bolnav. În adevăr, ridicând 2—3 c.m. din nerv, totul e terminat, bolnavul rămând complect vindecat.

3) Casurile cele mai dificile însă sunt acelea, unde durerile nu recunosc nici nevromul, nici compresiunea sau constricțiunea cicatricei, nici în fine nevrita. Și probă este că tôte intervențiunile dirijeate în acest scop, rămân absolut infructuöse. Și pentru a ne convinge, n'avem de cât a recapitula operațiile practicate asupra bolnavului descris de Trélat: în 1869, din cauza nevralgiilor bontului, s'a practicat extirparea cicatricei, dar fără

succes. În 1870 s'a recurs la secțiunea tendónelor flexorilor cõpsei; iar dupe aceea, în diferite epoce s'a făcut a doua extirpare a cicatricei, precum și resecția parțială a peroneului. Fie-care din aceste diferite operațiuni, era urmată de o ușurare pronunțată, dar care nu era de cât momentană. Bolnavul — ne spune Trélat, și asupra acestui lucru noi atragem în deosebii atențiunea — precizează o particularitate foarte importantă și curioasă în același timp, *că atât cât plaga era în supurație, durerile erau aprõpe nule*; dar că ele reapăreau din ce în ce mai intense, cu cât cicatrizarea se stabilea, pentru ca în urmă durerile să și reia tõtă acuitatea anterioară. În fața acestor insuccese rebele, chirurgii recuseră la tratamente și mai energice, întreprinzând resecția marelui nerv sciatic. Ast-fel în 1874 s'a practicat această operațiune, scoțându-se 3 centimetri din nerv, la unirea părții inferioare cu cea mijlocie a cõpsei.

Dar totul a fost în zadar, căci ca și primele operații, și acesta a fost infructuosă, de ore-ce dupe câte-va zile nevralgia s'a arătat din nou în tõtă splendoria sea. În deseserare de causă, chirurgii au recurs la resecția nervului safen intern și a accesoriului său, făcută pe o lungime de 3 c.m. în dreptul inelului celui de al III-lea adductor. Dar *plaga încă nu se închisese*, și durerile reveniră tot așa de vii și tenace ca mai înainte!

Nu sunt ore tôte acestea, atâtea motive de deseserare și legitimă hotărîre a bolnavului de a și ridica singur viața? So-cotesc că da! căci trebuie a fi în adevăr, *poltron!* pentru a trăi în niște condițiuni atât de mizerabile!!?

Dar ce reșese din această observație atât de clasică, și care e concludsiunea ce putem trage?

Primul lucru ce constatăm, este faptul că există nevralgii ale bontului, în afară de compresiuni, de nevrõme sau nevrite, de cicatrice, etc., probă insuccesul tuturilor operațiunilor făcute în această direcție.

Atunci, care e cauza?

Până acum nu s'a dat o explicațiune satisfăcătoare. Cartaz însă, elev al lui Trélat, care a făcut o teză în această privință, a emis o opiniune împărtășită și de profesor, ce este foarte seducătoare și logică; ét'o: aceste forme de nevralgii rebele, iradiate și întinse, ar ține la o nevrită a rățelei terminale a nervilor. Această inflamație plecată din un punct ore-care, se propagă în tôte sen-

surile prin mijlocul fibrelor recurente, copleşind ast-fel întregul bont.

Prin acest mod de a vedea, am putea înţelege, de ce această durere este așa de generalisată, și de ce nevrotomia unui trunchiū nu e suficientă a stinge această durere.

Noi emitem o altă ipoteză. În adevăr, dacă ar fi vorba numai de o nevrită limitată în rețeaua terminală a nervilor, nu înțelegem pentru-ce de exemplu, durerea unui bont al gambei, nu încetază chiar practicând amputația cōpsei; căci în acest cas, numai încape îndoială că ridicând bontul, am ridicat cu el împreună și toate inflamațiile periferice a rățelei terminale a nervilor; ceia-ce din nenorocire nu se întîmplă.

Pentru a nu merge mai departe,  ta ce credem noi: 1) că există în adevăr inflama iunii a rățelei terminale; dar aceste inflama iunii, nu rămân limitate la suprafața bontului, ci cu timpul, prin diferitele anastomose, *inflamația se ridică în sus, copleșind trunchiul principal al nervului; se ridică la distanțe mai mult sau mai puțin depărtate de bont, dupe înălțimea ramurei ce este atinsă și prin care inflamația se propagă.*

Socotesc că o disecțiune anatomică minuțiosă, ar demonstra acest mod de a vedea, cu o punctualitate matematică. Dar în tr c t, putem precisa  re-cum lucrul. Să ne închipuim o amputație a gambei în locul de elecție. Dacă inflamația de care vorbim se stabilește în rețelele nervului tibial sau peronier, d nsa va da o nevralgie difusă a bontului, dar contra căria putem lupta, făcând o resecție sau chiar desarticulația genuchiului.

B la însă fiind neglijată, ac st  inflamație se p te urca mai sus, p n  la origina sciaticului popliteu extern și intern, adică p n  la diviziunea marelui sciatic, d'asupra fosei poplitee (unghiul superior). Ei bine, și în acest cas, o amputație a c psei la partea sea de mijloc, sau resecția sciaticului d'asupra bifurcațiunei, încă pot aduce servicii enorme bolnavului, sc p ndu' l de or-ce durere.

 n cazul însă când b la a fost lăsată la mersul său, neapărat că treptat, sciaticul va fi copleșit din ce în ce mai sus, și deci cu at t operația secundară va fi mai depărtată de primul bont.

Dar d ca ne închipuim că din nenorocirea bolnavului, ac st  inflamație se stabilește de la început, de esemplu în ramurile articulare ale sciaticului, în acele rămuri r sp ndite la fața externă a genuchiului, putându-se lăsa în jos p n  la locul de e-

lecție al gambei, atunci primejdia e foarte mare, de orice origina acestor ramuri, este tocmai la partea superioară a cõpsei, nãscând printr'un trunchiũ comun cu nervul scurtei porțiunii a bicepsului. In asemenea casuri, lesne înțelegem ineficacitatea or cãrei intervențiunii, fie chiar amputația cõpsei la partea de mijloc. Singurã desarticulația membrului inferior ar fi capabilã a scãpa pe bolnav, cãci numai prin ea putem secționa nervul d'asupra leziunii plecatã de la gambã!

Și pentru a da un sprijin și mai puternic acestor considerațiuni ce 'mã sunt proprii, voi recurge chiar la observațiile diferiților autori.

Ast-fel, Mitchell povestește istoria unui soldat, care fu coprins de nevralgia bontului un an dupã amputația gambei. Bontul fiind conic s'a amputat. Mai târziu, nevralgia persistând, un alt medic a fãcut resecția osului în lungime de un police. Recidivã; suferințele erau intolerabile. S'a excisat atunci 2 c.m. din nervul sciatic și 7 c.m. din nervul popliteu și peronier. Iarãși recidivã. Atunci s'a fãcut amputația cõpsei la 10 c.m. d'asupra genuchiului. Resultatul nul! In fine s'a fãcut excisiunea de 3 c.m. a nervului sciatic la eșirea din basin! și cu tôte acestea nevralgia a persistat!

Observațiunea lui Azam este iarãși foarte demonstrativã: nevralgia bontului în urma amputațiunei gambei; rezección sciaticului popliteu extern; mai târziu rezección marelui sciatic. Dupã 7 luni recidivã.

O femeie a primit amputația cõpsei pentru o nevralgie plecatã din bontul genuchiului. Recidivã; rezección sciaticului și a extremitãței femurului; a doua rezección a sciaticului. Nici o ameliorare. Vindecarea nu s'a obținut de cât fãcându-se desarticulația cõpsei!

Mayor (din Lausanne), a practicat și el desarticulația cõpsei din cauza unei nevralgii, ce nu cedase nici la rezección sciaticului, nici la amputația cõpsei; bolnava a fost vindecatã de nevralgia sea.

In fine Hancock, pentru o asemenea nevralgie situatã în bontul membrului superior, a fost silit sã fãcã desarticulația umerului.

Socotesc cu totul de prisos a mai face or ce comentarii asupra acestor observații, cari confirmã in totul opiniunea ce am emis.

Conchidem dar, că *nevralgiile bontului*, în afară de nevrome izolate sau multiple, *se datoresc unor nevrite ascendente, plecate din ramusculele periferice, ridicându-se la distanțe mai mult sau mai puțin mari, pe trunchiul principal, după punctul de origină al acestor ramuscule.*

Acésta e cea mai rebelă, dar adevărata nevralgie a bontului.

Care este însă cauza intimă a acestor nevrite ascendente?

Sunt absolut convins, că *rolul principal și unicul pot zice, este lipsa de antisepsie riguroasă în momentul amputațiunei.* Am avea cu alte cuvinte o inflamație sau nevrită septică, într'un grad ușor, — fie directă, sau prin limfaticele mici, or venule — dar care nu e mai puțin adevărat, din locală ce este la început, treptat se ridică din ce în ce, până la maximum posibil.

Și sunt cu atât mai mult în drept a susține acésta, cu cât fenomenele epileptice și chiar tetanice, nu sunt de cât rezultatul unei infecțiuni mai pronunțate. Așa că o *infecție ușoră, ar provoca simple nevrite, simple nevralgii; iar una mai puternică, fenomene mult mai grave, reprezentate prin epilepsie, tetanos etc.* Și proba o putem deduce chiar din observațiile citate. În adevăr, ce vedem la bolnavul lui Trelat? Că amputația gambei a fost provocată în urma unei *sdrobiri complete a membrului.* Ce cauză dar mai favorabilă de infecție de cât acésta? Apoi, amputația se face la locul de elecție, prin urmare *förte apröpe de focar*; deci probabil, inclusiunea unor germei în plagă. Și dacă la acésta mai adăogăm și o antisepsie relativă în timpul operației, avem tot ce ne trebuie pentru esplicarea desvoltării acestor *nevrite ramusculare.* În 1869, antisepsia luase dînsa un avânt așa de mare, în cât să nu aibă nimic de imputat, mai ales la Dijon unde s'a operat bolnavul? Dar probă e, că *töte cele alte operații ce s'aü practicat pe acest bolnav, nici una nu s'a vindecat prin prima intenție, căci töte aü supurat.*

Și așa este de adevărat acest lucru, că de mult nu s'aü mai publicat în literatura medicală casuri de nevralgii ale bontului; și acésta de sigur, numai grație precauțiunilor de antisepsie și reunirea plăgilor per-primam.

În ceia ce mă privește, absolut n'am observat nici o dată cea mai mică urmă de nevralgie a bontului, în nici unul din cele 33

casuri de amputație ce am practicat, și al cărui tablou îl voi arăta imediat.

Conduita ce urmez în acest gen de operație este:

1) Tot-d'una în casuri de traumatisme sau sdrobiri, fac amputația cât se poate mai sus, trecând dincolo de zona iritată a focarului traumatic, ast-fel precum deja pe larg am insistat în primul meu volum.

2) Lambourile le fac cât se poate de lungi și largi, așa în cât dupe vindecare, osul este cel puțin la 5—6 c.m. de la extremitatea bontului.

3) Fac resecția tutulor trunchilor sau ramurilor nervóse ce întâlnesc.

4) Emostasa e împinsă la esces, căci nici o dată pe o amputație a cõpsei nu pui mai puțin ca 20—25 legături emostatice, iar pe braț sau antebraț de la 10—20 legături.

5) In tot cursul operației, în mod continuu curge pe plagă un curent de sublimat 1‰ întocmai ca o plõe, până aplic tóte suturile.

Emostasa dar și antisepsia rigurósă, m'a făcut de multe ori să obțin reunirea per-primam, chiar fără tub de drenagiũ și fără complicație de nevralgie a bontului.

Iată micul tablou de unele amputații ce am putut găsi în caetele mele ce posed, precum și în condicile serviciului.

# TABLOU

de amputații arătându-se numărul legăturilor emostatice ce în general aplic.

## 1887

1) Stan Radu, 18 ani.	Sdrobire completă a antebrațului prin accident de drum de fer.	Amputația brațului în terțul superior (întra deltoidienă). 14 legături; 28 August.
2) Stan Stănculescu, 35 ani, alcoolic.	Gangrenă senilă a piciorului și gamba stângă.	Amputația cōpsei la partea de mijloc, prin două lambouri. 26 legături emostatice, plus una pe vena femorală. 29 August.
3) Gheorghe Teis, 53 ani, slăbit până la emaciare.	Ulcere gangrenose ale gambei drepte.	Amputația cōpsei la partea de mijloc prin două lambouri. 18 legături emostatice. 21 Septembrie.
4) Neagu Bănică, 20 ani.	Tuberculosă osoasă intensă a minei drepte.	Amputația antebrațului în terțul inferior, metoda circulară. 10 legături emostatice. 24 Septembrie.

## 1888

5) Tudor Andronacki, 39 ani.	Distrugerea completă a antebrațului stâng și cu smulgerea parțială din părțile moi ale brațului.	Amputația brațului în terțul mediu cu 2 lambouri. 12 legături emostatice, 18 August.
6) Petre Cristea, 36 ani.	Fractură cominutivă și complicată a gambei drepte în terțul inferior	Amputația cōpsei în terțul inferior, metoda circulară. 33 legături emostatice, 19 August.
7) Dumitru Farmack, 18 ani.	Tumoră albă a articulației tibio tarsiene stângă.	Amputația gambei la locul de elecție metoda cu 2 lambouri. 20 legături emostatice. 17 August.
8) Nicolae Mihaï, 46 ani	Fractură completă și complicată a gambei drepte, supra-maleolara	Amputația cōpsei în terțul inferior, metoda circulară. 18 legături emostatice. 23 August.

9) Nicolae Ioniță, 31 ani	Plagă prin armă de foc, complicată de distrugerea completă a mâinei și pumnului.	Desarticulația cotului, metoda eliptică. 12 legături emostatice. 30 August.
---------------------------	--	--

## 1889

10) Iosif Steiner.	Sdrobire cpmplectă a mâinei, accident de mașină de treerat.	Amputația antebrațului în terțul superior cu 2 lambouri. 18 legături emostatice. 21 Iulie.
11) Anica Stanciu, 25 ani.	Tumoră albă a articulației tibio tarsiene stângă.	Amputația gambei în locul de elecție cu 2 lambouri. 14 legături emostatice. 24 Iulie.
12) Nae Gazon, 40 ani.	Tuberculoza piciorului drept.	Amputația gambei în locul de elecție cu 2 lambouri. 22 legături emostatice. 5 Februarie.
13) Nicolae Surdu, 37 ani.	Ulcer gangrenos al piciorului drept.	Amputația gambei în locul de elecție. 26 legături emostatice, 27 Septembrie.

## 1891

14) Carol Cesner 28 ani	Septicemie acută.	Amputația cõpsei în terțul inferior metoda circulară. 19 legături. 14 Martie.
15) Nicolae Ștefănescu	Fractură cominutivă a gambei stângi complicată de plagă cu esirea părților osõse.	Amputația cõpsei la terțul inferior. 25 legături emostatice. 12 Aprilie.
15) Ilie Ionică	Gangrenă umedă a piciorului stâng.	Amputație supra-maleolară a gambei. 10 legături emostatice. 20 Aprilie.

## 1892

16) Anghel Pavel	Plagă prin smulgere și instrument contondent, complicată de sdrobirea completă a mâinei și extremității inferioare a antebrațului drept.	Amputația antebrațului la unirea terțului inferior cu cel mijlociu, metoda circulară cu mănecută. 17 legături emostatice. 4 Ianuarie.
------------------	--	--



17) Ion Năstase	Lepră tuberculoasă a degetelor piciorului stâng.	S'a făcut amputația lui Chopar. 12 legături. 14 Martie.
18) Nae Antonescu, 48 ani.	Bont gangrenos.	Amputația gambei la locul de elecție, lambou extern. 10 legături emostactice. 1 Aprilie.
19) Nae Antonescu	Gangrena gambei.	Amputația cōpsei la terțul inferior, metoda circulară. 19 legături emostactice. 12 Aprilie.
20) Ion Năstase	Ulcere cronice ale degetelor piciorului stâng	Amputația gambei la locul de elecție cu 2 lambouri. 19 legături emostactice. 22 Februarie.
21) Catrina Marin, 50 ani.	Osteo-artrită tuberculoasă a articulației radio-carpene drepte.	Amputația antebrațului la terțul mijlociu, metoda circulară. 16 legături emostactice. 12 Mai.
22) Tase Mihaiu 45 ani	Sdrobirea gambei drepte.	Amputația cōpsei la terțul mijlociu, metoda circulară. 22 legături. 8 Febr.
23) Anghel Androm, 46 ani.	Gangrenă uscată a piciorului drept.	Amputația gambei la locul de elecție, 2 lambouri. 13 legături.

## 1893

24) Niță Ioniță, 36 ani.	Fractură completă comunitivă a terțului inferior al gambei drepte, complicată de sdrobirea părților moi și osose.	Amputația cōpsei la terțul mediu met. circulară.
25) Scărlătescu Ion, 29 ani	Congelație de gradul I, II și III a ambelor picioare.	Amputația Lisfranc. 11 legături.
26) Gheorghe Pundeanu 24 ani	Artrită tuberculoasă a articulației tarso-metatarsiene.	Amputația gambei la locul de elecție. 15 legături.
27) Florea Popescu, 31 ani	Fractură completă și complicată a extremității inferioare a gambei stângi.	Amputația cōpsei în terțul inferior. Metoda circulară. 23 legături.
28) Ivan Menif, 25 ani.	Artrită tuberculoasă a articulației tibio-tarsienă dreaptă.	Amputația gambei la locul de elecție. 15 legături.

29) Dumitru Septelici, 33 ani	Amputație accidentală a piciorului drept.	Amputația gambei la locul de elecție. 2 lambouri, anterior și posterior. 14 legături.
30 Sterie Alexandrescu 15 ani	Sarcom al extremității superioare a tibiei stângi.	Amputația cõpsei la terțul mijlociu, metoda circulară. 24 legături.
31) Carolina Neubauer, 47 ani	Plagă contusă a genuchiului stâng, articulația deschisă. Fractura condilului intern.	Amputația cõpsei la terțul inferior. Metoda circulară. 19 legături. (Mortă după 3 zile. Iulie.
32) Petrache Ivan, 17 ani	Plagă prin armă de foc.	Amputația antebrațului stâng în terțul inferior, metoda circulară. 18 legături.
33) Toma Popovici, 29 ani	Artrită fongosă a articulației radio-carpiane drepte.	Amputația antebrațului în terțul inferior metoda circulară. 18 legături.

În resumat, din 33 amputații mari, nici un cas de nevralgie a bontului, ceia ce socotesc e foarte semnificativ.

III. În afară de aceste cauze a nevralgiilor, și iarăși în sprijinul opiniei noastre, sunt observațiuni neîndoișoare, în cari niște asemenea fenomene nevralgice, au apărut în urma unor afecțiuni generale.

Ast-fel Weir Mitchell, arată mai multe cazuri unde durerile s'au declarat în urma unei rugeole, reumatism, febră intermitentă etc. Probabil că și sifilisul nu poate fi strein în unele împrejurări.

Sunt multe cazuri, unde un tratamant apropiat, a arătat legătura intimă între aceste nevralgii și o afecțiune generală a organismului, prin obținerea de vindecări, fără a fi fost trebuință de a recurge la operațiuni grave; dar aceste fapte sunt de sigur cele mai rare, dar cari nu trebuiesc mai puțin luate în considerațiune.

IV. Ultima grupă ce stabilim, este aceia unde fenomenele izbucnesc imediat după accident. Aci dupe noi, nu putem absolut nimic invoca, de cât influența traumatismului asupra redeșteptării unor stări diatesice vechi ale bolnavului.

Și cum în adevăr ne-am putea explica izbucnirea bruscă a fenomenelor de iritație nervoasă excesivă și turburări mintale pină

la accese de nebunie, de cât prin o predispoziție a individului la asemenea stări, grație isteriei sau alienației mintale ereditare?

La acestea nu trebuie să uităm influența nefastă ce o jăcă alcoolismul în fața or cărui traumatism, lucru asupra căruia am insistat foarte pe larg în primul volum, și care capitol cu insistență îl recomand a fi citit.

V. În afară de fenomenele ce am arătat, clinica ne mai oferă altele și mai curioase în evoluțiunea lor.

Este vorba de *paralisiile reflexe*.

Acestea se împart în două categorii: în paralisii *reflexe subite și tardive*.

Ultimele le considerăm ca perfect explicabile prin propagarea lentă și treptată a inflamației, cu alte cuvinte prin cunoscutele nevrute ascendente și descendente progresive.

De aceea, pentru moment nu ne vom opri asupra lor, rezervându-ne dreptul a reveni la locul competent.

Nu este însă tot ast-fel cu paraliisiile reflexe subite.

Etă câte-va considerațiuni și observații relativ la această chestiune, ce găsim în articolul lui Nicaise din enciclopedie.

Lăsăm la o parte paraliisiile subite sau simptomatice, observate în domeniul medicinei interne. Sunt foarte curioase în adevăr și instructive observațiile lui Stanley, Graves, Romberg etc., cari au observat paralisii reflexe ale membrilor în urma unor afecțiuni renale, intestinale sau uterine. Și cei cari se ocupă cu bólele de copii, nu au întârziat a constata asemenea fenomene producându-se la micii pacienți, în urma vermilor lombricoiți etc., etc.

Dar toate acestea n'au importanță în chirurgie, căci după cum numele arată, dênsele fiind simptomatice, dispar imediat cu depărtarea cauzei: „*sublata causa tollitur effectus!*“

Să ne oprim însă puțin asupra paraliisiilor subite venite în urma unui traumatism, al cărui studiu inițial se datorește lui W. Mitchell.

Iată câte-va observații foarte demonstrative :

1) Un bolnav primește o rănire a gâtului, care imediat fu urmată de o paralisie a ambelor membre superioare.

2) Un bolnav capătă o rănire a sciaticului, urmată de o paralisie a unui braț.

3) Un bolnav capătă o rănire a nervului crural, și e urmată iarăși de o paralisie a unui braț.

4) Un soldat primește un glonte în testiculul drept; imediat urmăze o paralisie a muschiului gambier anterior, și lungul peronier drept.

5) Un soldat e rănit la cõpsa drẽptã; dẽnsul cade fãrã cunoștințã și rãmâne paralisat atãt de membrele superioare cãt și de cele inferioare. Mișcarea revine repede în brațul stâng; dar vindecarea celor alte trei membre a fost fõrte tardivã.

Brown-Sequard, dã și el observațiunea urmãtoare:

Am fost consultat, zice acest autor, de un oficer American, care în urma unei rãniri prin armã de foc a plexului cervical și brachial din partea drẽptã, a devenit paralisat de membrele superioare și inferioare într'un ușor grad, coprinzând mai ales brațul drept și gamba stângã.

Larrey dã iarãși observațiunea urmãtoare:

În timpul campaniei din Siria, zice acest autor, fõrte ușore rãniri ale umãrului, erãu urmate aprõpe în mod constant de paralisia completã sau incompletã a membrului conrespondent.

Care este cauza acestor fenomene atãt de curioze ce se manifestã în regiuni așa de depãrtate de punctul lezat?

Nu vom discuta opinia lui Larrey, care credea cã fenomenul depinde de starea astenicã și stupefiantã ce exercitã asupra organismului clima din Siria (!?)

Mai științificã este opinia lui Weir Mitchell, care atribue fenomenele unei comoțiuni nervõse. Iatã cum se exprimã acest autor: „în loc de o impresiune asupra centrului cardio-motor, observãm numai o contra-loviturã asupra centrilor sensaționali, asupra aparatului ideațiunei, asupra unui ganglion sensitiv, asupra unui grup de celule motrice. Cãt privește *pentru ce* creerul e afectat într'un cas, cordul în alt cas, iar celulele motorii în al treilea cas, acẽsta e imposibil a se ști“.

Noi credem, și emitem douã opiniuni în acẽstã privințã: sau în unele casuri e vorba de o simplã congestie cerebralã, de o comoție sau desvoltarea unui acces bastard de isterie; sau în alte casuri e vorba de adevãrate embolii, cari brusc se stabilesc în zona psicho-motorie a crebrului. Ast-fel în casuri de simplã comoție, fenomenele dispar repede; iar în casuri de embolii persistã pînã ce embolus se resõrbe.

## DIAGNOSTICUL LEZIUNILOR NERVOASE

Este elementar lucru că, secțiunile, ruperile, smulgerile etc. practicate asupra unui nerv, vor avea un resunet funest atât asupra organului însuși (nervul), cât și asupra muschilor aflați sub dependența sea. De aci turburări patologice nervoase și musculare. Resultatul final va fi degenerarea nervilor, iar prin ea suspendarea funcțiunilor musculare — paralisia.

Pentru mai buna înțelegere a acestui capitol, e necesar a da oare-cari amănunte, recapitulându-ne puțin cunoștințele în această privință.

*Paralisia* este suspensiunea motilităței, este pierderea totală a motricității active.

Prin *paresie* sau *slăbiciune musculară*, se înțelege numai micșorarea gradului de contractilitate, fără suspensiunea funcțiunilor musculare. În adevăr, în paralisie muschiul nu mai e capabil să execute cea mai mică mișcare voluntară; în paresie, putem obține în sfera bolnavă unele mișcări, dar acestea, atât sub raportul forței, al duratei și al efectului util, sunt mai inferioare de starea normală (taux normal) (Strümpell).

Fără a intra în amănunte mari, vom reaminti că între părțile cele mai periferice ale corpului și scorța cerebrală, există o strinsă legătură. Deci, or-ce obstacol așezat pe acest lung conduct, e capabil de a produce suspensiunea funcțiunilor motrice, în tot teritoriul aflat de desubtul acestui obstacol.

Nu putem intra în studiul localisărilor cerebrale; totuși ca idee generală și cunoștințe elementare, vom ști că în scorța cerebrală există teritorii bine definite, atât prin experimentație cât și prin observațiile clinice, ce au primit numele de zona *psicho-motorie*. Această zonă e concentrată în spațiul coprins între circonvoluția frontală ascendentă și parietala ascendentă.

Dorința, voința, sau mai bine zis porunca dată de crebru, plécă din acest punct, și de acolo se realizéză prin executarea diferitelor mișcări, manifestate la exterior cu anume intensitate, conform dorinței exprimată de crebru.

Se înțelege dar de la sine, că această lungă cale, numită încă cale de *conducere*, *calea cortico-musculară* sau *a piramidelor*, trebuie să fie în tótă lungimea sea în perfectă integritate, căci

numai ast-fel voința se p $\acute{o}$ te traduce în fapt real; la din contra, ordinul plecat din cerebru, se va opri pe drum, calea fiind întreruptă, și deci execuția nu p $\acute{o}$ te fi îndeplinită, de óre-ce muschiul e sustras de la acéstă influență. Acésta este *paralisia musculară*.

În alte circumstanțe, drumul nu e întrerupt, dar calitatea fibrelor conductóre, sau vigórea organului destinat a manifesta voința (muschiul), nu au compositiția normală, și ast-fel fiind, ordinul se execută în mai mic de cât voește cerebrul. Acésta este *paresia musculară*.

Când dar ne vom afla în fața unei paralisií, datoria n $\acute{o}$ stră este a descoperi unde și în ce loc se găsește obstacolul care a întrerupt comunicația?

Dar pentru acésta trebuie să reamintim în scurt acest drum, precum și diferitele stații, daca ne e permisă expresia, prin care trece ordinul cerebral.

Plecând dar ordinul de la scórța cerebrală (zoma psicho-motorie), dînsul parcurge succesiv: fibrele corónei radiante, de aci vine în capsula internă în segmentul s $\acute{e}$ u posterior, apoi în terțul de mijloc al pedonculului cerebral, prin fășia piramidală; de aci în protuberanță și în fine pe fața anterióră a bulbului. De aci, grație decusațiunei piramidelor, incitațiunea plecată de exemplu de la stînga scórței cerebrale, se dirige în partea dreptă a măduvei, prin fasciculul piramidal încrucișat. Iar de aci urm $\acute{e}$ nd calea fășiilor piramidale directe din măduvă, unde și ele se încrucișeză, rezultă că escitațiunea se cob $\acute{o}$ ră în cordonul anterior al măduvei tot în partea opusă.

De la cordónele laterale ale măduvei, pl $\acute{e}$ că fibre motrice cari strebat în substanța griză anterióră, și se légă direct cu marele celule ganglionare motrice a c $\acute{o}$ rnelor anterióre. De la aceste celule pl $\acute{e}$ că fibrele radiculare anterióre ce trec în nervii periferici în stare de rădăciní spinale anterióre. Și prin acești din urmă nervi, impulsunile motrice plecate din cerebru, ajung la adev $\acute{e}$ ratul aparat al mișcării, la mușchii voluntari, cari execută ordinul dat.

Acésta e calea prin care se produce mișcările voinței.

Trbuie încă să știm, că în zona psicho-motorie, există teritorii limitate pentru mișcarea fie-cărui membru (față, braț, c $\acute{o}$ psă, gambă etc.) Deci av $\acute{e}$ nd o leziune în aceste puncte ale scórței,

vom avea în mod fatal paralisia membrului corespondent de la periferie. Dar din cauza dispozițiunei fâșiilor piramidale, cari de la scórță până la bulb aū un mers direct, iar la bulb se încrucișeză trecând în partea opusă în meduvă unde drumul devine direct, rezultă că or-ce leziune situată fie în zona psihomotorie, în capsulă, în pedoncul, protuberanță și bulb d'asupra decusațiunei piramidelor, va da în mod precis o paralisie în membre, în partea opusă leziunei cerebrale. Și din contra, or-ce leziune aflată în bulb, sub decusațiune, precum și în măduvă, paralisia va fi de aceeași parte cu leziunea.

Prin urmare, când un bolnav va avea de exemplu fața, brațul și membrul inferior de aceeași parte paralizate (emiplegie), suntem siguri că leziunea e centrală, că se află în cerebru, putând ocupa or ce punct de la scórță pină la bulb.

În măduva spinărei, toate fibrele cari descind de la scórță (fâșiile piramidale directe) ale fie-cărei jumătăți a corpului, merg aproape lipite unele de altele. Și de ôre-ce o mulțime de bóle ale măduvei, aū tendința a copleşi simultaneū ambele jumătăți, coprinzând puțin câte puțin totă grosimea cordonului spinal, urmază că părțile omológe și dintr'o parte și alta a măduvei, nu vor întârzia să fie paralizate în acelaș timp, formând ceia ce se numește *paraplegia*. Fenomenul acesta îl observăm în toate leziunile situate de la bulb până la terminațiunea măduvei.

Ast-fel că, lesne e de înțeles cum un obstacol așezat în regiunea cervicală, e capabil a da o paralisie a tuturilor membrelor superióre saū inferióre de o dată, saū numai a extremităților superióre (paralisie cervicală, brachială saū superióră), bine înțeles după întinderea leziunei.

Dar în afară de aceste paralisii corticale, saū mai bine zis cerebrale și medulare, mai putem observa *paralisii circumscrise* numai la zona de distribuțiune a nervului atins. Și după cum leziunea va coprinde un plex întreg, saū numai un singur nerv aparținând acestui plex, vom avea: *paralisie periferică plexo-nervósă*, saū *paralisie periferică simplu nervósă*. Exemplu: o compresiune totală a plexului brachial ne va da o paralisie totală a membrului superior (paralisie periferică plexo-nervósă); pe când paralisia va fi parțială și limitată numai la un anume grup muscular, după cum numai nervul median, radial saū cubital va fi atins (paralisie periferică simplu-nervósă).

Până aci am văzut paralișile musculare de natură nervoasă, adică dependente de alterațiunea, fie a scórței cerebrale, a măduvei sau a trunchilor nervoși și chiar a unor ramuri separate.

Este întrebarea însă: pôte să existe paralișii fără leziune nervoasă.

Experimentația și clinica par a răspunde în mod afirmativ. În adevăr, *există o excitabilitate mecanică directă a muschiului*, manifestându-se prin contracțiuni ce se produc când percutăm direct corpul muschiului.

În această circumstanță, zice Strümpell, este imposibil a precisa partea ce se cuvine iritațiunii directe a muschiului, și partea ce aparține excitațiunii mecanice a nervilor musculari. E posibil, că această contracțiune musculară să fie rezultatul unei mișcări reflexe, datorită unei excitațiunii mecanice a fasciei ce învelește muschiul. Cu toate acestea, trebuie notat că și în casurile unde reflexele tendinoase sunt cu totul suprimate (ca de exemplu în tabes), excitabilitatea mecanică directă încă este observată.

Cu această ocașie, vom menționa *contracțiunile numite idiomusculare și contracțiunea paradoxală*.

Contracțiunea idiomusculară e fenomenul ce obținem, când cu marginea cubitală a mâinei aplicăm o lovitură bruscă pe porțiunea cea mai grosă a muschiului. Se formază atunci în punctul lovit, o ridicătură musculară circumscrită ce se pierde încet și pe nesimțite. Acesta procură un joc de distracție la copii, lovind în special bicepsul umeral, dând acelei ridicături musculare numele de *bróscă!*

Prin contracțiune paradoxală a lui Westphal, se înțelege un fenomen ce se observă de preferință la muschiul tibial anterior (mai rar la flexorii gambei și antebrațului), și care constă în aceia că piciorul pus pasiv în flexiune dorsală, se menține un timp foarte lung (mai multe minute) în această pozițiune, chiar după ce l'am lăsat, ceia ce face să apară o ridicătură pronunțată, datorită tendonului tibial anterior. Nu s'a putut încă da până azi o explicațiune acestui fenomen; dar se observă în diferite bóle ale crebrului și măduvei (sclerosă multiplă, paralișie agitantă).

Ast-fel fiind, este ușor de a deduce *à priori*, zice Strümpell, că afecțiunile muschilor pot să dea naștere unei paralișii, fie că și au perdut elementele contractile, fie că au rămas lipsiți de



facultatea de a răspunde printr'o contracțiune la influxul nervos ce se adresază lor. Însă, determinarea riguroasă a acestor *paraliziî miopatică* este înconjurată de mari dificultăți, pentru că bólele substanței musculare propriu zise, nu sunt susceptibile de a fi net separate de acelea a expansiunilor și a aparatelor terminale a nervilor motori.

În afară de aceste *paraliziî de cauză anatomică evidentă*, mai avem *paraliziî toxice* (saturnine, arsenicale, cuprice, plumbice, alcoolice etc.); *paraliziî consecutive bólelor generale acute* (difteria, tifosul, variola, disenteria, exantemele acute, sifilisul, tuberculoza etc.); *paraliziî à frigore*; *paraliziî funcționale* în legătură cu isteria; *paraliziile de cauză morală* ca cele venite în urma unei spaimे sau fricā, și în fine *paraliziile reflexe* despre cari deja am vorbit. Tóte aceste paraliziî însă, aũ fie-care o leziune materială, ast-fel că 'azī se considerā din aceeași familie ca cele de cauză anatomică evidentă, iar nici decum ca paraliziî *sine materia*.

Tot cu privire la înlesnirea diagnosticului, vom menționa *paraliziile flasce* și *paraliziile rigide*. Există în adevăr paraliziî, în cari cu cea mai mare libertate și ușurință, putem imprima tot felul de mișcări pasive, membrului paralizat, fără a întâmpina cea mai mică rezistență. Organul decī e cu totul mólе, cu totul flasc.

Există însă casurī, unde cu tótā paralisia membrului, totuși nu putem executa mișcări pasive, reținuți fiind de o rezistență musculară fórte pronunțată, ast-fel că nu putem reuși de cât puind în joc o putere mai mult sau mai puțin considerabilă, și încă scopul nu este îndeplinit de cât în limite fórte restrânse.

Acéstā rezistență la mișcările pasive, se datorește unei scurtări permanente a muschilor, numită contractură. Dinsa ne reprezintă o *tensiune musculară*, fie rezultatul unui fenomen direct de excitațiune motrice, fie a unei excitațiuni de origină reflexă.

În or ce cas, acéstā paralisie rigidă, se mai numește și *paralisie spastică*.

Dacă am intrat în aceste considerațiuni cam lungi, este pentru a arăta cât de minuțioși trebuie să fim, aflându-ne în fața unui organ paralizat, pentru a putea cunoște origina și natura paralisiei.

Pentru a recunoște existența unei paralisi, zice Strümpell, nu trebuie să ne mulțumim numai pe cele ce ne oferă individul (examen subiectiv) asupra impotenței de a executa unele mișcări, și a îndeplini unele funcțiuni etc., ci să recurgem la un examen obiectiv, atentiv și complect a *motilității voluntare*. Acest examen, când e vorba de bólele nervóse, trebuie să coprindă tóte părțile corpului, și să avem o cunoștință profundă de tóte mușcările ce se pot efectua normal în fie-care articulație, precum și de toți mușchii și nervii ce concură și conduc aceste mișcări.

Și numai prin acest mijloc putem să stabilim, dacă o paralizie ce ni se oferă, este sub dependența unei leziuni cerebrale, medulare, radiculare sau tronculare; și iarăși prin acest examen putem deosebi o paralizie profesională, de o alta de cauză generală, sau fiind sub dependența isteriei, sau rezultatul direct al unei compresiuni sau secțiuni nervóse.

Dar or care ar fi origina paralisiiei, ceia ce importă mult pe chirurg și medic, este starea de alterațiune în care se găsește mușchiul. Acésta este de o importanță capitală, căci de densa depinde posibilitatea revenirii mușchiului în starea sa fiziologică.

Vom căuta deci prin mijlocul curenților electrici, precum imediat vom arăta, dacă mușchiul e numai simplu *atrofiat* sau *degenerat*.

În cazul I-ü, fiind vorba numai de o slăbiciune organică, încă rămâne ceva de a spera; pe când în cazul al II-lea, totul trebuie considerat ca pierdut.

În privința acésta trebuie să reamintim datele fiziologice, cari arată că nutrițiunea mușchilor, residă în córnela grize anterioare ale măduvei, prin interpozițiunea marilor celule ganglionare.

De aci rezultă, că or ce obstacol așezat d'asupra acestor organe, mușchiul de și paralizat, nu va fi însă degenerat; pe cât din contra, obstacolul sau leziunea având sediul în córnela anterioare sau în celulele ganglionare or de dedesuptul lor, mușchiul va fi și paralizat și degenerat.

Concluziunea deci este, că paraliisiile de origină corticală sau cerebrală, nu se însoțesc de degenerarea mușchilor; pe când cele medulare, sau cele situate pe nervii periferici, aduc degenerarea musculară, fie în mod direct — córnela anterioare și celulele fiind atinse — sau indirect, când leziunea aflându-se pe un nerv periferic, mușchiul este izolat de centrul său trofic, adică de celulele

multipolare și córnela anterióre. Dar în asemenea casuri, nu numai mușchi, dar însuși nervii intră în degenerațiune, fenomen căruia i s'a dat numele de *atrofie degenerativă*.

Din expunerea celor ce preced, decurge următoarele reguli, ce s'au stabilit sub formă de lege:

1) Că în paralizii cerebrale, mușchi nu sunt nici o dată atinși de atrofie degenerativă.

2) Că această atrofie se produce numai în paralizii spinale, cu condițiune ca leziunea să ocupe celulele multipolare anterióre.

3) Că această atrofie, este inevitabilă în toate paralizii periferice de lungă durată, în care cas se adaogă o aceeași atrofie degenerativă și a nervilor.

Am arătat importanța și rolul ce'l jócă în cheștiunea paraliziiilor degenerarea mușchilor. Acum e momentul să vedem cum putem cunoște această degenerare, spre a putea stabili pe de o parte prognosticul, iar pe de alta tratamentul.

Cheștiunea contractilităței electrice a mușchilor, a trecut prin următoarele faze: până mai deunăzi, mai toți fisiologiști susțineau că, după secțiunea nervilor, contractilitatea faradică persistă aproape indefinit în mușchi.

Duchenne de Boulogne este primul care a arătat, că această contractilitate faradică, ca și sensibilitatea electro-musculară, erau abolite, sau putea să revie după un timp în general lung, dacă regenerațiunea nervoasă se obține.

Boierlacher în 1859, a publicat primul fapt de paralisie facială, unde constatase că mușchii paralizați cari nu răspundeau la curentul faradic, răspundeau însă foarte bine la curentul electric.

Acest fapt a făcut foarte mult șgomot, și a dat naștere la o serie foarte considerabilă de cercetări și publicațiuni, în persoanele lui Schultz din Viena, Brenner, Erb etc. etc., cari prin experiențe făcute pe animale, au lămurit în mod suficient această cheștiune.

Să vedem mai întâi, cum se compórtă mușchiul în starea normală față cu electricitatea, spre a putea descoperi gradul de degenerare musculară.

Examenul electric pentru a fi complet, trebuie făcut cu ambele feluri de curenți adică: și cu cel *faradic* numit secundar

saŭ de inducțiune, și cu cel *galvanic* numit constant. În acest scop, unul din poli numit *polul indiferent*, se așeză pe sternum saŭ pe cefă; pe când cel alt *pol numit diferent*, se pune pe nervul saŭ mușchiul ce trebuie examinat.

Se numește excitațiune indirectă a mușchiului, când contracțiunea se obține prin intermediul nervului; iar excitațiune directă, este când lucrăm asupra mușchiului, aplicând d'adreeptul electrodul chiar pe corpul mușchiului.

Examenul faradic demonstră, că putem în general să provocăm contracțiuni musculare manifeste, fie lucrând prin mijlocul nervilor, fie excitând direct mușchiul în toate punctele accesibile. Se începe mai întâi prin contracțiunea cea mai minimă, la care ajungem depărtând pe cât posibil bobinele aparatului una de alta. După aceea, întărind curentul treptat, ajungem ca această contracțiune inițială să o transformăm în o adevărată tetanizare a mușchiului.

Explorațiunea galvanică, se face regulând curentul prin mijlocul unui comutator. Polul diferent, poate alternativ să îndeplinească funcțiunea polului negativ saŭ pozitiv.

Acăsta constituie ceia-ce Brenner a numit *metóda polarică* de investigațiune, și care a condus la următoarea *lege de contracțiune*, ce se aplică fără deosebire atât nervilor motori, cât și muschilor.

Iată ce se petrece în starea normală.

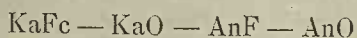
Dacă începem cu un curent foarte slab, nu observăm mai întâi aproape nici o excitațiune. — Dar dacă mărim curentul încetul cu încetul, o primă contracțiune de o intensitate slabă se produce în mușchi, în momentul când închidem polul negativ, care este pus pe mușchi, având deci funcțiunea de pol diferent.

La deschiderea polului negativ ca și la deschiderea și închiderea polului pozitiv, nu se produce absolut nimic.

S'a făcut convențiune că, polul negativ numit *Kathode* să fie reprezentat prin *Ka*; iar polul pozitiv numit *Anode*, prin *An*; închiderea curentului prin *F*; deschiderea prin *O*; Contracțiunea slabă prin *c*; contracțiunea forte prin *C*; iar tetanizarea mușchiului prin *Te*. Câte o dată, forța crescândă a contracțiunilor este reprezentată prin *C'*, *C''*, *C'''*.

Înlocuind fenomenele produse în cazul arătat, prin aceste litere, obținem formula următoare:

I) *Formula contractiunilor musculare normale prin curent slab.* (contractiune mică numai la închiderea polului negativ).



II) Dacă întărim curentul mai mult, contractiunile la închiderea polului negativ (Katode) devin mai intense (C); și puțin câte puțin se produc de asemenea contractiuni la închiderea (F) polului pozitiv (Anode) precum și la deschiderea sa (O). Deci la deschiderea polului negativ (Katode) încă nu există vre-o contractie.

Representând și aceste fenomene prin literile convenționale, obținem formula următoare:

II) *Formula contractiunilor musculare normale printr'un curent de intensitate medie.*

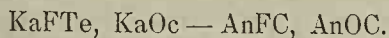


III) Când curentul electric e prea forte, atunci la închiderea (F) polului negativ (K) se produce o contractiune tetanică (Te) a mușchiului, iar la deschiderea sa (O) o contractiune slabă (c).

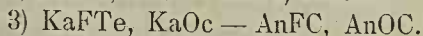
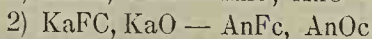
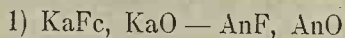
Atât la închiderea cât și la deschiderea polului pozitiv, se obține contractiuni forți (C).

Puind acesta în formulă obținem:

III) *Formula contractiunilor musculare normale cu un curent prea tare:*



Recapitulând toate acestea, obținem următoarele trei formule cari trebuiesc știute pe din afară!



Sub-semnatul, considerând aceste formule ca foarte greu de memorat, reprezentând nise adevărate heroglife și imposibil cel puțin de a fi citite, propui următoarea modificare, constând în înlocuirea mai naturală a literilor, având cel puțin avantajul că unirea lor poate fi citită. Ast-fel, noi reprezentăm polul negativ prin N; polul pozitiv prin P; închiderea curentului prin I; deschiderea prin O; contractiunile slabe prin c; contractiunile forți prin C; tetanisarea prin Te, iar lipsa de orice contractie prin x.

Făcând uz de această nomenclatură, avem acelea-și formule, însă lisibile, ast-fel:

I) Contrațiunii cu curenți slabi

**NIc, NOx — PIx, POx**

II) Contrațiunii cu curenți medii

**NIC, NOx, — PIC, POC**

III) Contrațiunii cu curenți forți

**NITe, NOc — PIC, POC (!?)**

Cunoscând formulele și modul cum se compoartă muschii în starea normală în fața curenților electrici, e lesne de a descoperi alterațiunile lor, după cum vor răspunde în mod exagerat sau diminuat la curentul cunoscut, precum și după felul contrațiunii ce vom obține cu un anumit curent.

Ast-fel, când de exemplu pentru a obține o contrație musculară, care în starea normală cere un anumit număr de elemente, iar în cazul de față trebuie să punem în joc un număr mai mare, avem *modificațiune cantitativă a muschiului*. Iarăși, când cu aceleași elemente, sau într'un număr mai mare or mai mic, obținem contrațiunii mai slabe sau mai violente, avem *modificațiune calitativă a muschiului*.

Acelaș lucru vom zice și despre nervi.

În aparatele electrice, există diviziuni numite *miliampere*, prin cari dupe *Stintzing*, s'a stabilit anume limite de maximă și minimă, în cari sunt coprinse excitabilitatea normală a diferiților muschi și nervi. Dincolo de aceste limite, fie în plus sau minus, recunoștem imediat că excitabilitatea galvanică este exagerată sau diminuată, și de aci conchidem la diferitele alterațiuni musculare or nervoase.

S'a observat de exemplu, că excitabilitatea electrică e mărită în multe paralisii periferice recente, precum și în tetanie.

Dînsa din contra e micșorată în paralisia bulbară și spinală, în atrofia musculară progresivă etc.

Dar să revenim la chestiunea ce ne preocupă: Cum putem cunoște, prin mijlocul curenților faradici și galvanici, că un muschi e atins de degenerescență sau nu?

Iată rezultatele produse prin experimentație pe animale, și probabil ele vor fi aceleași și pe om. În urma unei secțiuni nervoase complectă, atât curentul faradic cât și galvanic, dau aceleași rezultate adică: reacțiunea electrică descrește repede, așa

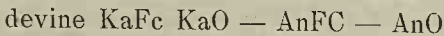
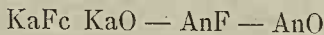
că la finele primei săptămâni, dânsa este absolut nulă; excitabilitatea nervului este distrusă pentru ambele feluri de curenți. Dacă regenerația începe a se face, atunci excitabilitatea reapare încetul cu încetul, până ajunge la normală.

Cu mușchiî însă nu se petrece acelaș lucru; și aci constă totă importanța, asupra căreia atragem serioșă atențiune.

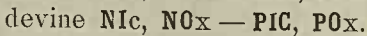
În primele 15 zile, curba de faradizațiune merge descrescând, așa că dincolo de 20 zile, mușchiul nu mai e excitabil, cel puțin prin piele. După 40 de zile, în casuri favorabile, excitabilitatea reapare, și se ridică treptat până ajunge la reacțiunea normală.

Curântul galvanic însă are un mers cu totul alt-fel: în primele 15 zile, descrește ca și cel faradic. La 20 de zile însă, atunci când curentul faradic nu mai dă nici o reacțiune, cel galvanic din contră, se exagerează: curba se ridică, întrece chiar normala, și atinge punctul maxim, atunci când cel faradic e la minimum și chiar la zero.

În adevăr, în acest cas, cu un curent slab, în loc de a obține o contracție musculară numai la închiderea polului negativ, ca în starea normală, din contra, obținem contracțiuni forți și la închiderea polului pozitiv, analoge cu cele obținute la polul negativ, cu curenți tari. Ast-fel că formula normală din prima categorie în loc de a fi



sau după noi, conform nomenclaturei date



Deci, încă o dată: în mușchiul degenerat, cu un curent slab, obținem o contracție mică la închiderea polului negativ, și o contracție forte la închiderea polului pozitiv, ceia ce îl depărtază foarte mult de starea normală (fă comparație cu formula I).

Acăsta constituie ceia ce Germanii numesc *reacțiunea de degenerațiune*.

Când lucrurile aș să se termine favorabil, adică pe la a 40-a zi, atunci după cum am zis, curentul faradic începe a se ridica, pe când cel galvanic a scădea, și ambele finesc prin a reveni la starea normală.

Ultima conclusie: când după 40 de zile aplicăm curentul galvanic pe un mușchi paralisat, și obținem cu un curent slab, o

contractie mică la închiderea polului negativ, și o contractie forte la închiderea polului pozitiv ( $NIc NOx — PIC — POx$ ), atunci conchidem la o degenerare musculară; cu condițiune însă că, aplicând, sau mai bine experimentând în acelaș timp și cu un curent slab faradic, să nu obținem absolut nici o contractie în acelaș mușchi. Atunci prognosticul e cu totul fatal; funcțiunea mușchiului cu totul perdută.

Pe lângă acésta mai avem: 1) că contractiunile musculare nu sunt instantanee, repeđi ca fulgerul ca în condițiunile normale, ci par mai *încete*, vermiculare, și persistând mult timp, chiar după ce circuitul electric s'a închis. 2) Că excitabilitatea mecanică a mușchiului în aceste casuri este adesea mai pronunțată, crescută, exagerată (*exaltée*) (Strumpell).

Când însă  $NIc, NOx — PIC, POx$  se însoțește de o contractie faradică, atunci e semn bun: mușchiul ne anunță un început de regenerare.

Și cu atât pronosticul va deveni mai favorabil, și deci vom putea mai cu siguranță să prezicem o vindecare, cu cât curentul faradic va deveni din ce în ce mai forte, iar cel galvanic mai slab, apropiindu-se de prima formulă  $NIc, NOx — PIx, POx$ !

Am crezut util atât din punctul de vedere practic cât și instructiv, a reproduce din Strümpell Figurile 100, 101, 102, 103, 104 și 105, datorite cercetărilor lui Erb, prin mijlocul cărora vom putea cu înlesnire să știm unde trebuie aplicat polul negativ, când voim a explora or ce mușchi sau nerv accesibil învestigațiunilor noastre.



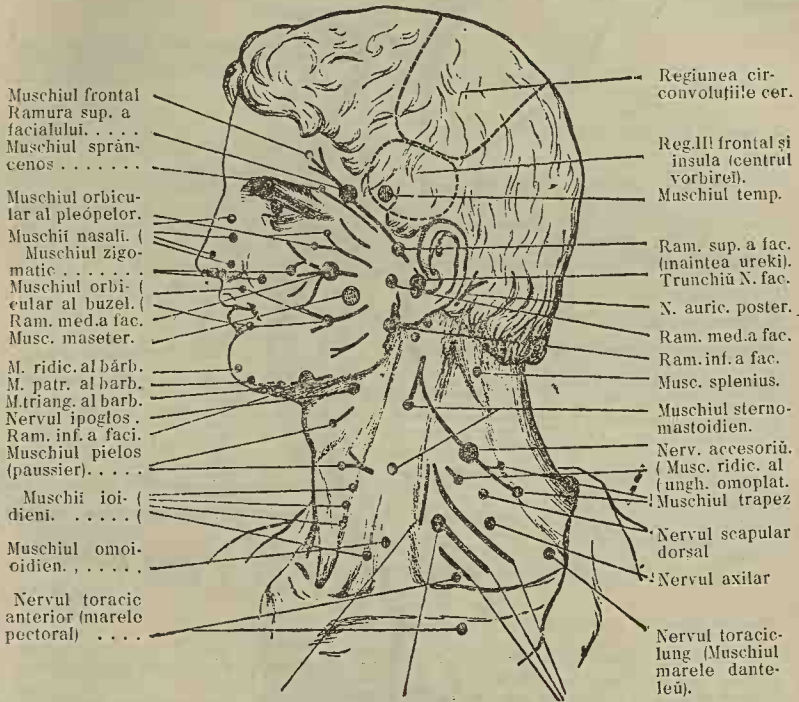


Fig. 100

Puncte pentru explorațiunea electrică a muschilor și nervilor feței și gâtului.

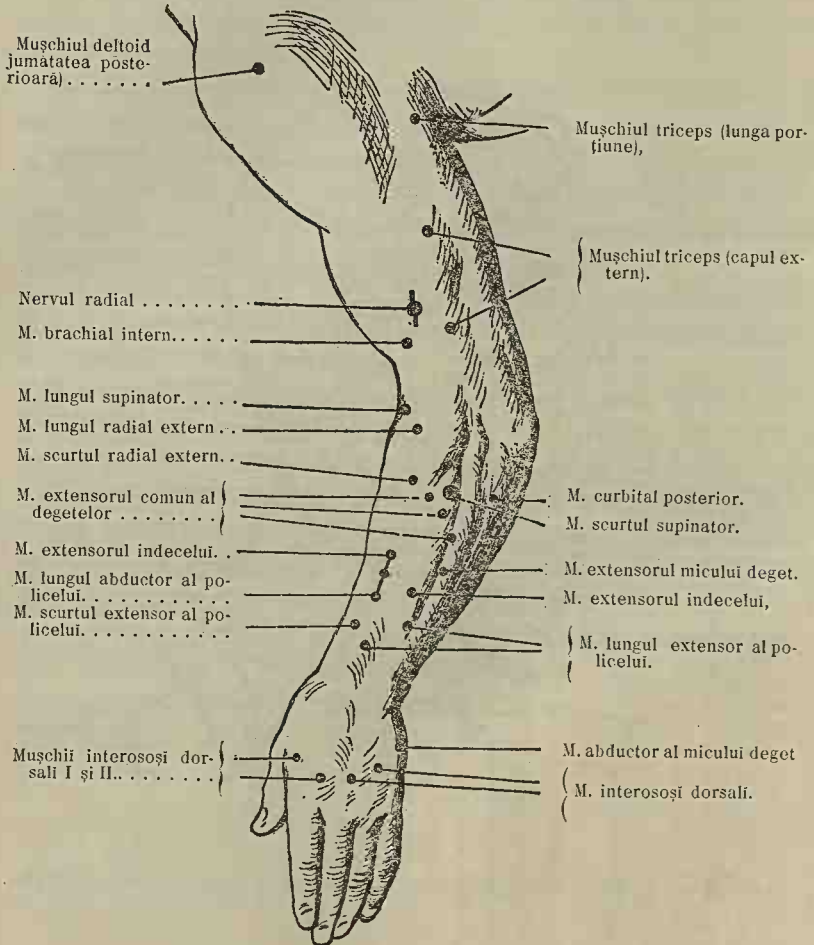


Fig. 101.

Membru superior stâng, fața posterioară.

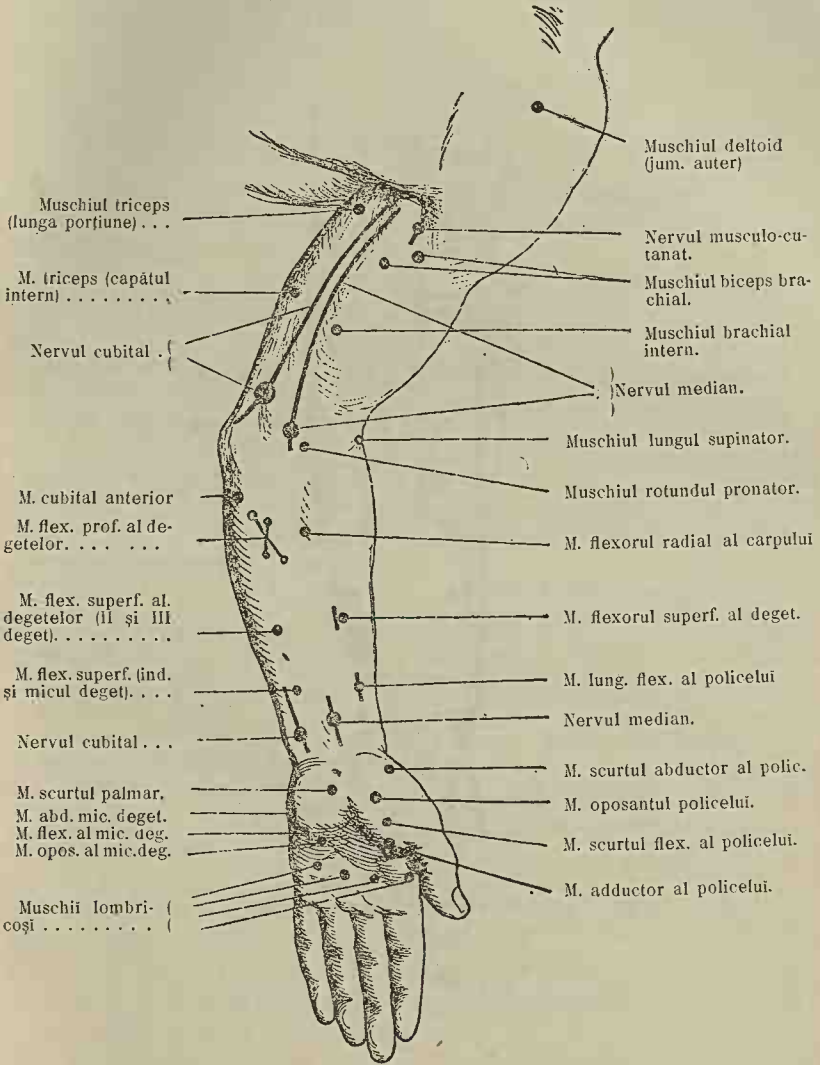


Fig. 102.  
Membru superior stâng, fața anterioră.

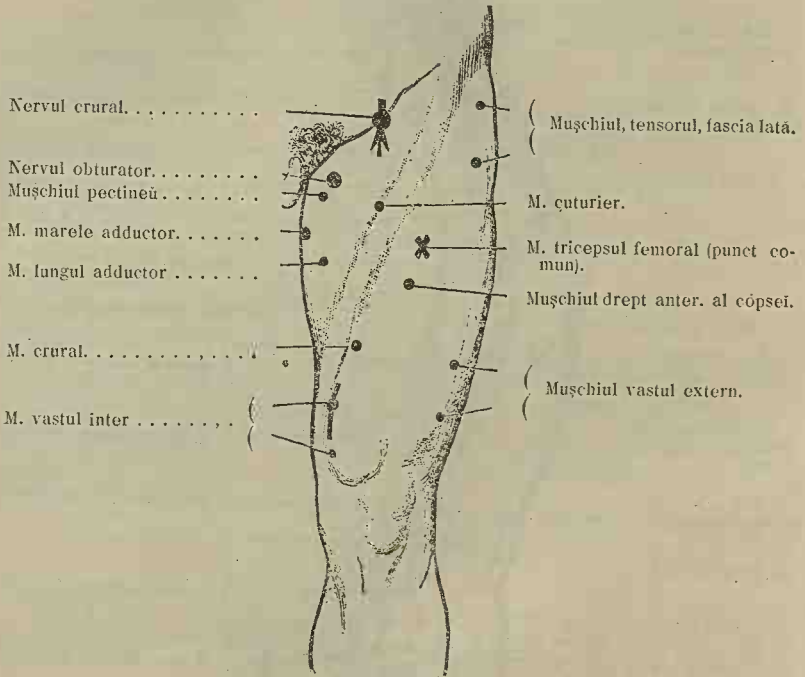


Fig. 103.  
Cōpsa stāngă, fața anteriōră.

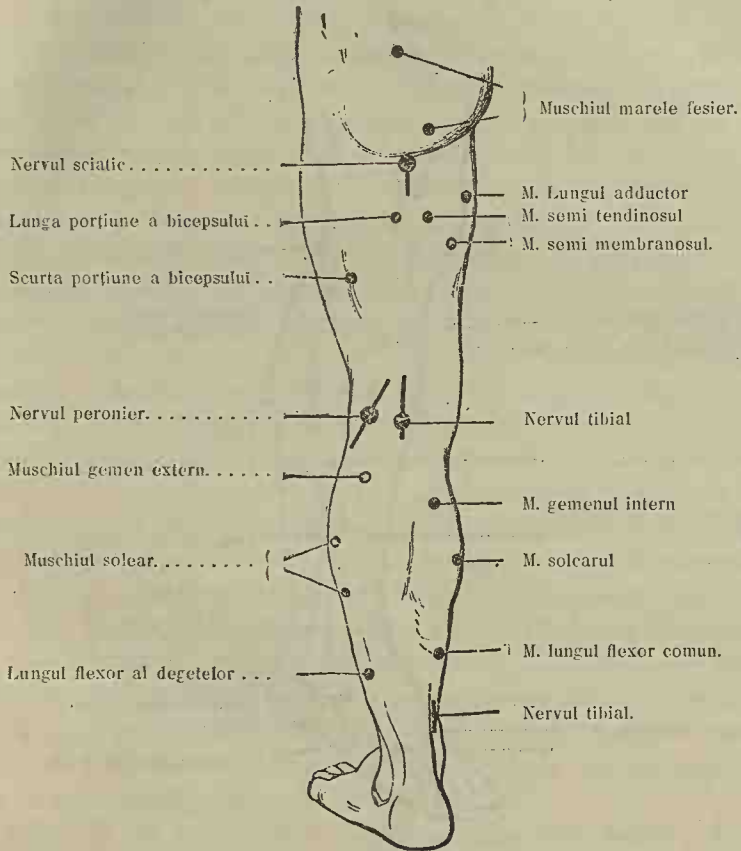


Fig. 104.  
Membrul inferior stâng fața posterioară.

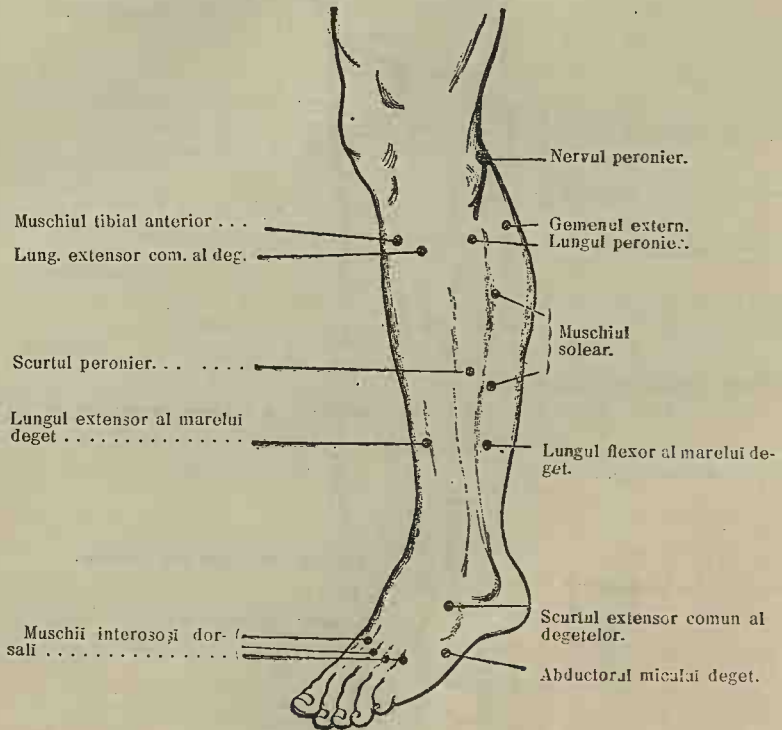


Fig. 105.  
Gamba stângă, fața anterioră.

Trecem acum mai departe în studiul nervilor.

Lesiunile traumatice ale nervilor extremităților sunt acelea care ne interesază mai mult, cei-l-alți nervi nefiind de cât rar contusionați, comprimați, și încă și mai rar secționați.

**Membru superior.** Radialul este cel mai adesea atins, precum am mai spus. În paralișiile traumatice grave (contuziune, compresiune printr'un cal vicios al umărului, secțiune etc.) noțiunea traumatismului, participațiunea lungului supinator, uni-lateralitatea paralisiei, facilitează evitarea unei erori cu paralisia saturnină, cu care se poate confunda de cele mai multe ori. În paralișiile prin compresiune, se citează casuri în cari compresiunea făcându-se sub punctul de emergență ale rămurei lungului supinator, a făcut ca diagnosa să fie dificilă. Și aci însă, conservarea contractilității electrice a mușchilor și nervului radial deasupra punctului comprimat, a exclus intoxicațiunea (Bernhardt). Anamneza ne va pune pe cale, în casuri de paraliși datorite injecțiilor cu eter. Polinevritele consecutive maldiilor infecțioase se localizează foarte rar aci, și mai în tot-d'una sunt precedate în casurile acestea, prin paraliși ale membrelor inferioare, și sunt asociate de paralisia flexorilor. — Casurile în cari leziuni deosebite au atins nervul radial în localisările sale mădulare, sunt foarte rari. Atari afecțiuni, ca atrofia musculară progresivă și paralisia infantilă cu niște asemenea localisări, nu formează de cât curiozități științifice precum: casurile lui Erb, Rosenthal, Remak și Adam Kiewicz (Dejerine Klumpke).

**Nervul cubital.** Lesiunile izolate ale nervului cubital sunt mult mai rare ca ale radialului; și în aceste casuri mai în tot-d'auna rolul principal 'l jăcă traumatismul. Paralișiile nevritice sunt rari, cu mult mai frecvente însă sunt leziunile medulare, ca atrofia musculară progresivă etc.

Scim cât de des întâlnim atinși în aceste bóle mușchii interosoși, cari dau aspectul clasic al mânei în grifă sau ghiară.

În această leziune, și or când vom găsi o paraliție localizată la un mușchi al vr'unui membru, dacă nu va reeși din anamneză traumatismul susceptibil de a explica această leziune, se va putea în tot-d'una clasa între paralișiile spinale anterioare. De altă parte, noțiunea duratei, va permite de a ne da compt dacă aceiași paraliție nu ar fi localizarea începutului unei miopatii; și în acesta privință se vor complecta aceste noțiuni în-

terogând și examinând bolnavul, din punctul de vedere al atrofiei musculare progresive sau al siringomieliei.

Nu trebuie să uităm, că de multe ori febra tifoidă, dă atrofie în regiunea nervului cubital (Blocq și Onanof).

**Nervul median.** În regiunea acestui nerv găsim asemenea alterațiunii începând ale atrofiei musculare progresive; însă de cele mai multe ori traumatismul e acela ce intervine.

**Plexul brachial.** Alterațiunile acestui plex ne dă tipul paralișilor combinate. Traumatismul sub forma de contuziuni, secțiuni și mai ales luxațiuni, sunt acelea ce produc une-ori aceste leziuni. Muschii interesați sunt deltoidul, bicepsul, brachialul anterior și lungul supinator, mușchi ai căror nervi toți emană din a 5-a și a 6-a rădăcină. Causa paralizantă trebuie se reside într'un punct unde filetele nervoase destinate acestor mușchi, sunt apropiate unele de altele. Acest punct este numit Erb sus-clavicular, și paralisia constituie tipul brachial sau scapulo-umeral al lui Duchenne-Erb. Acest tip constituie o localizațiune musculară comună la un mare număr de afecțiuni medulare, periferice și miopatiche: în leziunile medulare ca atrofia musculară progresivă, paralisia spinală și une-ori cu scleroza-laterală amiotrofică, asemenea une-ori în siringomielie, scleroza în plăci și scleroze combinate, precum și în compresiuni, fie ale meduvei, fie a celei de a 8-a pereche cervicală și prima dorsală.

Tóte acestea trebuie să le trecem în revistă, înainte de a ne fixa asupra paralișiei periferice. Anamneza și examenul complet nu ne va fi nici o dată așa de prețios ca aci, mai ales că de multe ori leziuni traumatice ale plexului brachial, au coincident cu simptome din partea marelui simpatic, constând în contractarea pupilei, strâmtorarea forței palpebrale și retracțiunea globului ocular. Aceste simptome ce indică o paralișie a nervului simpatic, țin probabil la o leziune a ramurilor comunicante ale primilor nervi dorsali — (Secligmüller).

De toate aceste cunoștințe fiind armați, nu trebuie a neglija miopatiile atroifice primitive, precum și posibilitatea unor nevrite toxice sau infecțioase.— În fine și aci saturnismul, de și foarte rar, poate să găsească localizarea sa.

**Membru inferior.** Leziunile nervilor membrului inferior nu sunt mai puțin numeroase. Paralișii izolate mai frecvente, după cum șcim, le observăm în sciatic, popliteu extern, datorite unui cal



vicios al peroneului, precum și unor contușiuni. În asemenea cazuri trebuie în tot-d'auna să ne gândim la posibilitatea unei intoxicațiuni cu plumb, sau a unei paralisii de natura tabetică trecătoare. Existența altor leziuni și comemorativele ne vor pune în tot-d'auna pe urma leziunii adevărate. Cei-l'alți nervi nu sunt scutiți de alterațiuni de diferite naturi: așa nervul crural, obturator, fesierul, sciaticul, intră cu un bun contingent în cadrul leziunilor traumatiche. O cunoșcere exactă a topografiei lor, precum și a acțiunii fiziologice, o examinare complectă a bolnavului, ne va face în tot-d'auna a ne feri de o greșeală, punând pe contul unei contușiuni, un proces central ce începe cu un grup bine definit.

**PROGNOSTICUL** variază după evoluția plăgei.

Când nervul se regenerază, sensibilitatea reapare împreună și cu motilitatea, încet dar treptat; prognosticul deci e favorabil, făcând totuși reserve aparte de posibilitatea dezvoltării unei nevrite tardive.

Dacă cicatrizarea nu se obține, prognosticul de sigur e mult mai grav, de ore-ce anestesia și paralisia rămân definitive. Totuși am avut un caz, unde ridicând un sarcom al feței posterioare a gambei stângi, am secționat sciaticul. Bolnavul, de și nu simția și nu putea face nici o mișcare voluntară a muschilor, însă după 2 luni, dânsul putea foarte bine să meargă fără baston, revenindu-i și sensibilitatea. Probabil că era vorba de o sensibilitate recurentă și supleanță musculară din partea cōpsei.

Prognosticul însă devine și mai grav, când la absența de cicatrizare, se adaugă toate acele leziuni trofice al pielei, țesutului celular, oșelor și articulațiilor, precum și dezvoltarea de nevrite ascendente și descendente, despre care am vorbit.

Iarăși prognosticul variază cu predispozițiile individului și stările sale diatesice, la cari isteria, ataxia, se pot foarte ușor dezvolta, în urma leziunilor nervoase.

**TRATAMENTUL.** Fără nici o discuție, dânsul va fi chirurgical, și va consta în punerea în contact prin sutură a capetelor secționate, care se face în mod primitiv sau secundar, dupe cum plaga e recentă sau veche.

În cazuri de secțiuni incomplete, să nu fim tentați a o complectă, după cum susținea Heister, știut fiind după câte am văzut,

că or-ce secțiune p $\acute{o}$ te fi punctul de plecare de nevrite, și ast-fel am agrava situația.

În asemenea casuri deci, ne vom m $\acute{a}$ rgini pur și simplu în a sutura numai partea secționată.

Pentru sutura nervilor, fie primitivă sau secundară, vom observa aceleași reguli ca și în suturile tendónelor, adică : vom căuta cele două capete, și la necesitate le vom aviva, nu cu fórfecele, ci cu un bisturiu fórte tăios, spre a nu produce contuziuni or sdrobiri.

Nelaton e cel dintâi care a întrebuițat pentru suturi, fire de argint fixate cu tuburi de Galli ; Ranvier a aplicat cat-gut ; iar azi firele de mătase și p $\acute{e}$ rul de Florența, sunt cele mai des întrebuițate.

Sunt două metode de sutur $\acute{a}$  nerv $\acute{o}$ să : *indirectă* și *directă*.

Cea indirectă, cunoscută sub numele de sutur $\acute{a}$  *para-nerv $\acute{o}$ să*, *nevrilematică* sau sutura lui Baudens și Hueter, constă în a trece firul numai prin t $\acute{e}$ ca lui Schwann : introducem acul de dinainte înapoi în t $\acute{e}$ că începând dela capătul superior ; apoi la capătul inferior trecem cu acul prin t $\acute{e}$ că de dinapoi înainte, când eșind afară, punem firul în ac, pe care tr $\acute{a}$ gându'l, îl sc $\acute{o}$ tem în punctul de unde am plecat și în urmă înodăm. Putem ast-fel aplica 2 sau mai multe puncte, dup $\acute{e}$  grosimea nervului. (Fig. 106 luată din Duplay și Reclus.)

Ac $\acute{e}$ stă metodă în general nu se întrebuiț $\acute{e}$ ză de toți, sub cuv $\acute{e}$ ntul că o coaptație bună a capetelor nu se p $\acute{o}$ te obține, din cauza îndoirei tecei și fragilitatea sa.

Sutura directă inaugurată de Nelaton e cea mai bună. La rig $\acute{o}$ re putem aplica procedeul mixt al lui Tillmanns, adică sutur $\acute{a}$  directă și nevrilematică. Aci procedeele sunt cu totul anal $\acute{o}$ ge cu cele arătate la sutura tendónelor, și pe cari le putem fórte bine aplica, și deci e de prisos a mai reveni. (Fig. 107).

Procedeul lui Miculicz, numit metoda dublei sutur $\acute{e}$  de sprijin și afrontare, constă în a trece un fir de sprijin la 1 $\frac{1}{2}$  c. m. de secțiune ; dupe aceia trei sutur $\acute{e}$  de afrontare mai superficiale și mai apropiate. Dacă dep $\acute{a}$ rtarea este prea mare, așezăm două fire de sprijin, fie pe linia mediană chiar în grosimea nervului, sau una d'asupra alteia. (Fig. 108).

Când însă dep $\acute{a}$ rtarea între cele două capete e prea mare, așa că afrontarea nu se p $\acute{o}$ te obține, atunci recurgem la dife-rite mijl $\acute{o}$ ce precum :



Fig. 406.  
Sutura indirectă  
sau nevrilematică,  
(procedeul Baudens  
și Hueter.



Fig. 107.  
Sutură directă ner-  
vovă, dupe proce-  
deul Nelaton.



Fig. 108.  
Sutura nervovă dupe pro-  
cedeul lui Miculicz.  
P. Sutură de sprijin.  
S. S. Sutură de afrontare

I) *Elongațiunea* capătului central sau procedeul lui Max-Schüller. Acest autor, într'un cas de secțiunea medianului la pumn, depărtarea fiind mai mare ca 5 c.m., a făcut elongațiunea capătului central, în urma căria afrontarea s'a obținut cu succes, căci după câte-va luni funcțiunile nervoase s'au restabilit.

II) *Transplantațiunile nervoase* de la om la om, sau de la alte animale, a fost inaugurată prin experiențe de Glück în 1880, rezecând 3—4 c.m. din sciaticul unui pu de găină, înlocuind această pierdere de substanță printr'un segment analog de nerv sciatic de la epure. Reușita a fost perfectă, căci grefa s'a prins; și ca probă este că excitând capătul superior, se obține contractiuni forți musculare. Mai mult, secționându-se nervul d'asupra cicatriței, curentul electric aplicat pe capătul inferior producea aceleași efecte. După acest autor, în grosimea extremităților nervoase se dezvoltă o serie de nuclei, cari lungindu-se și anastomosându-se, formeză cicatricea.

Dar această reușită, mai ales în ce privește motilitatea, e pusă în îndoială de Dr. Assaky. Eată cum acest autor se exprimă în

teza sea în această privință: „Pentru Gluck, reunirea primitivă este probată prin reintôrcerea funcțiunilor nervului dupe 80—90 ore, reintôrcere care adevărat nu e de cât parțială. Dacă Gluck, căruia cu drept cuvânt i se pôte imputa că nu are cunoștință de lucrările franceze, ar fi studiat mai de aproape acest fenomen atât de curios, căruia Létievant i-a dat numele de motilitate supleată, ce mai mulți autori au confirmat în urmă, nu ar fi conchis din reunirea unui ôre-care grup de mișcări, la regenerarea imediată a nervului. Puțul de găină despre care se vorbește și care dupe 26 zile nu avea o reintôrcere întegrală a funcțiunei și mergea cu piciorul în ghiară din cauza *paresiei extensorilor*, în urma unei operațiuni practicate pe sciatic, acest animal mergea, și nici că ne îndouim, grație fenomenului de motilitate supleată. (pag. 67, loco cit.)

De aceia autori ca Jonhson, Wolberg, Assaky, Vogt, Albert din Viena, combat posibilitatea reușitei grefelor, cu atât mai mult că aplicate la om, nimeni nu a obținut nici un rezultat pozitiv.

Cu tôte acestea un alt autor, Landerer în 1888, a aplicat cu cel mai mare succes o transplantație nervoasă luată din sciaticul unui pureel de india, complectând o depărtare de 4 centimetri a unui nerv radial la o țarancă de 18 ani. Dupé 3 săptămâni, electricizarea nervului d'asupra plăgei era urmată de o mișcare manifestă de extensie a mâinei, iar dupé 2½ luni tôte funcțiunile complect restabilite.

Acésta însemnă că totul nu s'a zis asupra transplantațiunelor nervoase, și deci putem, când e posibil, a recurge la această metodă.

III) *Sutura la distanță* inaugurată iarăși de Glück în mod experimental, a fost complectată de Assaky, care a arătat pe de o parte o apropiere a capetelor nervoase, grație elasticității nervului, iar pe de alta posibilitatea reunirei la distanță prin aceste puncte formate de fire de cat-gut. Acest autor susține, că prin acest mijloc reunirea se pôte obține, și că fibrele neoformate se grupéză în jurul firelor; de unde rezultă că pe cât ansele de cat-gut vor fi mai numeroase, pe atât cicatricea nervoasă va fi mai voluminoasă și compusă din fibre nervoase multiple.

Acésta metodă e cea mai des aplicată pe om, dând bune rezultate.

Extirpând o cicatrice viciôsă, am făcut sutura la distanță pe nervul sciatic, a cărui depărtare între fragmente era de 9 c.m.! Resultatul definitiv nu 'l pot da nici acum, de ôre-ce bolnavul a plecat în Constantinopole. (Vezi primul volum la patologia cicatricelor).

De alt-fel este știut că regenerațiunea nervilor în asemenea casuri, cere un timp foarte îndelungat, probă casul lui Glück și Bernhard, unde tocmai după un an funcțiunile s'au restabilit, și încă prin întrebuințarea electricității.

IV) *Sutura tubulară* sau tubo-sutura lui Van Lair, făcută cu tuburi subțiri de oseină, este iarăși o sutură la distanță, dar care se aplică mai rar pe om.

V) În fine în casuri imposibile putem încă să recurgem la sutura capetelor periferice și centrale pe un nerv vecin intact, fie cu ramurile aceluiași nerv sau cu trunchiuri nervoase diferite (sutura prin încrucișare) bazându-ne pe cunoștințele fiziologice de conductibilitate indiferentă a cordónelor nervoase. Fig. 109.

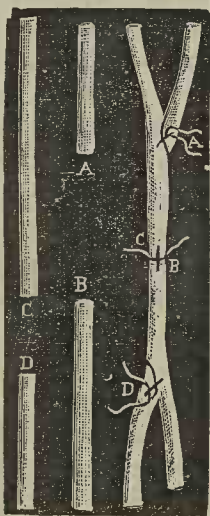


Fig. 109.

Sutura prin încrucișare. Capetele A B și C D sunt prea depărtate pentru a fi suturate.

Reunim atunci capătul superior C al unuia din nervi cu capătul inferior B al celui alt nerv. După aceea, capetele cărî rămân, A D, se reunesc cu trunchiurile nervoase vecine adică A cu C și D cu B și astfel obținem sectura prin încrucișare, precum arată schema de la dreapta figurei (Tillmanns).

## REGENERAȚIUNEA NERVOSĂ FUNCȚIONALĂ

Una din cele mai importante chestiuni, și care a dat loc la discuțiunii științifice, este explicarea fenomenelor ce se observă în urma suturii unui nerv secționat.

Pentru mai bună înțelegere a subiectului, trebuie să stabilim următoarele două fenomene: reparațiunea lentă și progresivă a funcțiunilor abolite în urma secțiunii nervoase, și al doilea, reparațiunea bruscă a acestor fenomene, imediat ce sutura s'a aplicat.

În cazul I, lucrurile se petrec în mod cu totul fiziologic. În adevăr, éta un membru lipsit de sensibilitate și motilitate; căutăm cele două capete nervoase pe cari, fie imediat sau dupe o prealabilă avivare dacă plaga e veche, le punem în contact prin unul sau mai multe puncte de sutură.

Pentru moment nu se aduce absolut nici o schimbare atât în sensibilitate cât și motilitate. Dupe un timp ore-care însă, și în cazul cel mai repede dupe o lună, fenomenele vitale dispărute, încep să repara; mai întâi sensibilitatea, apoi treptat motilitatea, până când dupe 7, 8 luni or un an, iar alte dăți mai târziu, totul revine în starea normală.

În fața unor asemenea lucruri, nu mai e vorba absolut de nici o discuție, faptele fiind cu totul în acord cu datele anatomice și fiziologice.

În adevăr, dupe cum deja am arătat, experimentația precum și clinica probéză, că nervii sunt capabili de a se reuni, fie când sunt puși în contact direct cap la cap, fie chiar la o distanță ore-care prin mijlocul firelor de cat-gut sau mătase. Dar această reunire se face pe socotéla unei cicatrice, formând ast-fel regenerarea anatomică a nervului. Această cicatrice se lasă a fi străbătută de fibrele nervoase rezultate din prelungirea și divisiunile multiple ale cilindrului ax plecat din capătul central. Și când aceste fibre multiple ajung să străbată în capătul periferic al nervului, fie prin cicatrifa sau prin mijlocul firelor de mătase, atunci totul este terminat, formând ceia-ce se numește *regene-*

*rarea funcțională* a nervului, când funcțiunile membrului încep să apară. Și de ore-ce atât regenerarea anatomică cât și funcțională se obține încet, de aceea și revenirea funcțiunilor nervoase se face tot în acest mod; deci totul se petrece cât se poate mai fiziologic.

Nu este însă tot ast-fel în alte circumstanțe, când revenirea funcțională a nervului, apare în mod așa de repede, în cât constituie o impresiune *bizară, paradoxală*.

Lăsăm la o parte aparițiunea sensibilității și motilității dupe 8—10 zile, căci la rigóre, fenomenul încă 'l-am putea explica printr'o regenerare nervoasă repede; dar acolo unde cheștiunea devine în adevăr inexplicabilă și paradoxă, sunt casurile în cări, în urma unei secțiuni vechi, imediat ce am pus capetele în contact, atât anestesia, cât și paralisia dispar ca prin minune!

Etă câte-va exemple:

Nelaton în 1864, într'un cas de secțiune a nervului median a aplicat sutura, către séră sensibilitatea ce era dispărută, a reapărut.

În 1884 Tillaux, presintă la academia de științe un cas care a făcut mare șgomot. E vorba de o secțiune veche a nervului median; se face sutura, și a doua zi sensibilitatea a reapărut la degete, restabilindu-se complet în câte-va zile.

Un alt cas al lui Chaput (1888) este și mai curios: nervul median era secționat de 4 ani; se face sutura secundară; dupe 3 ore bolnavul capătă sensibilitatea în degete!

Nicaise publică un alt fapt, în care a doua zi dupe sutura secundară a medianului, sensibilitatea a reapărut.

Polailon comunică și dinsul istoria unui bolnav, la care iarăși sensibilitatea a reapărut dupe 5 ore de la operație.

Cum se poate explica niște asemenea fenomene așa de surprinzătoare, și în afară de or-ce explicațiuni de anatomie și fiziologie?

*Laugier* a dat o teorie până la un punct ingenioasă și seducătoare, susținând că: imediat ce punem în contact capetele nervoase, atunci fluidul nervos trece în capătul inferior printr'o forță centrifugă, întocmai ca și cum am pune în contact reoforii unei pile electrice!

Dar această teorie este prea concretă și mult mai bizară și chiar mai paradoxală, de cât însuși fenomenele produse. De aceea

este părăsită absolut de toți autorii, afară numai de Le Fort, care încă a avut curajul să o susție în fața academiei de medicină, anul acesta.

Dar chiar dacă am presupune posibilitatea existenței acestui flux nervos, atunci ar trebui neapărat ca cilindrul ax, care constituie conductorul, se fie pus exact în contact, atât cel din capătul central cât și cel din capătul periferic. Or îndeplinirea acestui lucru este absolut imposibilă, și în afară de or-ce încercare.

Dar afară de acesta, o asemenea lipire directă fără nici un intermediu, ar fi ceva cu totul singular și fără analog în economie, știut fiind că toate cele alte țesuturi nu se lipsesc, de cât grație unui țesut cicatricial.

Quenu prin experiențele sale precum și prin examenele microscopice, a arătat până la evidență că și nervii sunt supuși la aceeași lege de cicatrizare ca or ce țesut, cu proprietatea însă că cilindrele axe pot străbate cicatricea, trecând de la un cap la altul, și efectuându-se ast-fel regenerarea nervoasă.

Quenu conchide: 1) În cicatricea nervoasă, fășiile primitive nu ajung a se pune în contact de cât după ce au suferit orecare inflamațiune; 2) Există în mod constant între extremitățile divizate a tubilor nervoși o zonă conjunctivă subțire. După 2—3 zile, această zonă are aspectul unui țesut mucos; după 8—10 zile ia caracterele țesutului conjunctiv adult.

Încă un fapt ce vorbește contra teoriei lui Laugier, este iarăși experimentarea și anatomia patologică, care a arătat că nervii secționați, degenerază cu o facilitate extremă, ast-fel că după 4 ore de la secțiune, degenerarea e deja confirmată. Cum dar s'ar putea transmite influxul nervos prin niște asemenea conductori alterați?

Mai mult încă, Brown Séquard a arătat printr'o experiență decisivă, că un nerv secționat și imediat suturat, e incapabil de a servi la transmisiunea sensibilității la măduvă, pentru a produce acte reflexe.

Să tăem, zice acest autor, sciaticul unei brște și imediat să'l suturăm. Dacă acum stricizăm brósca, imediat va fi coprinsă de convulsioni în tot corpul, afară de membrul unde se distribuie sciaticul tăiat. Se știe că în aceste condițiuni, cea mai mică escitațiune cutanată, și mai ales a unui nerv, produce convulsioni. În



acest cas însă, putem excita sciaticul suturat, fără cu toate acestea să provocăm cea mai mică convulsione, cel mai mic act reflex.

Teoria lui Laugier, fiind din toate părțile combătută și nefiind bazată pe nici un fapt pozitiv, autorii au recurs la alte mijloce pentru explicarea unor asemenea fenomene.

Teoria lui Letiévant numită *motilitate și sensibilitate suplimentară*, se resumă ast-fel după acest autor: dacă în urma unei secțiuni, sensibilitatea și motilitatea sunt conservate în prima perioadă, acesta nu se datorește unei regenerări nervoase, ci unor filete nervoase nesectionate, cari grație anastomoselor sau recurenței, mențin fenomenele indicate. La acestea, densul mai adăugă și posibilitatea impresiunilor oferite de papilele nervoase vecine, aparținând nervilor nesectionați.

De aci fenomene de supleanță din partea motilității și sensibilității, în teritoriul ce au nervii secționați.

Ast-fel s'a susținut pe rând de Vulpian, Magnien, Arloing și Tripier teoria *sensibilității recurente*, a anastomoselor și anomaliilor nervoase, a supleanței sensitive, a intervențiunei șocului traumatic etc. etc.

Fie-care din aceste teorii pot explica unele fapte clinice. Ast-fel Richet a arătat un cas unde, cu totă secțiunea completă a medianului, sensibilitatea a ramas cu totul intactă pe tot teritoriul inervat de nervul tăiat. Această conservare a sensibilității, susțin autorii, se datorește număróselor fibre recurente ce nervii își trimit reciproc uniã altora. Deci, în urma unei secțiuni, fibrele directe ale nervului de sigur că degeneréză, dar fibrele recurente rămân intacte în capătul periferic; și în această stare de inalterabilitate, fiind în comunicare într'un punct óre-care cu capătul superior, circuitul sensibilității în realitate nu e distrus, și deci sensibilitatea persistă.

Tot prezenței acestor fibre în capătul inferior se datorește, după cum am văduț, regenerațiunea autogenică a segmentului inferior, care nefiind coprins de degenerescentă, nervul de și isolat prin secțiune, rămâne însă în stare normală.

Iar când în urma unei secțiuni nervoase, sensibilitatea apare după câte-va ore cu sau fără nici o intervențiune, atunci se susține că în momentul accidentului, membrul a fost stupefiat, coprins de șoc traumatic, sau de istero-traumatism, care în urmă dispărând, sensibilitatea a revenit de la sine.

Tóte aceste idei aũ fost susținute între alți autori, mai ales de Laborde, care într'un mod magistral și științific, a arătat în discuția din Academia de medicină, 15 Martie 1893, că în afară de aceste casuri, regenerarea funcțională a nervului nu se póte obține, de cât în urma burgeonărei cilindrului ax din capătul central, și înaintarea acestor fibre în capătul periferic.

Cu tóte acestea, chestiunea nu e resolvată, căci iată în adevăr niște obiecțiuni fóрте serióse puse de Le Fort prin observația următoare:

Este vorba de un tânăr ce avea nervul cubital tăiat. În timp de un an de zile, insensibilitatea era completă în tótă zona înervată de acest nerv, precum și o atrofie a mușchilor ca și leziuni trofice ale auricularului.

Le Fort, face sutura după avivarea capetelor în nivelul cicatricei.

Imediat după deșteptarea cloroformică, sensibilitatea de și atenuată, dar a reapărut, persistând și în zilele următoare, însoțindu-se în acelaș timp și de o tendință către vindecare a leziunilor trofice.

După 15 zile însă, sensibilitatea se micșorează până când dispare cu totul. După un an, bolnavul revine cu aceeași stare de anestezie și paralizie ca și la început.

Le Fort, întreprinde o nouă intervenție, când constată între fragmente o bandă de țesut fibros, care neapărat împedicase cicatrizarea, și deci împedicase vindecarea. Se face o nouă sutură; imediat după operație, constată ca și la prima dată, revenirea sensibilității, dar acum fără a mai dispărea, așa că cu timpul atrofia a dispărut, iar bolnavul e radical vindecat deja de un an de zile.

Deci, cu drept cuvânt, Le Fort susține că în acest cas, nu se póte invoca nici sensibilitatea recurentă, nici anastomose, nici șoc traumatic.

De ce în timp de un an, dacă ar fi fost vorba de o sensibilitate recurentă, bolnavul a avut o completă anestezie? Și cum imediat după operație densa s'a desvoltat, pentru ca în urmă să dispară?

Ar fi, conchide Le Fort, copilăresc lucru să admitem, că prin sutura capetelor nervóse, am pus în contact fibrele recurente or anastomotice!

Ultima teorie la care trebuie să ne oprim împreună cu toți autorii, este de sigur teoria lui Brown-Séguard, bazată pe *inhibițiune și dinamogenie*, susținută la Academia de medicină, 16 Mai 1893.

Etă în resumat teoria acestui autor. Se numește *inhibițiune* zice Brown-Séguard, fenomenul ce se produce când în urma unei excitațiuni óre-care, se anuléză cauzele ce nasc un fenomen nervos; *dinamogenie* este din contra, când în urma unei excitațiuni, se exageréză cauzele ce produc un fenomen nervos.

Nu e posibil, adaugă dinsul, de a irita sau numai a atinge o porțiune sensibilă óre-care a organismului, fără să producem inhibițiune sau dinamogenie, iar mai adesea ambele aceste două fenomene.

Când în urma unei excitațiuni brusce a mucóseî nasale facem să dispară o migrenă, avem inhibițiune; iar când un individ aflat în sincopă, îl redeșteptăm prin excitațiunea nervului frenic sau diafragmului, aplicând pe torace cloroform sau apă fértă, avem dinamogenie.

Aplicând aceste cunoștințe la revenirea sensibilității în urma suturilor nervóse, fenomenul se esplică ast-fel:

În momentul secțiunei nervului, avem inhibițiune. Atunci zona anestezică ocupă nu numai regiunea unde se distribue acest nerv, dar încă și un alt teritoriū mai depărtat, grație inhibițiunei fibrelor de sensibilitate recurentă și a anastomoselor așa de numeroase ce există.

Când dar mai târziu aplicăm sutura nervósă, prin acésta excitațiune nervii rēmași nedegenerați, și prin ei redeșteptăm sensibilitatea — avem dinamogenie. Ast-fel se pot esplică aceste fenomene curioase de reapariție imediată a sensibilităței, care remăsese ca să zicem ast-fel în stare latentă pină aci, dar care acum se redeșteptă cu ocazia incisiei, iar nu prin faptul punerei în contact a celor două capete.

Acéstă teorie în lipsă de alta e primită de toți, de și noi nu ne cam împăcăm cu starea latentă sau letargică a acesteî sensibilități, care dacă în adevăr există, nu înțelegem de ce nu s'ar manifesta, așteptând tocmai intervențiunea chirurgicală dupe cum cu drept obiectéză Le fort. Dar în definitiv, nu noi vom fi aceia cari vom combate marea autoritate a lui Brown-Séguard, de și încă

o dată, nu avem o satisfacție deplină. Remâne însă acest lucru de constatat, că în toate cazurile de secțiuni nervoase, nu e vorba de cât de revenirea sensibilității, căci motilitatea imediată nici o dată nu s'a observat, ast-fel că mușchii rămân paralizați și atrofiați până la definitivă regenerare anatomică și funcțională a nervului, când încep a executa mișcări și a'și recăpăta volumul primitiv.

## § II.

# LEZIUNI INFLAMATORII ȘI ORGANICE ALE NERVILOR

---

Din studiul făcut la începutul acestui capitol asupra structurii normale a nervilor, reese că, aceste organe sunt provădute de un număr destul de considerabil de vase sanguine, de țesut și celule conjunctive, precum și de vase limfatice; cu alte cuvinte posedă toate elementele necesari dezvoltării unei inflamațiuni.

Dar aceste inflamațiuni nu ne interesază atât de cât fiind consecutive traumatismelor. Nevritele ocupă primul rang în acest sens. Cu toate acestea, în urma contuziunilor și diferitelor plăgi, în urma acțiunii frigului, precum și o inflamațiune de învecinare ca în flegmone, panarițuri etc., nervii pot fi numai simplu congestionați.

Și aci iarăși, congestiunea poate să fie de mai multe grade, începând de la o simplă iperemie a vaselor sanguine intra și perifasciculare, până la cele mai forte congestiuni, producând ruperi de vase și deci extravasațiuni și coaguli printre fâșiile nervoase. Consecința acestor coaguli este foarte gravă prin faptul că, prin compresiunea ce vor exercita, pot să aducă fenomene de degenerescență a tubilor nervoși. Simptomele deci, vor varia după aceste diferite stadiuri congestive. În casurile de iperemie, totul se mărginește la simple furnicături, amorțelă, ușoră durere, paresie musculară, anestezie ușoră etc.; fenomene cari nu vor întârzia să dispară odată cu iperemia. Totul va fi invers în cazul de apoplexie și ruperi vasculare, când durerile devin atroce, iar cele-lalte simptome crescute și persistente, ne vor anunța nevrita.

## N E V R I T A

Nimic nu împedică, după cum arătarăm, ca un nerv să se inflameze. Și dacă grație cercetărilor lui Ranvier asupra constituțiunii nervilor (vezi acest capitol, istologia normală a nervilor) aceste organe pot rezista foarte mult la inflamațiunile și supurațiunile de învecinare, nu este tot ast-fel în casurile de traumatisme

În adevăr, nevritele secundare provenite din inflamațiunile și supurațiunile flegmonose, a osteitelor, a artritelor etc., etc., sunt rari, mai ales cu forma supurativă, din cauza prezenței acelei tecii lameloase compusă din mai multe straturi, care este un obstacol contra inflamației și mai ales a supurației, prin faptul că mai în fie-care zonă intra-fasciculară se află vase sanguine independente; și proba este dată prin experiența următoare:

Dacă, după ce am denudat într'o întindere ore-care nervul sciatic, punem în plagă un lichid colorat, celulele limfatice se încarcă de aceste granulațiuni colorate și le transportă în diferite direcțiuni, dar nici o dată dinsele nu vor străbate téca lamelôsă, și deci nu se vor găsi între tubii nervoși. Dacă acum rupem acéstă técă, atunci celulele încărcate de granulațiuni, vor găsi o cale deschisă și vor intra ast-fel în țesutul conjunctiv intra-fascicular.

Acésta ne esplică și faptele clinice în cari nervii, de și stau un timp îndelungat în mijlocul unor focare purulente, totuși tubii nervoși rămân într'o stare complect normală; deci încă o dată, nevritele secundare relativ sunt rare, și nu se dezvoltă de cât în condițiuni speciale.

Nu este însă tot ast-fel cu nevritele pur traumatice, fie că agentul vulnerant vine din lumea esternă, ca în casuri de înțepături, plăgi contuse, plăgi prin instrument tăetor, aplicațiunea unui fir de legătură etc., precum și când agentul vulnerant vine din însuși organismul nostru, ca în momentul unei fracturi, a unei luxații, prezența unei eschile sau alt corp străin etc., etc.

În aceste casuri, nevrita se poate dezvolta, grație distrugerii

acelei teci lamelóse, și mai cu sémă intervenirei unui agent septic.

În ceia ce privesce nevritele ce însoțesc diferite tumori, acestea sunt rezultatul unei simple compresiuni. — Iar cât pentru nevritele observate în urma amputațiilor, dênsele se esplică, fie în urma compresiunii aparatului ortopedic, fie în urma tëndinței de regenerare nervóasă plecată din capătul central al nervului, unde rămurile multiple ale cilindrului ax rămase fără conductor, rês-pândindu-se în diferite direcțiuni pot, mai ales dacă intervine și un agent de compresiune, să se inflameze sau să se desvolte în adevérate nevróme. De aci conduita practică, că în or-ce amputație trebuie să facem resecțiunea nervului cât se póte de sus, pentru ca fibrele cele noi născute din capătul central, să nu póta ajunge la extremitatea bontului. (Vezi nevralgia bontului).

**ANATOMIA PATOLOGICĂ.** Se deosebesce o nevrită acută și una cronică.

Cea acută, care la rigóre póte deveni și flegmonósă, este caracterisată prin aceia că cordonul nervos e tumefiat, tare, roșu, ici colea cu focare emoragice, cu exudat seros sau sero-fibrinos ce depărtéză fâșiile nervóse, cari tóte la un loc, dacă iaă o extensiune prea mare, pot să finéscă prin ramolirea totală a țesutului nervos.

Nevrita cronică ne presintă cordonul nervos mult mai gros și tare, așa că volumul său devine dublu sau triplu, dându-ne uneori senzațiunea unui tendon sau cartilagiú.

Nevrita cronică parenchimatósă este când inflamațiunea atacă elementul esențial, adică cilindrul ax. Aci lesiunile sunt cu totul identice cu cele ce am descris la degenerarea capătului periferic, în secțiunile nervóse.

Nevrita cronică este interstițială când inflamația coplescesce despărțitórele conjunctive ce separă fâșiile nervóse; este o adevérate sclerósă a nervului, numită de Virchow nevrita interstițială proliferantă; aci pe lângă fragmentarea mielinei și a cilindrului ax, proliferarea țesutului conjunctiv este așa de mare, în cât întregul nerv nu forméză de cât un cordon fibros.

Nevrita cronică póte să fie ascendentă, în cazul când dênșa merge progresând de la periferie la centru, putând ajunge chiar până la rădăcinile nervóse eșite din măduvă. Nevrita este des-

cententă, când procesul inflamator vine de la centru la periferie, ca în cazuri de tumori și compresii cerebrale or medulare.

Dar tot nevrită descendentă putem avea, când inflamațiunea plecată de la periferie, ajunge la rădăcinile medulare, iar de acolo trecând prin măduvă, poate copleși rădăcina nervilor din partea opusă, pentru ca în urmă treptat, să ia un mers descendent, mergând către periferie.

Patogenia nevritelor cronice pare a fi de origină microbieniă, aducându-se în sprijinul acestei idei, faptul că atât în nevrита ascendentă cât și descendentă, se pot găsi teritorii din tubii nervoși intacti, nevrита presentându-ni-se sub formă de noduri, noduliformă; noduri ce se observă mai cu seamă în locurile unde există afluențe vasculare.

Opiniunea acésta de sigur este cea mai adevărată, mai cu seamă în nevritele de natură traumatică, unde agentul septic jăcă cel mai principal rol.

De alt-fel, accidentele de tetanos atât de frecvente în urma plăgilor, când antisepsia încă nu era răspândită, au început să devie mult mai rar, prin aplicarea pansamentelor lui Lister.

Descoperirea actuală a microbului acestei teribile bóle, arată în adevăr că tetanosul nu se datora de cât unei nevrите specifice, pe care însă astăzi o combatem prin mijlocele antiseptice.

Și ce însemnéză óre desvoltarea tetanosului în mod tardiv, când plaga s'a vindecat, nelăsând de cât o simplă cicatrice, dacă nu acțiunea lentă și progresivă a microbului, ce în mod insidios determină o nevrита ascendentă, care la un moment dat, putând face óre-cară salturi, provócă aparițiunea tetanosului în mod inexplicabil?

**SIMPATOMATOLOGIA.** În nevrита acută, pe lângă posibilitatea unei ridicări brusce de temperatură, avem mai mult semne locale, ca roșeță, durere, tumefacție și indurația cordonului nervos.

Când inflamația este însoțită și de o perinevrítă, atunci putem observa o bandă roșie mai întinsă, ce se desemnéză pe piele urmând trajectul cunoscut al nervului.

Durerea este fórte violentă, manifestându-se la cel mai ușor contact, ridicându-se în sus spre rădăcina nervului.

Une-oră vine prin accese, manifestându-se prin dureri difuze și la alte organe ca la cefă, gât, maxilar, simulând prin contracțiunile spasmodice cu o adevărată invasiune de tetanos. Iarăși



visceralgiile, pseudo-angină a pieptului, căscăturile, grețurile și vărsăturile sunt efectul nevritelor locale.

Când nevrita este cronică, atunci toate fenomenele de anestezie, iperestezie, turburări trofice, paresiile și paralișurile, sunt identice cu cele ce deja am descris la degenerescența nervilor, în urma secțiunilor nervoase.

**PROGNOSTICUL** variază după cum nevrita va fi locală, extensivă sau ascendentă.

În orice caz, dânsul e tot-d'una grav, știut fiind după cum am arătat, că o nevrită chiar locală și cu forma cea mai benignă, poate să ia caracterul ascendent, nimic neputându-l opri din mersul său, pentru a provoca o mielită transversă și o nevrită descendentă.

**DIAGNOSTICUL** în general nu e greu de stabilit, luând în considerație antecedentele bolnavului, prezența unei vechi cicatrice, precum și evoluțiunea simptomelor, asupra cărora am insistat.

Vom căuta a stabili cu ce anume formă de nevrită avem a face: dacă este locală, extensivă sau ascendentă; vom avea în vedere mersul, precum și simetria leziunilor, care e proprie nevritelor ascendente, urmate de cele descendente.

Vom cerceta diatesa individului, spre a vedea dacă este alcoolic, saturnic or supus unor afecțiuni febrile, pentru a vedea de avem a face cu polinevrite constituționale sau cu simple nevrite extensive. Durerile exprimate de bolnav în urma unui traumatism, nu trebuie a ne înșela și a le lua drept nevralgii; în orice caz trebuie să ne facem rezervele cuvenite pentru a anunța posibilitatea dezvoltării unei nevrite, de și traumatismele pot în adevăr determina dureri cu caracter nevralgic, conform diferitelor diatезe sau medii în cari se găsește rănitul, lucru care de alt-fel este destul de pe larg tratat în primul meu volum.

**TRATAMENTUL.** În prima linie va fi cel preventiv, întrebându-se cele mai mari precauțiuni antiseptice în pansarea plăgilor; vom estrage corpii străini eschilele osoase; vom rezeca capetele nervilor contuzionați și dilacerați, aplicând suturi imediate.

Vom combate diatезele și stările constituționale ale individului; și în fine când bóla s'a declarat, atunci dacă antiflogistele, repausul, revulsivele, rămân fără efect, iar nevrita are tendința a deveni extensivă și ascendentă, de sigur că pozițiunea devine foarte critică pentru chirurg.

Se recomandă însă întrebuințarea mai multor mijloce, între cari elongațiunea nervului făcută într'un teritoriu sănătos, inaugurată de Nüssbaum în 1869, și practică cu deplin succes de mulți chirurși în diferite cazuri, aplicându-se la nervul sciatic, median, cubital și chiar plexul brachial.

Nevrotomia și nevrotripsia încă se poate aplica, dar pe o scară mai puțin întinsă, din cauza accidentelor ce pot proveni, fiind propriu ori-cărei secțiuni nervoase. În fine putem recurge chiar la amputațiunea unui membru în cazuri cu totul desesperate. Dar toate aceste intervențiuni, adesea rămân fără efect, de ôre-ce nu numai că putem fi expuși a opera pe un teritoriu nervos bolnav, dar chiar adresându-ne dincolo de partea afectată, intervențiunea încă poate fi urmată de fenomene nevrîtice, dacă individul are o predispozițiune pentru această nenorocită afecțiune.

## NEOPLASMELE NERVILOR

Cele mai comune și mai importante sunt nevrómele asupra cărora nu ne vom opri. Se deosebesc însă două tipuri în ceea-ce privește cele-lalte neoplasme : tumori primitive, și secundare sau prin copleşire.

Cele primitive au tipul conjunctiv, dezvoltându-se prin urmare în aceste elemente ce se găsesc în țesutul nervos, intra și perifascicular. Dintre aceste tumori, cele mai frecvente sunt: fibrómele, sarcómele și mixómele.

Cancerul primitiv al nervilor, de și s'a observat de unii autori, se consideră însă ca un ce cu totul excepțional.

Cele l'alte tumori pot să aibă punctul de pleccre în téca lui Schwann, sau în țesutul conjunctiv intra-fascicular.

De aci următórea divisiune stabilită de Lebert : I) Tumori periferice, II) interfibrilare sau centrale, III) laterale și al IV) diagonale.

Tumora periferică de origină nevrilematică se devoltă la periferie, pe téca lui Schwann, care ast-fel fiind, densesle se pot enuclea lăsând nervul intact.

Dacă tumora ocupă numai una din fețele tecei nevrilematice,

dênsa este laterală; iar dacă se implantéză pe acêsta în mod oblic, este diagonală.

Tumora dezvoltându-se în țesutul conjunctiv intra-fascicular, devine centrală, când fibrele nervoase disociindu-se, stău răs-pândite de-asupra ei, ceia-ce de sigur constituē o dificultate foarte mare la extirpare, fiind imposibil a nu ataca nervul.

Aceste tumori, adesea se pot complica de dezvoltare de chiste sau de transformățiune dintr'un tip în altul, formând Kisto-fibrómele, fibro-sarcómele sau sarcóme chistice.

II. Tumori prin invasiune se observă foarte des, și sunt în afară de or-ce discuție, putându-se desvolta nu numai pe loc adică acolo unde nervul este direct în contact cu un neoplasm, dar și la distanță. Ast-fel: observațiunile ȃilnice ne arată invasiunea plexului sacral, a sciaticului și chiar a cruralului în epitelió-nele uterine; nervii intercostali și plexul brachial, în cancerul si-nului sau mamelei; lingualul și ipoglosul în cancerul limbei și al gurei; nervul dentar inferior, în cancerul buzei inferioare etc. etc.

În toate aceste casuri, nervul în contact cu neoplasmul se copleșește treptat de proliferațiunea epiteliomatósă, care după ce distruge nevrilemul, se infiltréză în spațiurile interfasciculare, respingênd tubii nervoși cari în cele din urmă degeneréză. Dar grație prezenței vaselor limfatice în nervi, aceste elemente neoplasice pot progresa mai departe ca și or-ce agent septic, dînd ast-fel nascere dezvoltărei de neoplasme la distanță, cari une-ori se încapsuléză remânând ast-fel staționar, iar alte dăți distruge or-ce barieră, răs-pîndindu-se în țesuturile vecine și devenind cu modul acesta din copleșit, copleșitor.

**SIMPTOMELE** variază după sediul și natura neoplasmului. Ast-fel fibrómele excentrice și în defnitiv chiar sarcómele, pot să evolueze fără ca prin nimic să atragă atențiunea, de cât prin volumul lor. Nu va fi însă tot ast-fel cu neoplasmele centrale, cari de sigur vor fi însoțite de dureri și cele-l'alte fenomene, proprii or cărei compresiuni nervoase.

În general, tumorile prin invasiune sunt mai alarmante atât prin compresiunea ce determină, cât și prin tendința elementelor neoplasice ce nu întârziază a copleși tubii nervoși. În aceste casuri în adevăr, durerile devin atroce întrecênd chiar le-siunea primitivă, care adesea este nebăgată în seamă de bolnav. De multe ori cancerule uterului, sau alte neoplasme ale basinu-

lui nu sunt descoperite de medic și bolnav, de cât din durerile manifestate în partea nervului sciatic sau crural.

Asupra prognosticului este de prisos a insista.

În cea-ce privesce diagnosticul, acesta se va face într'o tumoră primitivă sau secundară, lăsând la o parte caracterele nevromului și tubercului sub-cutanat dureros.

**TRATAMENTUL.** Combaterea durerilor este tot ce pôte fi mai nechirurgical.

În casuri de tumori primitive, vom recurge când e posibil la simpla enucleațiune, căutând a lăsa nervul intact. Aceiași precauțiune vom avea chiar dacă tumora e centrală, căutând cu tot dinadinsul a separa fibrele nervoase, a respecta nervul.

Lucrul însă fiind imposibil, vom fi nevoiți a recurge la resecția nervoasă, căutând în urmă a asigura reunirea prin diferitele mijloce deja arătate la secțiunea nervilor. Iar fiind vorba de tumori secundare, vom căuta întâiu a ridica tumora primitivă, putend în casuri dificile și dacă regiunea ne permite, a recurge chiar la amputațiunea nervului.

## CHESTIONAR

### I. *Considerațiuni asupra anatomiei nervilor.*

Compresiunea asupra nervilor; repede și lentă. Casuri de producere a compresiunii repede și lentă. Simptome: dureri, turburări sensitive, paralisii și leziuni trofice.

Diagnosticul se bazază pe cauze și antecedente.

Tratamentul după cauza compresiunii.

II. *Contusii nervilor.* Definiție: Anatomia patologică coprinde trei grade: sufusiune sanguină, infiltrație cu ruperea cordónelor și sdrobirea mielinei.

Simptome: anestezii, paralisii etc. Paralisia tronculară a lui Erb. Diagnosticul paralisiei și anesteziei cu istero-traumatism.

III. *Legătura nervilor.* Legături imediate și mediate. Consecințe.

IV. *Distensiunea, ruperea și smulgerea nervilor.* Distensiune lentă și bruscă.

Aplicațiuni terapeutice. *Anatomia patologică.* Esperiențele D-rului Assaky.

Esperiențele autorului. Concluziuni.

V. *Plăgile nervilor.* Intepăturile. Consecințe. Deducțiuni. Reunirea secțiu-

nilor nervoase. Istoric. Fazele de degenerescență și regenerare. Caractere. Fenomenele ce se petrec în capătul central și periferic al nervilor secționați. Diferite opinii. Schema dată de Ranvier.

*Simptome periferice și centrale.* Fenomene periferice: durerea: turburări sensitive; anestesia imediată, termo-anestesia, iperestesia. Caractere.

Turburări motorii. Paralisii. Diformație paralică și secundară. Tipurile clasice. Condițiunile producerii diferitelor ghiare. Diformațiuni atipice.

Leziuni trofice pasive și iritative.

Temperatura; casuri de ipotermie și ipertermie. Eritemul. Caractere. Causalgie. Glossyskin. Erupțiuni vesiculose și buloase. Sfacel, escare. Alterațiunile epidermului, unghiilor, sistemul pilos, țesutul celular, articulațiile, oasele. Diferite experiențe și opinii: Schiff, Ollier etc. Leziunile musculare.

Fenomenele de iritație prin turburări centrale.

Degenerescența ascendentă. Istoric. Opinia lui Friedländer și Krause. Opinia lui Pierre Marie.

Nevralgia bontului; tetanos sensorial, chorea sau epilepsia bontului.

Diferite opinii. Opinia autorului. Diagnosticul leziunilor nervoase. Paralisie, paresie. Diagnosticul paralișilor de origine cerebrală, bulbară, medulară, plexo-nervosă și nervoase simple.

Excitabilitatea musculară. Conracțiuni idio-musculară și paradoxală. Paralisii miopatrice etc., etc. Paralisie flască și rigidă sau spastică.

Degenerarea musculară.

Recunoșterea degenerării musculare prin curenții electrice faradice și galvanice. Istoric.

Modul cum trebuie făcută explorarea.

Formulele contracțiilor în starea normală. Raportul curentului faradic și galvanic în degenerare. Nomenclatura autorului.

*Prognosticul.* În rapori cu degenerarea.

*Tratamentul.* Sătură indirectă și directă. Diferite procedee. Elongațiunea. Grefe nervoase. Sutura la distanță. Sutura tubulosă. Sutura prin încrucișare.

*Regenerarea nervosă funcțională.* Teoria lui Laugier. Diferite observații. Esperiența lui Brown-Séguard. Teoria lui Létieyant. Discațiuni. Teoria lui Brown-Séguard prin inhibițiune și dinamogenie.

*Leziuni inflamatorii și organice ale nervilor.* Congestiunea nervilor. Diferite grade. Simptome. Nevrita. Predispoziția nervilor la inflamație și rolul tecei lameloase. Esperiența lui Ranvier. Nevrita acută, cronică, parenhimatoasă, intersticială. Nevrita ascendentă și descendentă. Rolul micro-organismelor.

*Simptome.* Proprii or cărei inflamații.

*Prognosticul* grav în cele ascendente și descendente.

*Tratamentul.* Revulsive. Elongația, nevrotomia și nevrotripsia.

*Neoplasmale nervilor.* Tumori periferice, interfibrilare, laterale și diagonale.

## CAP. X.

# LEZIUNILE ARTERELOR

## CONSIDERAȚIUNI GENERALE

Arterele sunt formate din 3 straturi sau tunici :

I) *Tunica internă* numită și endarterium, se poate descompune în alte două straturi a) un strat endotelial ce acoperă totă lumina vasului, compus din celule poligonale dirijate în sens paralel cu vasul, și conținând un nucleu turtit, circular sau alungit ; b) de un strat sub-epitelial format din celule turtite, fusiforme, neregulat stelate, anastomosate, cu nucleu, și așezate într'o substanță fibrilară. Acest strat e numit de unii membrana lui Bichat, sau stratul longitudinal fibros al lui Remak.

Cu cât artera e mai mare, cu atât tunica internă e mai grosă, când la stratul fibrilar longitudinal se mai adaugă către partea sea externă un altul cu dispozițiune transversală. (Membrana fenestrată a lui Henle) care e formată mai mult din țesut elastic.

Deci tunica internă în realitate e compusă din 3 straturi : unul endotelial, altul sub-epitelial, iar altul extern, cu fibre elastice.

II) *Tunica medie*, în raport cu cele alte, e cea mai grosă și cea mai principală din păreții arteriali. Dinsă se compune din fibre elastice și fibre musculare netede. Și după cum unul din aceste elemente predomină, ne dă două tipuri de artere : tipul elastic în care intră arterele mari ca aorta, carotidele și artera

pulmonară ; și tipul muscular, propriu celor alte arterii, mai ales arterelor membrelor.

Lamele elastice nu au continuitate între ele, ci oferă perderi de substanță, având aspectul fenestrat și cu o dispoziție transversală. În aceste logi, formate de lama elastică, sunt așezate fibrele musculare lise, a căror direcțiune în general e transversală, adică perpendiculare cu axa vasului. După Eberth însă, se găsesc și fibre oblice sau longitudinale, destinate pentru a întări pe cele transversale.

Tunica medie e limitată de cea internă printr'o lamă elastică, mai grosă ca cele alte, numită de Ranvier lama elastică internă a tunicei medii.

Fibrele elastice din tunica internă se unesc cu fața internă a acestei lame, și deci și cu tunica medie: De aci rezultă că, tunica medie contractându-se, cea internă o urmărește și prezintă niște plică longitudinale.

Tunica medie este separată de cea externă cu care nu aderă, printr'o altă membrană elastică, numită *elastica externă a lui Henle*.

Grație acestor două elemente, artera se bucură de cele două mari proprietăți: dînsa se lungește prin fibrele elastice, și se contractă prin cele musculare.

În afară de aceste elemente, mai există și țesut conjunctiv, descoperit de Kölliker.

Acest țesut se observă numai în arterele de un calibru mare, fie că aparține tipului elastic sau muscular. Dînsul se micșorează în arterele de calibru mic, dispărând chiar cu totul în arteriole.

Este însă de observat, că în tunica medie și chiar în tunica internă, țesutul conjunctiv e cu atât mai dezvoltat cu cât individul e mai înaintat în etate.

Ipertrofia și ipergenesea țesutului conjunctiv, e punctul de plecare a acelei redutabile afecțiuni, numită arterio-sclerósă, când dînsul își perd gradul de elasticitate și contractilitate.

III) *Tunica externă* sau adventice e formată de țesut conjunctiv lax, amestecat de fibre elastice cu direcțiune longitudinală. Dînsa se continuă cu țesutul conjunctiv vecin.

După Eberth și Remak, în tunica externă se găsesc și fibre musculare longitudinale, mai ales în aortă, femorală, splenică, artera dorsală a penisului etc.

Dar nu putem merge mai departe cu acest studiu de anatomie. Ca idee generală reproduc din Testut fig. 111 unde se văd elementele descrise.

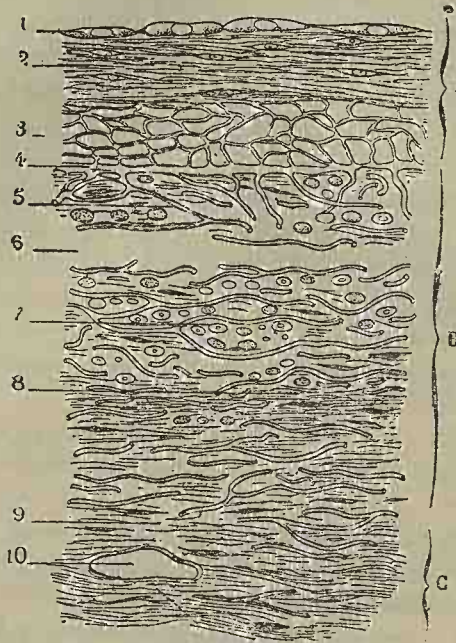


Fig. 111.

Secțiune longitudinală a aortei (crossa) A. Tunica internă. — B. Tunica medie. — C. Tunica externă sau adventice.

1) endotelium — 2) tunica internă (stratul intern) — tunica internă (stratul extern) — 4) membrana limitantă sau elastică internă schematisată — 5) membrana elastică fenestrată. — 6) Interrupțiunea tunicii medie. — 7) fibre musculare netede tăiate prin mijloc. — 8) țesut conjunctiv cu celule turtite. — 9) tunica externă. — 10) vasele tunicii externe.

În fig. 112, luată după natură și preparată de D-nu Tatușescu, se pot încă vedea dispoziția aceluiași elemente.

Tunica internă și medie nu posedă vase. Tunica externă însă este străbătută de vase arteriale, capilare și venoase, formând un sistem propriu sanguin (vasa vasorum).

După Eberth, vase limfatice nu există în artere.

Cât pentru nervi, aceștia sunt foarte abundenți, găsindu-se atât fibre cu mielină cât și fără mielină.

După Ranvier, nervii arterelor formeză trei plexuri: *un plex*



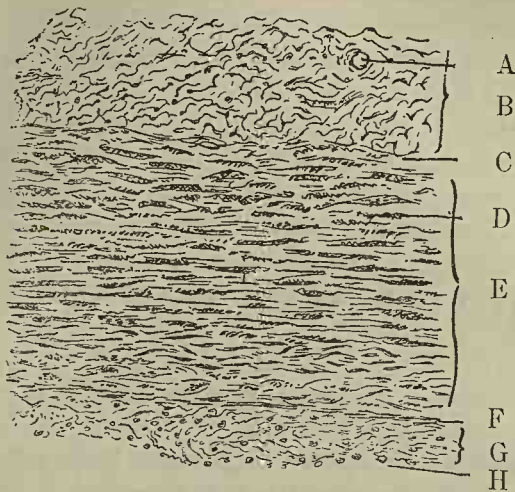


Fig. 112.

Secțiune din artera femorală normală.

- A) Vasa vasorum
- B) Tunica adventice (externă).
- C) Tunica elastică (limitanta externă).
- D) Fibre musculare netede tăiate prin mijloc.
- E) Tunica medie.
- F) Tunica elastică (limitanta internă)
- G) Tunica internă.
- H) Endoteliu. (Originală).

*fundamental*, așezat în tunica externă. De aci plăcă fibre așezându-se la partea periferică a tunicei musculare medie, formând *al doilea plex intermediar*. De la acest plex peri-muscular, plăcă alte fibre, distribuindu-se la celulele musculare netede, asigurându-le puterea retractilă. Acesta formeză *al treilea plex* numit *terminal sau intermuscular*.

## § I.

# LEZIUNILE TRAUMATICE A ARTERELOR

---

Aceste leziuni, și în special plăgile prin instrument tăetor, au fost încă de mult bine studiate, mai ales de J. L. Petit.

Noi nu vom insista mult asupra lor, fiind deja tratate în primul volum, cu ocaziunea diferitelor traumatisme.

Reamintim numai că plăgile arterelor, fie prin instrument înțepător, tăetor, arme de foc, și instrumente contondante, se împart în penetrante și nepenetrante, după cum toate tunicele arterei sunt atinse sau numai una din ele, în general cea externă.

a) Plăgile prin instrument înțepător, ce se pot produce prin corpuri ascuțiți, ca florete, spadă (casuri de duel), ace, cue, trocare, briceag etc., se împart la rindul lor în interioare și esteriore, după cum acești agenți vin de din afară sau de dinăuntru. În adevăr, în fracturi, în diferite eschile osoase etc., plăgile arteriale se numesc interne, tocmai din cauză că acești agenți nu vin de din afară.

O clasă a parte de plăgi prin înțepătură, sunt acelea ce rezultă din străbaterea ulterioară a agenților vulneranți.

Ast-fel, oșe subțiri de pui, ace înghițite și oprite în eșofag, pot cu timpul să perforoze acest organ, și ast-fel să rănescă diferite vase, și în special aorta, carotidele, sub-claviera etc.

Noi numim aceste plăgi mediate, pentru-că instrumentul străbate mai târziu printr'un alt corp pentru a ajunge la arteră; pe când pe cele ce se întâmplă în casuri ordinare, le numim plăgi arteriale imediate, deschiderea vasului făcându-se chiar în momentul accidentului.

Maî există încă o clasă a parte de plăgi înțepătore a arterelor : când cu scop terapeutic introducem în vas diferiți agenți ca ace, fire de platină, resorturi de ceasórnice etc., dar acestea se deosibesc prin aceia că, odată introduse, se lasă pe loc, și nu se practică de cât exclusiv în anevrisme, saũ alte tumorî vasculare.

Caracteristica acestor plăgi este, că instrumentul fiind fórte ascuțit, plaga chiar penetrantă fiind, nu se însoțește de emoragie, din causă că dinsul fiind subțire, se mărginesce maî mult în a depărta fibrele conjunctive și elastice, de cât a le rupe ; și imediat după scóțerea instrumentului, plaga retractându-se, astupă deschiderea. Pe lângă acésta, instrumentul în general nu strebate în mod cu totul perpendicular pe vas, ci maî mult oblic, ast-fel că paralelismul fiind stricat, emoragia și maî puțin se va arăta. Și număi grație acestei lipse de paralelism ne esplicăm formarea emostasei provisorie, și în urmă definitivă, cu totă perfrațiunea tunicelor arteriale.

Acésta emostasă se face în modul următor : Sângele eșind prin tunica internă și medie, se respândesce între tunica esternă și medie cu care scim că nu are aderențe ; o întinde, și sângele coagulându-se, forméză un trombus în general lateral.

Forma acestuî trombus este, dacă voim cu a unei ciupercî, a căreia parte evasată (lățită) saũ cap, privesce în afară, iar cea ascuțită saũ picior, înăuntru. — Vezi fig. 113 luată din Duplay și Reclus.

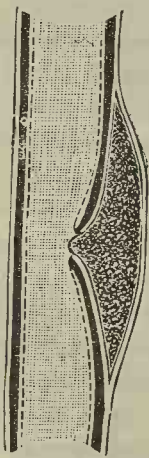


Fig. 113.

Schema emostasei provisorie în plăgile prin instrument înțepător a arteriilor.

Caracteristica acestei emostase este că dēnsa nu astupă calibrul vasului, de óre ce vērful coagulului din interiorul arterei fiind continuă lovit de unda sanguină, dēnsul nu póte să înainteze, dar cu timpul póte contracta aderențe cu buzele plăgei, care ast-fel se închide în mod definitiv. Acest beneficiu însă de multe orî se transformă într'un accident grav, tocmaî din cauza acestei unde sanguine, ce une-orî nepermițând organizarea și prinderea trombusului, înțepăturile arteriale pot fi consecințe de anevrisme.

b). Plăgile prin instrument tăios sunt cele maî frecvente ; atât în urma accidentelor cât și a unor hotărâri voluntare. Cele ne-

penetrante au un interes foarte mare, pentru că mai târziu sunt punctul de plecare al anevrismelor numite false; iar cele penetrante, pentru că sunt urmate de emoragii mari, dând și ele în anume condițiuni, naștere la un anevrism primitiv difus.

Plăgile penetrante sunt complete și incomplete, după cum ambii părți sau circumferența arterei este divizată, sau numai o parte dintr-nsa. Dênsese pot fi transversale, longitudinale și oblice.

Punctul principal al acestor plăgi sunt de sigur emoragiile, cari une-ori repede devin mortale, după calibrul vasului, căci nu au nici o tendință de a se opri spontanat. Cu toate acestea, dacă artera nu este de un calibru prea mare, dacă e profund situată, și traectul secțiunii de la piele în profunđime nu e direct, ci sinuos, emoragia se pôte opri de la sine; se mai adaogă și aceea că sângele revărsat printre țesuturi și comprimat de acestea, se coagulază și reușese a forma un dop, prin care emostasa cel puțin provisorie este asigurată. Și acêsta cu atât mai ușor, cu cât secțiunea arterei este completă, căci atunci tunica medie in virtutea fibrelor elastice și musculare retractându-se, târâsece cu sine și pe cea internă, care se sbârcesce în interiorul vasului, a căruia lumină ast-fel în mare parte este închisă.

În acest cas, dacă reunirea se obține, dinsa e analogă cu cea obținută prin aplicarea unui fir de legătură pe arteră, ast-fel precum arată fig. 114.

Sângele ieșit se respândesce între tunica esternă retractată și dênsa, formând ast-fel un coagul cu o bază foarte lungă, numit de J. L. Petit coagul estern, care cu cât străbate în interiorul vasului, cu atât se subțiază, mergând pâna la prima colaterală, unde se termină, formând *coagulul intern* ce jôcă rolul unui adevărat dop.

Acêsta constituie emostasa provisorie. Fig. 115 luată din Duplay și Reclus arată acest lucru.

Emostasa definitivă se face mai târziu, fie prin prima intenție a mărginilor tunicei medie și interne, fie printr'o reunire secundară, fie printr'o endarterită vegetantă și organisarea coagulului în urma străbaterii sale de globule albe, lucru deja studiat în primul volum, pag. 475.

Conchidem dar, că emostasa plăgilor arteriale, se obține grație retracțiunii inegale a tunicelor, a formării unui dop de sânge și a organisării acestuia; de unde rezultă acest fapt în aparență



Fig. 114

Emostasă arterială în urma aplicării unui fir, și unde se vede clar retractilitatea tunicei medii.



Fig. 115

Emostasa provizorie, unde se vede un coagul terminat în vîrf ascuțit.

paradoxal, că o plagă arterială complectă, e mult mai benignă de cât una incomplectă, din pricină că în acesta din urmă, retractilitatea tunicelor nu se poate face, și prin urmare nici emostasa.

c) Plăgile prin instrument contondent, se caracterisă prin triturațiunea pereților săi, cari de și momentan nu dau naștere la o emoragie imediată primitivă, mai târziu însă devin consecința emoragiilor secundare, prin eliminarea escarei sau formarea de anevrisme consecutive.

Acelaș lucru putem zice despre plăgile prin armă de foc, de și azi, grație formei și vitezei de care sunt animate proiectilele, arterele nu sunt atît contusionate, cât mai mult secționare, apropiindu-se ast-fel mai mult de cele prin instrument tăios, și urmate decî de emoragii, une-orî fulgerătoare.

Cât pentru plăgile prin smulgere, acestea aũ fost în destul studiate în primul volum, unde s'a arătat și mecanismul lipsei de emoragii, și prin urmare nu mai revenim.

Acelaș lucru vom zice despre diagnostic și tratament, care iarași este pe larg făcut în primul volum.

## § II

# LEZIUNI ORGANICE A ARTERELOR

## DESPRE ANEURISM

De la *ἀνά* întindere și *εὐρυς* dilatație.

După însăși etimologia cuvîntului, mult timp s'a numit aneurism, ori-ce dilatație așezată pe traectul unei artere.

În adevăr, cam acest mod de a vedea a fost susținut de Richet și Billroth, cari defineau aneurismul ca o tumoră plină cu sânge și comunicând cu o arteră.

Acastă definițiune e luată în mod prea larg, căci într'insa ar putea intra și alte tumori, ce în general nu fac parte din aneurisme.

Ast-fel am avea dilatațiunea arterială cu flexuosități, tumorile erectile, și chiar multe tumori maligne, ca sarcómele vasculare, etc., căci și ele conțin sânge și comunică cu o arteră.

Broca, restrânge definițiunea aneurismului, și numesce această afecțiune o tumoră sanguină, ce comunică cu artera, dar care neapărat trebuie să aibă un sac format din însuși păreții arteriali. Dar după această definiție, excludem aneurismele false primitive or consecutive, ai căror păreți, de și nu sunt arteriali, totuși nu sunt mai puțin aneurisme.

De aceia definițiunea cea mai bună la care ne putem opri ar fi această.

*Se numesce aneurism, or ce tumoră cu conținut sanguin, lichid sau coagulat, care comunică cu o arteră, iar al cărui*

*înveliș este format său din tunicele proprii ale arterei, său dintr'un țesut de formație nouă, produs de părțile vecine.* Acest înveliș pòrtă numele de sac.

**DIVISIUNEA:** Acésta s'a făcut din diferite puncte de vedere.

1) După constituția sacului. Se numesce *aneurism adevărat*, când părțile sacului sunt formați de câte trele tunici arteriale; dènsul ia numele de *mixt intern*, când tunica esternă fiind ruptă, cea internă și medie fac hernie prin acéstă soluție de continuitate, formând ast-fel sacul aneurismal; din contra, este *mixt extern*, când tunicile internă și medie sunt rupte, iar sacul este format numai prin extensia tunicei externe.

Ranvier susține că aneurismele adevărate, tot-d'auna sunt formate numai de tunica internă și externă, cea medie fiind tot-d'auna ruptă în urma diferitelor alterațiuni inflamatorii său discrasice, căci în tóte aceste casuri, dènsa este cea dintâiu care suferă mai mult, și intră în degenerescență, iar consecutiv în destrucție.

Pe lângă acésta, o asemenea divisiune este de puțină importanță, nu numai ca clinică, dar chiar și ca anatomie patologică, căci aceste tunici, chiar dacã tóte ar lua parte la constituțiunea sacului, ele sunt așa de mult fusionate, în cât nu numai cea mai minuțioasă disecțiune nu le pòte separa, dar chiar însuși microscopul e în neputință a le arăta prezența.

În opozițiune cu acéstă divisiune, avem *aneurismele false*, a-celea al căror sac nu e format din părțile arteriale.

Și se numesce *aneurism fals primitiv* (ematom difus), când revărsarea de sânge se face în momentul accidentului, iar sacul e format din țesuturile luate din părțile vecine. *Aneurism fals consecutiv*, este când sacul e format prin respingerea său extensiunea cicatriței părților arteriale, rezultată din traumatism.

2.) Divisiune după cauze. Se numesce *aneurism traumatic*, când rezultă în urma unui traumatism, iar *spontan*, când e sub dependența unei cauze generale.

3) Divisiune după întindere. Avem *aneurism circumscris* și *difus*.

4) Divisiune după forma sacului. *Aneurism fusiform*, *sacciform*, *crateriform* și *cilindroid*, numiri cari se esplică de sine, precum arată figurile 116, 117, 118.

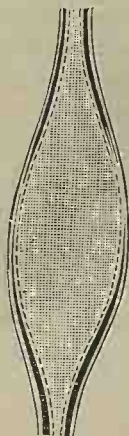


Fig. 116.

Anevrismă fusiform, secțiune schematică.

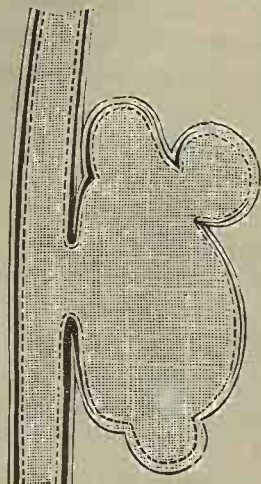


Fig. 117.

Anevrism sacciform cu buzunare secundară. Secțiune schematică.

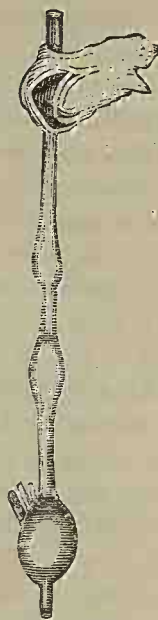


Fig. 118.

Anevrism fusiform multiplu sau moniliform (Donald Monro).

Aceste anevrisme, pe lângă aceia că pot avea pe dâsele pungi secundare, au o importanță mare din cauza orificiului de comunicațiune, căci condițiunile de circulație și prin urmare produțiunea coagulilor, stă în raport cu dâsele.

Ast-fel, într'un anevrism fusiform, circulațiunea se va face foarte ușor, iar coagulii greu de obținut; pe când într'un anevrism crateriform sau sacciform, circulația va fi cu atât mai dificilă, iar formarea coagulilor mai ușoră, cea-ce de sigur va contribui mult chiar la o vindecare spontanată. Deci, cu cât orificiul de comunicație va fi mai strimpt, cu atât prognosticul în mod relativ va fi mai bun.

Tot aci putem pune alte două varietăți de anevrisme, mai puțin importante în chirurgie: *anevrism kistogenic*, când placa ateromatasă, născută în pârreții arteriali, își varsă conținutul în lumina vasului, iar spațiul rămas gol se umple de sânge; și *a-*



*nevrism disecant* său al lui Lænnec ce se observă în special în aorta toracică, și care după unii constă în răspândirea sângelui între tunica externă și cea medie. Acest anevrism însă e contestat de alți autori și între care de Ranvier, care susține că tunica externă fiind formată de fâșii de țesut conjunctiv ce alunecă unele asupra altora, ar fi incapabilă să conție sângele supus unei presiuni arteriale, și deci acest anevrism, și-ar avea sediul mai mult între tunica internă hipertrofiată și cea medie (?) său chiar între lamele tunicei medii.

5) *Divisiune după sediū*. Avem anevrisme interne și externe său ale membrilor, or mai bine zis anevrisme medicale și chirurgicale.

Astăzi se studiază următoarele feluri de anevrisme.

1) *Anevriism arteriali* și 2) *Anevriism arterio-venos*. Tot în clasa anevrismelor se pune, o afecțiune particulară a arterelor: *anevrismul cirsoid* și *dilatațiunea serpentină* a arterelor.

**Etiologi.** I) Rolul traumatismelor este în afară de orice discuțiune. De aci și marea divisiune în anevrisme traumatice și spontane.

În afară de plăgile penetrante, când după cum am văzut putem avea imediat un anevrism fals primitiv, toate plăgile arteriale de și cicatrizate, nu posedă mai puțin un loc de slabă rezistență, în urma căria cicatrița neputând rezista presiunii sanguine, se dilată, formând ast-fel anevrismul fals consecutiv.

Dar în afară de aceste cauze energice, avem traumatismele lente, cari prin neincetata lor acțiune, aduc alterațiuni în pereții arteriali, proprii pentru dezvoltarea unor asemenea tumori. Și lăsând la o parte anevrismele dezvoltate în urma presiunii unei tumori osose, a unei eschile or fracturi, avem faptul cel mai demonstrativ, în dezvoltarea unui anevrism al arterei palatine, consecința unei iritațiuni persistente întreținută de un dentier (dinți falși) rău fabricat.

Tot în clasa traumatismelor lente, putem număra acelea în care artera se află în vecinătatea unor suprafețe osose, și de care vasul sanguin isbindu-se mereu la fie-care sistolă, tot de atâtea ori se contusionază. Ast-fel se esplică după unii, frecuența anevrismelor poplitee, artera fiind în contact imediat cu scheletul.

Poinsot a arătat trei cazuri de anevrism a arterei sub claviere, cari de sigur nu erau datorite de cât prezenței unei còste supranumerare.

Roux a arătat și dinsul un anevrism al arterei axilare, în urma unei exostose lucrând prin presiune.

Acestea intră în cauzele de condițiuni anatomice ale arterelor.

Intre cauzele ocazionale, avem profesiunile cari, prin eforturi violente ca hamali, lachei, gimnastici, etc. pot da nascere favorisării dezvoltării unui anevrism.

În ceia-ce privește anevrismele spontanate, acestea rezultă din alterațiunea pãreșilor arteriali, venită în urma diferitelor diatese ale individului: ast-fel alcoolismul, tabagismul, diabetul și după unii însuși sifilisul, pot fi o cauză predispozantă a anevrismelor, prin influența ce aceste bôle diatesice sau constituționale au asupra pãreșilor arteriali, producând ceia-ce deja am studiat în primul volum, *arteriosclerozele, endarteritele, ateromele* și diferite alte degenerescențe arteriale, cari tôte distrugând proprietatea contractilității și elasticității, mai ales a tunicei medie, oferă tot ce trebuie pentru dezvoltarea unui sac anevrismal.

În asemenea condițiuni, leziunile fiind întinse, adesea ori putem observa pe același individ mai multe anevrisme, mergând chiar la colosalul număr de 63, după cum Pelletan a constatat pe cadavrul unui bătrân. Acesta este o adevărată diatesă anevrismală.

Pe lângă cauzele anevrismale, trebuie să mai avem în vedere etatea.

Dintre tôte statisticele date rezultă, că etatea de 30—50 ani, este cea mai propice.

Broca a stabilit chiar următorul aforism: Cu cât suntem mai bătrâni, avem anevrisme supradiafragmatice; etatea tinăre predispunându-ne la cele subdiafragmatice sau ale membrilor.

Prin acesta se înțelege anevrismele de slăbiciune, provenite la bătrâni din cauza alterațiunilor arteriale; iar cele subdiafragmatice, anevrisme de forță, venite în urma profesiunilor și de viață grea.

Sexul iarăși are influență, căci anevrismul se observă mai mult la bărbați, probabil din cauza profesiunilor și a diferitelor vițuri ca alcoolism, tabagism etc.

În ceia-ce privesce rasa, se susține de unii că rasa Saxonă

și deci Englezii și Americanii sunt mai predispuși de cât celelalte rase.

Anatomia patologică. Aci avem de studiat în special sacul aneurismal, în care se deosebesc forma exterioră, cea interioră și structura.

Forma deja am arătat-o ca fiind fusiformă, sacciformă, crateriformă etc.

Numărul sacilor e unic, dublu sau multiplu, iar volumul de la acela al unei nucii, până mai mare ca un cap de adult, precum arată fig. 119 originală din serviciul meu. Secțiunea microscopică a acestui aneurism e reprezentată în fig. 120.

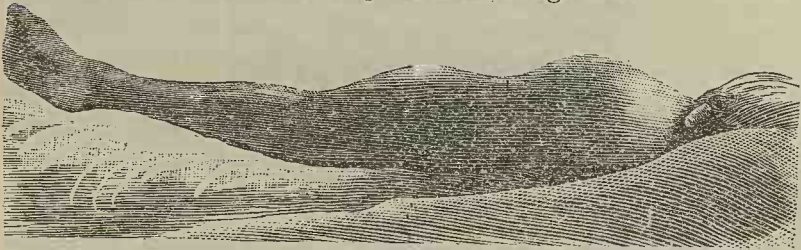


Fig. 119.

Aneurism traumatic al arterei femorale drepte. Legătura femorală sub arcada lui Fallope. Deschiderea sacului dupe 12 zile de la legătură, scoțându-se 1500 grame sânge coagulat. Vindecare definitivă. (originală).

Sacul aneurismal poate să fie cu totul lipit de arteră, sau unit cu acesta printr'o prelungire, formând varietatea de aneurism axil sau pediculat.

Une-orî sacul este depărtat de vas și menținut la distanță de părțile vecine; pe când alte dăți dinsul se flexează, se indoesce asupra arterei pe care o comprimă, și care de sigur nu este cazul cel mai defavorabil, putând produce o vindecare spontană, dar care nu e mai puțin adevărat, întunecă stabilirea diagnosticului.

Forma sacului, este rotundă, oblungă etc., iar suprafața sa exterioră în general netedă, afară de casurile când se dezvoltă pungi secundare, oferind ast-fel diferite ridicături, cari iarăși contribuie la dificultatea diagnosticului.

Punga aneurismală crescând mereu, grație extensibilității pereților săi, vine în contact cu țesăturile vecine, asupra cărora determină alterațiuni, unele mai profunde de cât altele.

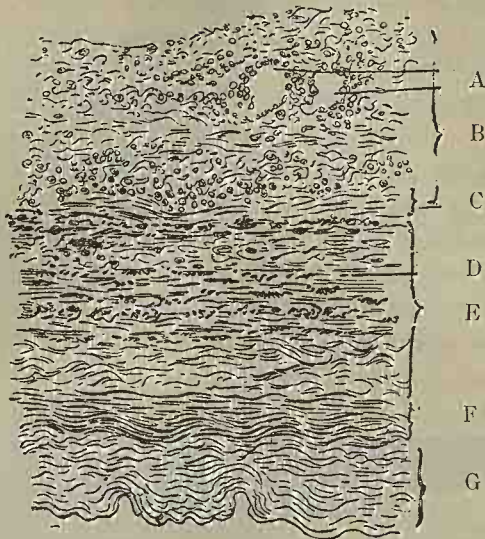


Fig. 120.

Secțiunea unui sac de anevrism traumatic al arterei femorale. (din fig. 119).

- A) Vasa vasorum, înconjurate de celule embrionare.
- B) Tunica externă (adventice).
- C) Tunica limitantă externă.
- D) Fasciculi musculari tăiați transversal.
- E) Tunica mijlocie (musculo-elastica).
- F) Tunica limitantă internă.
- G) Tunica internă. (originală).

Mai întâiu artera însăși fiind alterată în cazuri de anevrism spontanat, pereții săi nu se mărginesc numai la o dilatațiune circumscrișă, ci adesea, grație tensiunii sanguine ce se stabilește deasupra sacului, după cum vom vedea, artera cu timpul se poate dilata și în acest loc, formând ast-fel un al doilea anevrism.

Cele-lalte artere, și în special colateralele, iaă și ele o dezvoltare une-orî foarte mare, atât d'asupra cât și dedesubtul sacului.

Venele satelite fiind neincetat respinse și comprimate, suferă jenă în circulația lor; de unde producțiunea de tromboze cari une-orî se întind foarte departe.

Țesutul celular este condensat, indurat, sclerosat, copleșit de edem și chiar de colecțiuni purulente.

Muschi, respinși și comprimați, suferă degenerescență și se unesc în mod intim cu sacul, de care nu se pot deslipi.

Nervii, în urma acelorăși presiuni, devin sediul congestiunilor și chiar a nevritelor cronice și scleroșe, esplicându-ne durerile atroce de carî se plâng bolnavii.

Oasele și articulațiile neîncetat supuse bățăilor anevrismale, sunt coprinse de congestiuni și inflamațiuni, terminându-se în cele din urmă prin osteite rarefiante și chiar perforațiuni, precum se observă în anevrismele aortei, unde sternul este cu totul distrus.

În anevrismele poplitee, articulația genuchiului prin usarea ligamentelor se pôte deschide, oferindu-ne luxațiuni spontanate, în urma căreia cartilagele se distrug și ele la rindul lor, prin progresarea neîncetată a anevrismului.

Configurațiunea interioară a sacului. 1) Păreții, de grosime variabilă, sunt saū nu formați din tunicele arteriale saū țesuturile vecine, ce de multe ori le daū o grosime mult mai mare de cât le aū, mai ales prin cotropirea aponevroșelor ce face una cu sacul.

În unele puncte, sacul este de o subțime extremă, mai ales în locurile unde se desvoltă pungi secundare.

Fața internă a sacului este în general netedă și provăzută de un orificiū, căre stabileșce comunicațiunea cu artera. Orificiul, une-ori este mic, cu mărgini tăioșe, iar alte dăți mai mare și cu mărginile rupte, după forma sacului.

Conținutul este de o importanță colosală, formând punctul de plecare al diferitelor teorii în privința tratamentului.

Acest conținut este format din sânge, însă sub două forme: lichid, coagulat, saū și una și alta, după cum circulațiunea se face mai repede or încet; și acesta conform cu forma sacului.

Coagulii sanguini se presintă sub două aspecte diferite: unii sunt de o colóre albă, dispuși în foi dense, tari și rezistente, lipite și aderente de fața internă a sacului. — Aceștia forméză coagulii activi a lui Broca; cei-l-alți sunt din contră negrii, moi, friabili, fără straturi concentrice, așezați în partea centrală a tumorei și formând, după același autor, coagulii pasivi.

Se întâmplă însă, că între coagulii activi să se gășoscă alții cu caracterele celor pasivi; acesta se întâmplă în casuri de prezența unor artere colaterale în sac, dar acesta constituie excepțiuni.

Mecanismul acestor coaguli il vom arăta imediat.

## FISIOLOGIA PATOLOGICĂ A ANEVRISELOR

În acest capitol două lucruri principale sunt de studiat.

I) Circulațiunea în sacul anevrismal.

II) Influența anevrismului asupra circulațiunei locale și generale.

### I) Circulațiunea în sacul anevrismal.

Mecanismul formării unui anevrism l'am arătat deja. — Dinsul constă în producerea unui orificiu în tunicile arteriale, fie consecința unui traumatism, sau chiar a unei alterațiuni patologice.

Acest lucru odată constituit, observăm fenomenele următoare :

La început, orificiul având același calibru ca și dilatațiunea, sângele intră și iese cu cea mai mare înlesnire ca și cum nu ar exista nimic ; cu timpul însă, la fie-care sistolă arterială, sacul intră în diastolă, prin urmare se mărește, și grație extensibilității sale, dinsul tinde a lua o dezvoltare din ce în ce mai mare. Dar cu cât acest sac se mărește, orificiul rămânând același, circulațiunea în sac începe a se face în mod mai lent, așa că sacul prin pierderea elasticității sale, nu poate să intre într-o sistolă complectă, și deci sângele conținut nu este exprimat în totalitatea lui, și rămâne ca prin simpla greutate să iasă afară prin orificiul de intrare. — Dar în acest moment, o nouă undă sanguină străbate în sac, luptând contra aceleia ce ar voi să iasă. De aci o nouă acumulațiune de sânge în sac, iar pe de altă parte imposibilitate de ieșire a celui odată intrat. Din această rezultă, că sângele fiind sub acțiunea unei lovituri continue, și a unei imposibilități de ieșire totală, dinsul neîncetat se pune în contact cu perețele intern al sacului, unde grație pe de o parte a stagnațiunei, iar pe de alta a inegalităților suprafeței sacului, lasă în aceste locuri o parte din fibrina de care este constituit.

În urma acestui prim deposit, capacitatea sacului se micșorează, și deci în mod relativ circulațiunea se face mai repede ca în primul cas.

Însă lucrurile nu rămân aci, de ôre-ce la fie-care sistolă arterială, sacul din nou tinde a se mări, și prin urmare circula-

țiunea din nou făcându-se mai încet, avem un al doilea deposit de strat fibrinos așezat de-asupra celui dintâiu.

Și tot ast-fel mergând înainte, putem să ne închipuim o dezvoltare enormă de sac, cu depozite succesive de fibrină.

Dar lucrurile în realitate se opresc la o limită ôre-care, grație compresiunii sacului de părțile vecine, cari nu-î permite a atinge maximul de dilatațiune, în urma căreia densusul s'ar putea rupe; rupere, care de alt-fel este greu de realizat, chiar dacă sacul n'ar avea nici o susținere, grație depozitelor succesive de straturi fibrinoase, cari îi îngroșă pereții.

Orî cum ar fi însă, faptul principal pe care îl constatăm într'un sac, este pe de o parte acele depozite fibrinoase către periferie, de o colóre albă, une-orî brună, în or ce cas consistente și dispuse în formă de foi; iar cu cât înaintăm către centru, cu atât constatăm nisce corpî mai negri, friabili, sub formă de grunji; iar cu totul aprôpe de orificiul arterial, sânge lichid.

Primele straturi concentrice depuse pe pereții sacului aneurismal, se numesc *coagulî activi* ai lui Broca, în opoziție cu cei centralî, cari pôrtă numele de *coagulî pasivi*.

Importanța prezenței acestor lucruri a fost fôrte mare, căci dënse a dat nascere la teorii, influențând fôrte mult intervențiunea chirurgicală contra aneurismului.

Iată diferite teorii.

a) Cel dintâiu autor este Wardrop, care în 1828 emise ideea, că acele depozite fibrinoase numite *coagul activ*, în realitate nu este coagul, ci rezultatul unei secrețiuni plastice, produsă de însuși peretele aneurismal; idee reluată și susținută în Franța de Desprès, 1864.

Dar acéstă teorie cade în fața lucrurilor constatate: dacă ar fi adevêrat că aceste straturi rezultă dintr'o secrețiune plastică a sacului, atunci ar trebui ca cele imediat în contact cu pereții săi, să aibă o consistență môle, ca fiind neîncetat de o formațiune nouă, mai prospete; dar acest fapt este tocmai invers, din cele ce am văđut, și anume că aceste depozite sunt cu atât mai tari cu cât sunt mai în contact cu periferia.

b) Bellingham în 1843, emise e altă teorie primită și apărată cu mult talent în Franța de către Broca. După acești autori, acele depozite fibrinoase rezultă în adevêr din stagnațiunea sângelui în sac, și prin urmare direct din coagulii sanguini. Pentru

a se obține însă acest rezultat, se cere după cum deja am arătat, ca circulațiunea să se facă pe cât posibil mai încet în interiorul sacului.

Și dacă ne închipuim prezența unor cauze de micșorare circulatorie în sac, lesne putem deduce posibilitatea unei obliterațiuni complete a acestui sac prin coaguli activi, și deci vindecarea spontanată. Și teoreticește lucrurile par adevărate, putând chiar stabili că: în anevrismele fusiforme sau cilindroide, unde orificiile de intrare și ieșire sunt egale, iar dilatațiunea sacului mărginită, circulațiunea făcându-se cu inlesnire, depositul de straturi fibrinoase nu se obține pe pereții anevrismului, și ast-fel fiind, vindecarea spontanată nu se realizează.

Din contra, în anevrismele sacciforme, orificiul, relativ fiind enorm de strimt în raport cu dilatațiunea sacului, circulațiunea se va face cu atât mai greu, și prin urmare stagnațiunea și formarea coagulilor activi cu atâtă mai ușor, iar în consecință vindecarea spontanată mai posibilă.

Broca în special, susținea că coaguli moi, neactivi, pasivi, nici o dată nu se pot transforma în coaguli activi, și deci prezența lor în sac departe de a fi utilă, din contra e foarte vătămatore, servind ca nisce corpî străini, și prin urmare putând fi punctul de plecare al proceselor inflamatoare ale sacului.

Acastă teorie susținută cu mult talent de Broca, a făcut prin autoritatea sa, să fie admisă mai de toți.

Mai mult încă, dînsa a avut o influență foarte mare asupra tratamentului, respingînd cu totul legătura arterei în cas de anevrism.

În adevăr zice Broca, pentru vindecarea acestei bóle nu ne rămâne de cât să ajutăm natura; și ce ne arată dînsa?. Că vindecarea se pôte obține de la sine prin adăogirea succesivă de acele straturi fibrinoase; dar fenomenul acesta nu se pôte realiza de cât prin mijlocul unei circulațiuni lente în sac.

Și care este mijlocul cel mai propice pentru acest lucru?

De sigur nu legătura arterială, care suspendând în mod brusc circulațiunea, nu produce de cât o stagnațiune repede a sîngelui, a căreia consecință e formarea de coaguli pasivi, cari după cum s'a arătat, nu sunt capabili a se transforma în coaguli activi, ci din contră rămîind staționari, lucrează ca corpî străini



și deci produc mai mult rău de cât bine, prin procesele inflamației la cari pot da naștere.

Cel mai rațional tratament deci, după teoria lui Broca, ar fi compresiunea digitală și intermitentă a arterei, prin care, aducând o supresiune treptată a sângelui iar nu bruscă, favorisăm creațiunea de coaguli activi, și deci vindecarea sigură.

c). De și teoria lui Broca era seducătoare, și cu atât mai mult admisă cu cât autoritatea sa de magistru influența mult celelalte spirite, totuși densa n'a întârziat a cădea, pe de o parte în fața observațiunilor clinice, iar pe de alta prin experimentațiunile și o nouă teorie dezvoltată de Richet.

Teoria lui Richet susține o opiniune cu totul contrarie aceleia a lui Broca, căci prin ea se arată că coagulul pasiv se transformă în mod indubitabil în coagul activ. Esperiențele pe animale întreprinse de Renault și Bouley, prin aplicarea de legături asupra venelor, au arătat că în aceste circumstanțe, în primele zile, se produce în adevăr un coagul môle, negru, pasiv, dar care mai târziu adică după 7—8 zile, densul începe a lua treptat toate caracterele coagulului activ, a cărui transformațiune completă se efectuază după 15 zile.

De alt-fel, emostasa definitivă în urma aplicării unei legături pe artere, probază același lucru.

Mai mult încă, clinica ne arată că scurgerile sanguine în diferitele cavități, și în special în cele seroase, dau naștere la început la un coagul cu totul môle, dar care mai târziu și treptat devine tare, formând nisce mese cu totul indurate.

Ast-fel avem în ematocelele retro-uterine, în cele ale tunicii vaginale, și chiar în emoragiile cerebrale, unde acest fenomen se constată cu înlesnire.

d) Teoria lui Le Fort susține același lucru, cu deosebire că acest autor atribue coagulul activ, nu atât depositului de fibrină ce conține sângele, cât unei modifițiuni speciale a globulinei aflată în acest lichid.

Și în adevăr, se scie din fisiologie că fibrina singelui este în mică cantitate, adică 2 până la 3 la mie, pe câtă vreme globulina există în proporție mai mare, chiar de 100 la mie.

Deci coagulul pasiv, pe de o parte lasă în loc fibrina ce conține, care prin retractilitatea sa exprimă partea lichidă a sângelui, sau chiar este absorbită de vasele ce pot exista în

păretele sacului; iar pe de altă parte globulina modificându-se, dă ca rezultat final acele depozite albe și dense ce se depun pe pereții sacului anevrismal, formând ast-fel acei coaguli activi.

Consecințele acestor teorii, deduce la metoda terapeutică, că vindecarea anevrismelor se poate obține prin legături arteriale.

## II) Influența anevrismului asupra circulațiunei locale și generale

Din prezența unei dilatațiuni mai mult sau mai puțin mare pe traectul unei arterii; din cauza cu alte cuvinte a sacului anevrismal ce se poate asemăna cu un lac, și unde circulațiunea după cum am arătat se face încet, rezultă mai întâiu că imediat d'asupra sacului tensiunea vasculară va fi mai mare, și deci circulațiunea colaterală în proporție.

În urma acestui sforț, dacă anevrismul este spontanat, și prin urmare pereții arteriali alterați, putem avea o nouă dilatație mai sus, în segmentul aflat d'asupra anevrismului, și de aci o nouă creștere în tensiunea arterială.

Cordul trebuind să desvolte o activitate mai mare pentru a învinge aceste obstacole, densusul cu timpul se va hipertrofia, fapt care în adevăr mai tot-d'auna îl constatăm în ori-ce anevrism, manifestându-se prin hipertrofia ventriculului stâng, luată de unii drept cauză a anevrismului, pe când în realitate, după cum vedem, este mai mult efectul său.

Circulațiunea în capătul inferior al arterei, adică în porțiunea sub-anevrismatică, se face mult mai încet, de unde nu numai lipsă de desvoltare în circulația colaterală, dar încă observăm o slăbire și chiar o întârziere în aparițiunea pulsului. Și dacă nisce asemenea fenomene nu aș putea o importantă prea mare când e vorba de anevrisme externe ale membrilor unde diagnosticul se poate stabili mai cu înlesnire, este însă de o valoare necontestată în anevrismele interne.

În adevăr, prin ajutorul sfigmografului său al unui aparat volumetric special al lui François Frank, putem, luând de exemplu pulsul radial la ambele extremități superioare, să deducem dacă anevrismul se află pe artera sub-clavieră dreaptă or stângă; și acesta numai grație caracterelor ce ne vor presenta cele două

trasee, dintre cari unul fiind așezat sub aneurismul intern, va avea nisce curbe mult mai puțin pronunțate, apărând în același timp și ceva mai târziu de cât cel din partea opusă.

**MERSUL.** — Aneurismul începe în mod insidios, dar odată confirmat dinsul are o neîncetată tendință către creștere, grație extensibilității pereților săi, întreținută de impulsivitatea ce îi vine mereu din partea sistolei cardiace. Acastă creștere ar merge la infinit, neoprindu-se de cât prin cedarea sa și ruperea pereților sacului, dacă după cum am văzut nu ar interveni țesuturile vecine precum și depositul de coaguli activi în interiorul său, ceia ce de sigur constituie tot atâtea obstacole la ruperea spontanată.

Deci, aneurismul pe de o parte provăzut de puterea extensibilității, prin care tinde mereu a crește, iar pe de alta înconjurat de obstacolele menționate, dinsul se poate vindeca în mod spontanat, precum de asemenea se și poate rupe în același mod, după cum va fi învins sau învingător. Nenorocirea este că aneurismul mai tot-deauna triumfă, și ca atare nu trebuie lăsat la mersul său natural. Și victoria sa se înlesnesce încă, prin diferitele accidente și complicațiuni, cari grăbesce ruperea sacului.

Printre aceste complicațiuni cele mai importante sunt: inflamația sacului.

Acest proces morbid este considerat de unii ca favorabil vindecării spontanate, cu condiție însă de a nu fi întins prea departe; ceia-ce tocmai nu se întâmplă, căci adesea inflamațiunea odată declarată ia un mers repede, atingând chiar perioada de supurație, stabilindu-se fie între sac și tegumente, or în interiorul său, formând abcese de o colecțiune mare sau mică. Aceste abcese prin deschiderea lor, adesea se produce și deschiderea aneurismului, al cărui rezultat adesea e mărtașa individului, de orice capătul central al arterei nefiind închis, emoragia e fulgerătoare, aneurismul ocupând în general arterii de calibru mare.

Ce să mai dicem de aparițiunea gangrenei, care fie rezultatul unei compresiuni prin distensiunea prea mare a sacului, sau consecința unei inflamațiuni septice, nu face de cât să grăbescă cu pași repezi aceeași terminațiune fatală, adică deschiderea spontanată.

Și dacă în asemenea condițiuni ne închipuim aplicarea celei mai ușore contuziuni, lesne putem deduce consecințele. — Fărte

adesea ori bolnavul în timpul somnului, printr'o mișcare intempestivă sau extensiune forțată a membrului, își produce singur ruperea sacului.

**SIMPOMELE** sunt lente în aneurismul spontanat; mai repede în cel traumatic.

În adevăr, în acesta din urmă, după cum deja am arătat, densusul poate să apară imediat, chiar în momentul accidentului, formând aneurismul fals primitiv sau ematomul difuz; alte dați emoragia ne fiind mare, sângele se resorbe, plaga se cicatrizează, dar după un timp scurt, dilatațiunea nu întârzie să apară, formând ast-fel un aneurism fals consecutiv precoce.

În fine tumora nu apare de cât mult mai târziu, trecând chiar câți-va ani, în care cas aneurismul se numește fals consecutiv tardiv.

Aneurismul spontanat este mult mai insidios; și mai cu sémă aneurismele interne, cari de multe ori evoluează pe nesimțite, fără ca prin nimic să atragă atențiunea bolnavului sau medicului, până când ajuns la maximul său de dezvoltare, se poate deschide în mod spontanat, producând mórtea imediată a pacienților.

Ast-fel se esplică casurile destul de frecvente de mórte subită a unor ómeni, cari în timpul unei călătorii, a unei emoțiuni, în mijlocul unui banchet, mor ca trăsniți; autopsia tot-d'auna ne arată că mórtea a provenit din ruperea unui aneurism aortic.

Aneurismele spontanate esterne, nu pot sta ascunse mult timp, de óre ce ele nu întârzie să atragă atențiunea bolnavului prin fenomenele neobicinuite de cari se însoșesc, iar mai ales prin jena ce provóacă, și durerile ce rezultă prin faptul compresiunei.

O dată ce aneurismul este constituit, densusul oferă nise semne locale cu totul proprii și caracteristice.

Ast-fei, forma în general e rotundă, netedă, de dimensiuni variabile, de o consistență môle, reductibilă, bine delimitată, fără schimbare de colorațiune a tegumentelor, în fine indolentă.

Dar semnele patognomonice constau în acésta că, aplicând mâna pe tumoră, simțim nise mișcări numite de expansiune, adică de ridicare și coborâre, datorite elasticității sacului aneurismal.

Imediat trebuie să notăm, că aceste mișcări nu au nimic de-a face cu simplele mișcări de ridicare ce ne oferă multe tumori, așezate d'asupra unei artere de volum mare, ca de exemplu femorală or popliteea. Aceste mișcări nu au nimic de comun cu cele de

expansiune, cari sunt isocrone cu bătăile pulsului, și cari ni se manifestă prin sfigmograf printr'un traseu cu atât mai clar, cu cât punga anevrismatică conține mai puțin coagul.

Tot prin aplicarea mâineii pe tumoră, căpătăm o senzațiune cu totul particulară, semănând cu o frecare specială, numită vibrație, însoțind pe cele de expansiune, și cunoscută de Englezi sub numele de Thrill, atribuit vibrațiilor undeii sanguine în trecerea sa în sacul anevrismal.

Dacă aplicăm urechia or stetoscopul pe un anevrism, constatăm iarăși un semn patognomic arătat deja de J. L. Petit, numit șgomot de suflu, și pe care acest autor îl compară cu șgomotul ce produce o apă, curgând prin tuburile góle ale unui canal.

Acest șgomot de suflu este intermitent, aspru, de o durată scurtă, corespunzând cu diastola arterială.

Și de óre ce densusul este cu atât mai manifest cu cât orificiul de comunicațiune este mai mic, s'a creșut că densusul provine din frecarea undeii sanguine de acest orificiu, în momentul trecerii sale în sac; idee susținută de Broca, Richet etc.

După Chauveau însă, fenomenul este atribuit șgomotului ce se produce când un lichid trece dintr'un vas mai mic în altul mai mare; ast-fel că în cazul de față, sângele fiind împins de o presiune mai forte, desvoltată d'asupra anevrismului, imediat ce intră în sac, unde presiunea este incomparabil mai mică, se produce acest semn particular, constituind ceia ce francesii numesc *veine fluide*. Și ca probă, adaugă acest autor, este că dacă orificiul de comunicare cu sacul anevrismal este larg, precum se întâmplă în anevrismele fusiforme, atunci tensiunea arterială ne fiind mare, sângele intră și iese fără să producă acest suflu în mod accentuat, putând chiar să lipsescă cu totul.

Cu toate acestea, une-ori constatăm un al doilea suflu ce vine imediat după diastola cardiacă, corespunzând deci cu sistola arterială. Fenomenul a fost observat de Gendrin, și numit de dînsul șgomot de suflu de întórcere, și atribuit reintórcerei undeii sanguine în capătul inferior, și deci isbirii sale de orificiul de comunicare, ceia-ce contradice opiniunea lui Chauveau. Dar acesta, pentru a susține teoria sa, a invocat faptul că acest al doilea suflu este rezultatul unui dicotism, adică a unei dedublări a sistolei ventriculare.

După François Frank, acest suflu ar fi și rezultatul unei insuficiențe aortice.

Iarăși un semn patognomonic al anevrismului, este că dacă aplicăm o compresiune pe o porțiune a arterei aflată deasupra sacului, toate fenomenele descrise, ca: mișcările pulsatile, sgototul și suflu, dispar; pe câtă vreme, aceiași compresiune aplicată dedesubt, mărește intensitatea lor. Un lucru însă asupra căruia atrag foarte mult atențiunea este că, *prin compresiunea de-asupra anevrismului, sacul nu numai că încetază de a bate, dar în cazuri ne complicate, dînsul descresce de volum și ia o consistență mai tare*, prin simplul fapt, că sângele lichid trecînd în capătul inferior al arterei, sacul golindu-se se micșorează, devenind în același timp mai tare, din pricină că nu conține de cât coaguli activi.

Importanța acestui semn e foarte mare, când e vorba a stabili dacă o tumoră, de exemplu a fosei poplitee, este un anevrism, sau o altă producțiune așezată d'asupra arterei.

În adevăr, și într'un cas și în altul, printr'o compresiune a femoralei, pulsațiunile tumorii dispar. Fiind vorba însă de un anevrism, lucrurile nu se mărginesc aci, căci pe lângă suprimarea mișcărilor, vom avea descrescerea de volum înlocuită prin creșterea de densitate: tumora devine mai tare; lucru ce nu constatăm în cel-lalt cas, unde nu obținem de cât suprimarea mișcărilor, fără ca volumul și tăria tumorii să se modifice întru ceva.

**PROGNOSTICUL** este în general foarte serios, mai cu seamă în anevrismele spontanate, unde leșiunile arteriale fiind întinse sub influența unei stări generale, adesea intervențiunea chirurgicală pe lângă că nu asigură o vîngecare definitivă, din contra pôte să devie punctul de plecare al unui desnodămînt fatal, prin faptul că în momentul aplicării legăturii, artera se pôte rupe; iar alte dăți, d'asupra legăturii putându-se desvolta un nou anevrism.

Prognosticul este iarăși grav în anevrismele ce ocupă rădăcina membrelor; și este cu totul deseserat, când copleşesce unele segmente ale aortei.

Anevrismele traumatice au un prognostic mai benign, din cauză că pereții arteriali în restul vasului fiind sănătoși, legătura are un efect de vindecare cu totul radical.

În ori-ce cas, multiplicitatea anevrismelor precum și coincidența diferitelor complicațiuni de care vorbim, agravează bóla.

Dându-se dar din tot ceia-ce am studiat că, nici o dată nu putem să sperăm într'o vindecare spontanată, nu trebuie deci să ne gândim de cât la o intervențiune chirurgicală, care cu atât va fi mai eficace, cu cât se va aplica mai de timpuriu.

**DIAGNOSTICUL.** În majoritatea casurilor, mai ales fiind vorba de anevrismele esterne, nu este dificil, de óre-ce semnele pe cari le-am arătat, sunt de o valóre patognomonică de incontestat.

Accidentele inflamatorii însă, prezența unor coaguli fibrinoși în cantități mari, adesea maschiază simptomele anevrismului în așa grad, în cât după cum deja am arătat în primul volum la capitolul abcese, chirurģi de cea mai înaltă autoritate au înfipt bisturiul într'un anevrism, creșënd că deschid un abces.

Iarăși unele tumori ca sarcóme, fibróme, aședate în fosa poplitee, se pot impune drept anevrisme, prin unele simptome comune ce au cu acestea și asupra cărora am insistat.

Vom întrebuița deci tóte mijlócele de investigațiune, luând în considerare etatea, antecedentele, profesiunea și diatesele individului, prin cari avënd în vedere posibilitatea de a ne înșela, vom căuta pe cât posibil a evita ori-ce erori, apropiindu-ne ast-fel pe cât posibil de adevératul diagnostic. În or-ce cas, nu vom întreprinde acțiuni intempestive și făcute cu ușurință, cari de o dată pot compromite atât reputațiunea chirurģului cât și viața bolnavului.

**TRATAMENTUL.** De sigur nu vom căuta a intra în acest labirint asupra căruia sunt scrise sutimi de pagine, dar cari astă-zí nu au de cât o valóre cu totul istorică. Vom trece deci fără a ne opri asupra tratamentului general instituit deja de Val-sava, căutând ca prin medicațiuni interne capabile de a aduce o micșorare în circulațiunea generală, să favorisăm vindecarea anevrismului; tóte împreună cu iodurul de potasium nu ne procură nimica alt-ceva de cât o pierdere de timp.

Metódele cari se adresază direct asupra sacului anevrismal cu scop de a produce coagulațiunea sângelui, sunt ađi cu totul părăsite, mai ales când e vorba de a întrebuița caustice, moxe, injecțiuni de substanțe coagulante ca perclorulul de fer sau chiar acupunctura patronată de Velpeau în 1830, la care nimeri ađi nu se mai gândesce.

Malaxația în special ar trebui nici să mai fie amintită, necum practică.

Aplicațiunea căldurei asupra tumorei, precum și a refrigerentelor, sunt tot așa de inutile dacă nu periculoase.

Flexiunea membrului, care de alt-fel nu se poate aplica de cât pentru aneurismele poplitee și ale plicei cotului, este în afară de ori-ce recomandațiune. În adevăr, lăsând la o parte posibilitatea ruperei sacului, durerile atroce însă ce provocă bolnavului, după cel mai scurt timp, sunt în afară de ori-ce descriere, cu atâta mai puțin de aplicarea sea.

Am încercat o singură dată această metodă la un individ cu aneurism al arterei poplitee, și în mai puțin ca o jumătate oră strigătele sale de durere erau înfiorătoare.

Compresiunea elastică generală, cunoscută sub numele de metodă lui Walter Reid care constă în aplicarea unei bande elastice de la periferia membrului până la rădăcina sa, esceptând sacul aneurismal, a căzut și ea în desuetudine.

Singurul tratament rațional al aneurismului, este suprimarea circulațiunei, ce se obține prin aplicarea unui obstacol d'asupra sacului. Acest obstacol se poate obține sau prin compresiunea digitală, sau prin aplicarea unei legături.

Compresiunea digitală, deja recomandată de Verduc în 1694, a fost bine primită de toți chirurgii, având recurs la dënса chiar autorități moderne.

Nu numai în timpul studiilor mele, dar chiar și ca șef de serviciu, am căutat a întrebuița această metodă înaintea orî cărei intervențiuni.

Cine a văduț și a practicat acest lucru, a rămas pe deplin convins de dificultățile ce se întâmpină, trebuind a avea la dispoziție un număr mare de personal și cu totul devotat, plus durerile și iritațiunile locale ce se produc în punctul de compresiune. Acesta face pe bolnavi a refusa în mod hotărât a se supune acestei metode. Dar afară de acesta, dacă compresiunea înainte își avea óre-cum rațiunea din cauza diferitelor complicațiuni grave de care se însoțea ori-ce plagă chirurgicală, și în deosebi legăturile de arterii, astăzi lucrurile fiind cu totul schimbate, putem în mod mai sigur și mai eficace să recurgem la acest din urmă mijloc, care de sigur e cel mai bun.

Cu toate acestea, în aneurismele spontanate, și mai ales având



a face cu un arterio-scleros înaintat, și unde legătura arterei ar putea fi urmată de consecințe grave, nimic nu ne împiedică de a întrebuița compresiunea digitală, salvând ast-fel reputația chirurgicală, ce s'ar putea compromite prin deschiderea vasului, sau aparițiunea unui nou anevrism d'asupra legăturii.

În toate celelalte cazuri, ne rămâne ca singurul tratament logic, aplicarea legăturii.

Anel în 1710, chirurg frances ce exercita la Roma, a pus în practică această metodă.

Dar mai ales Hunter, prin practica sa, a vulgarizat metoda, cotropindu-i și numele.

Din spirit de naționalitate, Francesii numesc această metodă a lui Anel; iar Englezii a lui Hunter, metodă care constă în a aplica legătura pe artera așezată d'asupra anevrismului.

Există o altă metodă cu totul diferită, și care constă în a aplica legătura de desubtul sacului, ceia-ce formeză metoda lui Wardrop sau a lui Brasdor.

Metoda lui Anel și Hunter este cea mai întrebuițată. Discuția însă s'a făcut în ceia ce privește distanța la care trebuie aplicată legătura.

Desault făcea legătura imediat d'asupra sacului; Hunter însă temându-se de alterațiunea părților arteriale, precum și de inflamația sacului, punea legătura mult mai sus; iar scarpa se depărta în mod colosal, făcând de exemplu pentru anevrismul popliteu legătura femorală sub arcada lui Faloppe.

Noi susținem că în cazuri de anevrisme traumatiche putem aplica legătura chiar imediat d'asupra sacului, părții săi fiind în general sănătoși; pentru cele spontanate însă, ne vom ridica mai sus, făcând legătura la primul loc de elecție ce imediat urmează. Ast-fel, pentru anevrismul popliteu, legăm femorală la inel; iar pentru anevrismul cōpsei, legătura o vom face în triunghiul lui Scarpa.

Grație mijloacelor antiseptice și cunoștințelor precise de anatomie, metoda acesta e cel mai sigur, fără a se însoți de emoragii sau gangrene, lucruri ce se observa în vechime, și cari de sigur erau în legătură cu infecția plăgei.

Une-ori cu totă legătura, punga anevrismală încă continuă a bate, fie imediat sau după câte-va zile; dar acesta e rezultatul desvoltării circulațiunei colaterale dar care cu timpul, orificiile sale

ce se deschid în sac astupându-se, vindecarea anevrismului încă e asigurată.

*Metoda lui Brasdor* se bazază pe aceea, că aplicând legătura sub sac, producem o pungă unde sângele stagnând, se coagulează și finește în cele din urmă prin transformarea sea în coaguli activi, a astupa anevrismul, cu totă sosirea sângelui prin capătul central.

Acastă metodă de și părăsită, se poate însă aplica când prin sediul anevrismului e imposibil, sau excesiv de greu a face legătura d'asupra. Ast-fel în anevrismul sub-clavierei, carotidei etc., în loc de a lega trunchiul brachio-cefalic, facem legătura axilare sau sub carotidă. Resultatele în general însă sunt rele, căci anevrismul continuă a crește în porțiunea sea superioară, precum a fost un cas al lui Rigen din Amsterdam în care, după legătura carotidei primitive, s'a dezvoltat un anevrism aortic.

În această metodă sunt mai multe procedee: a) procedeul lui Brasdor și Deschamps în care legătura se aplică imediat sub sac, întrerupând ast-fel orice circulație colaterală; b) procedeul lui Wardrop în care se lăgă numai una din bifurcațiuni, și încă mai jos de colaterale; c) procedeul lui Fearn în care se lăgă ambele bifurcațiuni, respectând însă colateralele ca în Wardrop.

În figurile 121, 122, 123, 124, 125, 126 se pot vedea diferitele metode și procedee de cari am vorbit.

*Metoda dublei legături* ce constă în a pune legătură atât d'a-

Diferite metode și procedee de legături arteriale în anevrisme.

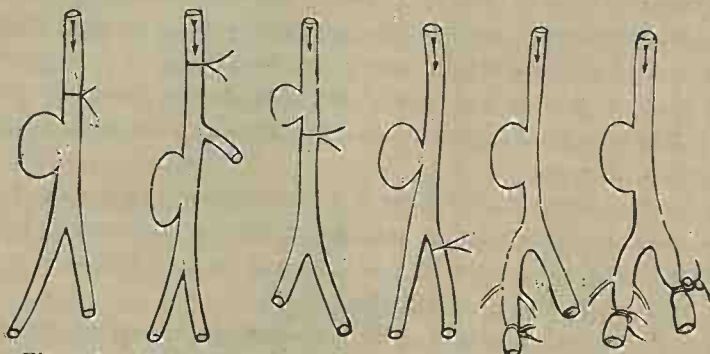


Fig. 121.

Anel.

Fig. 122.

Hunter.

Fig. 123.

Brasdor.

Fig. 124.

Wardrop

Fig. 125.

Fig. 126.

Fearn

supra cât și sub sac, de și rațională, dar e de prisos; se poate aplica însă la anevrismele arterio-venose.

Legătura arterială este de sigur ultima metodă contra anevrismelor, fără însă a fi o metodă radicală, ce nu se poate atinge de cât prin extirparea sacului, cunoscută în Franța sub numele de metoda lui Purmann.

Delbet, Trelat, Molière și alți chirurgi, susțin această metodă ce se face fără legătură prealabilă.

De sigur, dacă tumora e mică și fără aderențe, extirparea evită or ce tēmă de emoragie, inflamație sau gangrenă; dar aderențele tot-d'auna sunt așa de întinse, în cât or ce încercare de extirpare devine imposibilă.

Am publicat prin D-nu Pucerea, în revista de medicină și chirurgie practică, jurnal sub conducerea studenților, în 1892, două cazuri de anevrisme, și mai posed încă unul, pe cari le-am tratat prin o metodă mixtă care constă a aplica mai întâi o legătură arterială d'asupra sacului, iar după 10—12 zile procedez la deschiderea antiseptică a sacului, golirea lui și pansarea cavitației, prin bandelele imbibate în creolină. Resultatele sunt din cele mai satisfăcătoare.

## ANEVRISM ARTERIO-VENOS

Este rezultatul comunicărei unei arterii cu o venă printr'un orificiū, provenit în urma unei plăgi, sau în mod spontanat.

De aci două mari clase: anevrism arterio-venos de natură traumatică și patologică or spontanat.

Nu încape nici o îndoială că or ce instrument înțepător sau tăios, plăgele prin armă de foc etc., atingând de o dată aceste două vase, pot da naștere unui anevrism arterio-venos. Și când până mai acum câți-va ani, din cauza unor anumite credințe, omenii regulat își făceau venesectie, aceste anevrisme erau foarte frecvente, avându'si sediul la plica cotului. Dar chiar contuziunile pot avea acelaș efect.

În toate cărțile clasice se citéză cazul lui Nelaton ce a avut un mare rēsunset în lumea științifică, ridicând valoarea autorului în cel mai înalt grad. Este vorba de un individ, care primind o lovitură cu vârful bastonului de la umbrelă, în unghiul intern

al ochiului stâng, fu coprins mai târziu de niște fenomene alarmante, manifestându-se în special printr'o huretură în cap și imposibilitate absolută de a dormi.

Nelaton diagnosticăză anevrism arterio-venos, rezultat din comunicarea carotidei interne cu sinusul cavernos drept.

Cele spontanate sunt foarte rari.

Ele sunt mai tot-d'a-una consecutive, producându-se în următoarele două circumstanțe: sau că un anevrism arterial în contact cu o venă îi uzază pereții, și ast-fel prin perforație sacul se deschide într'însa; sau că o placă ateromatósă arterială, ajunge a perfora atât perețele arterial cât și al venei satelite, și de aci anevrism spontanat arterio-venos.

### Clasificație și varietăți.

I) Când nu există de cât o simplă comunicare între arteră și venă, fără nici o dilatație circumscrisă sau pungă pe axa vasului, se numește flebarterie simplă a lui Broca, sau varice anevrismală.

II) Când din contră există o pungă sau un sac, atunci avem anevrismul varicos sau arterio-venos propriu zis.

Aci, după poziția și formarea sacului, avem mai multe varietăți:

a) Dacă sacul e format din pereții vasculari, se numește anevrism varicos propriu zis, prin dilatație.

Dinsul este *simplu* când artera nu comunică de cât cu o venă, iar dublu dacă comunicarea e cu ambele vene vecine deopotrivă dilatate, numit încă anevrismul lui Parck (din Liverpool).

III) Dacă sacul nu e format din pereții vaselor, ci din condensarea țesuturilor vecine, se numește *anevrism varicos inkistat*. Și se numește varicos inkistat arterial sau venos, după cum sacul aparține vasului arterial (anevrismul lui Rodrigues) or venos. Iar anevrism inkistat intermediar, este când sacul de nouă formație se desvoltă între arteră și venă.

Ca excepțiune se citéză un cas al lui Larrey, unde într'o cavitate chistică se deschidea ambele capete a arterei poplitee și numai capătul central al venei; cel periferic fiind obliterat.

Terrier a arătat o arteră ce se deschidea în sac și din care eșia la partea anterioră o arteriolă și o venulă.

În figurile 127, 128, 129, 130, 131 luate din Malgaigne, se pot vedea diferite tipuri de aneurisme arterio-venose.

Diferite modeluri de aneurisme arterio venose.

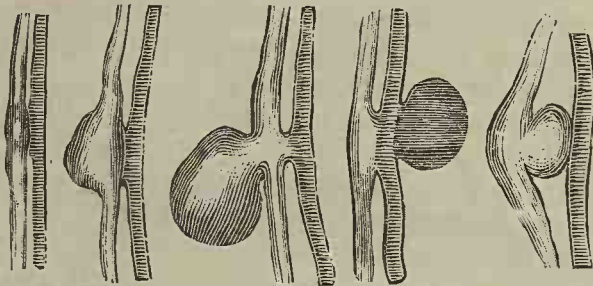


Fig. 127 Varice aneurismală  
Fig. 128 Aneurism varicos, dilatație simplă a venei  
Fig. 129 Aneurism varicos cu Kist venos  
Fig. 130 Aneurism varicos cu Kist arterial  
Fig. 131 Aneurism varicos cu Kist intermediar

**SIMPTEME.** Ca și în cel arterial, aneurismul arterio-venos e și mai insidios. O dată însă constituit, semnul cel mai de căpetenie este o frecare vibratorie continuă, ce se percepe atât cu urechia cât și cu mâna. Acest *thrill* se deosebete de cel arterial că nu are mișcările sacadate conrespunzând cu bătăile pulsului, ci sunt cu totul neîntrerupte, asemănându-se cu un sgomot de rotă, cu un sgomot produs de un roi de albine, sau mai propriu cu sgomotul de sfărléză, de móră, or cu sforăitura de pisică (când tórce!).

Tóte opiniunile emise la aneurismul arterial s'aú invocat și aci.

Dupé Breschet, acest sgomot este continuă din cauza dublei circulații ce se face în sac: sângele trece din arteră în venă și apoi din venă în arteră.

Dar experiența și teoria nu admit acest lucru, știut fiind că tensiunea arterială e mult mai mare ca cea venosă unde e aproape negativă; și ast-fel fiind, sângele arterial singurul póte străbate și produce un sgomot, iar cel venos sub nici un cuvânt.

O explicație satisfăcătoare încă nu am găsit. Am putea însă susține două ipoteze.

Sgomotul e dublu și continuă din cauză că sângele, dupe ce străbate în sac în timpul sistolei ventriculare și produce primul sgomot, imediat ce artera la rîndul ei întră din diastolă în stistolă, încă mai pôte trimite sânge în sac, tensiunea venosă rămîind tot-d'auna cu totul inferiôră celei arteriale; de aci al II-lea sgomot, adevărat mai slab, mai dulce, dar suficient pentru a fi perceput și a da acel sgomot saū suflu neînterupt, prin aparițiunea sea imediată dupe primul.

Am putea încă invoca că sângele arterial străbătând în venă, dînsul nu remâne închis într'un sac necontractil ca în aneurismul arterial pur, ci continuă a progresa în sistemul venos, cu atît mai mult cu cît, dupe cum îndată vom vedea, pârreții venoși devin îperthroși, și decî capabili de a ajuta progresiunea sîngelui în vene. Prin urmare, sgomotul întâi provine din intrarea sîngelui arterial în vene, găsînd o presiune mică; iar al II-lea sgomot, provine din continuarea circulației sîngelui din sac în sistemul venos.

Un fenomen iarăși de mare importanță este următorul. Am arătat la aneurisme că tensiunea sanguină e mare d'asupra sacului; lucrul însă este invers în aneurismul arterio-venos, fapt constatat în mod indubitabil de experiențele lui Marrey. Și acesta se pôte deduce fôrte ușor, prin aceia că sângele trece d'adrechtul în vene printr'un orificiū mai mult saū mai puțin larg.

Și cu tôte acestea, tensiunea de și mică, arterele însă se dilată în mod colosal. Ast-fel Broca, a arătat un aneurism arterio-venos al plicei cotului, unde artera umerală căpătase volumul unei aorte.

Cum se esplică acestă dilatație în aparență contradictorie cu micșorarea tensiunei?

O mică reflexiune: Este știut că tunicele arteriale nu se hrănesc în acelaș mod: alimentația celei externe se face prin vasa vasorum, iar cea internă și chiar medie prin imbibițiune, luându'si alimentele necesare din sângele ce circulă în vas. Dar pentru ca o asemenea imbibițiune să se facă în mod util și normal, se cere ca tensiunea să fie și dânsa suficientă, căci imediat ce se va micșora, nutrițiunea tunicelor se va găsi în suferință.

Și rezultatul unei asemenea nutrițiuni insuficiente este dege-

nerescența, slăbirea păreților, impregnarea lor cu țesut mucos, ce le fac incapabile de a rezista, dilatându-se ast-fel în urma celei mai ușore tensiuni.

Deci, dilatația arterială în aceste aneurisme este o dilatație de slăbiciune, o dilatație pasivă.

Nu tot ast-fel se petrec lucrurile cu venele așezate d'asupra sacului.

Acestea sunt în adevăr dilatate, dar în mod activ, prin îngroșarea păreților săi, printr'o dezvoltare mai mare de fibre musculare; și acesta fie din cauza unei cantități mai mari de sânge ce conțin, fie din contactul lor cu sângele arterial mult mai bogat în elemente nutritive. Or cum ar fi, faptul e constant; ba încă această hipertrofie e așa de mare, în cât venele ne presintă pulsațiuni întocmai analoge cu cele arteriale.

Venele de sub sac devin varicóse și cu flexuosități din cele mai caprițioase, lucru ce se esplică foarte ușor prin prezența pungei aneurismale, care aducând o genă în circulația de întórcere a sângelui, avem tot ce ne trebuie pentru dezvoltarea varicelor. Și acest obstacol póte fi împins și mai departe, grație următoarei împrejurări. Sângele intrat din arteră în venă, are tendința a trece din sac și a se ridica în sus, de óre-ce în capătul inferior al venei nu póte strebate din cauza prezenței valvulelor. Dar cu timpul, sângele presând mereu pe capătul inferior, reușește în cele din urmă a învinge rezistența primei valvule, ceia ce de sigur mărește dificultatea circulației.

Și daca ne închipuim o victorie progresivă a sângelui, atunci vom avea treptat umplerea capătului inferior al venei, și cu dinsa obstacolul circulației împins la maximum, ale cărei consecințe sunt ușor de prevădut.

Cele alte simptome sunt aprópe aceleași ca și în aneurismul ordinar, dar mai puțin intense. Un lucru trebuie notat, că în aneurismele arterio-venóse nu avem coagulii activi, și deci nu putem spera la o vindecare spontanată. În plus însă, dînsul e mult mai benign putând rămâne staționar 10—15 ani, bolnavii viind la medic mai mult pentru diferite turburări trofice de cât pentru bóla însăși.

**DIAGNOSTICUL** este în general ușor de pus, avênd în vedere simptomele ce sunt diferite de ale aneurismului simplu, sau aneurismul cirsoid pe care îl vom vedea.

**TRATAMENTUL.** Singurul ce putem întrebuința în afară de operație, este metoda lui Vanzetti, ce constă într'o compresiune directă asupra sacului, însoțită de compresiunea digitală a arterei d'asupra sacului.

Prin compresiunea directă, respingând sângele din sac obținem un anevrism arterial, pe care apoi prin compresiunea indirectă căutăm a'l astupa ca pe cel ordinar.

Iar singura operație e quadrupla legătură: ambele capete arteriale și venoase, însoțite apoi de deschiderea și extirparea sacului; operație de sigur din cele mai dificile, iar câte o dată imposibil de practicat.

### Anevristm cirsoid.

Bolă cunoscută încă de I. Bell, ce o numia anevrism prin anastomosă, ar fi după Terrier tot *un anevrism, dar însoțit de o dilatație și lungire a trunchiurilor, ranurelor și ramusculor unui întreg teritoriū arterial*. Anatomia patologică însă a arătat, că acest anevrism nu e limitat numai în sistemul arterial, de ôre-ce tumora se însoțește și de o dilatație a capilarelor, venulelor și chiar venelor de calibru mare din jurul tumorei.

Sediul este capul, mâna, gâtul, urechia etc. și mai tot-d'una recunosc ca punct de plecare un nevus matern, o mică tumoră erectilă, sau și un simplu traumatism, or cicatrice așezată mai ales pe pielea capului.

**PATOGENIA ȘI SIMPTOME.** Toți autorii sunt de acord, și în special Broca și Virchow au arătat că un mic angiom ce reprezintă o tumoră formată prin dilatația totală de mici arteriole venule și capilare, este punctul de plecare al anevrismelor cirsoide. În urma unui traumatism, și mai ales în urma iritațiunei produse de peptene în timpul toaletei, or a unor tăeturi de briciu, angiomul fiind la față, tumora începe a crește, transformându-se ast-fel într'un mic anevrism arterio-venos.

Și ast-fel fiind, consecințele vor fi analoge, grație desichilibrului tensiunei sanguine ce am arătat.

De aci urmază că toate vasele aferente tumorei, și deci arterele se vor dilata, se vor subția producând acele flexuosități enorme; iar vasele aferente, adică venele se vor dilata și ele prin iper-



trofie, dând același rezultat de cordóne încolăcite, putându-se întinde la distanțe foarte mari.

O dată confirmat, anevrismul cirsoid ni se presintă sub aspectul unei tumori de volum variabil, neregulat, cu ridicături și cu pulsațiuni caracteristice, putând fi reductibilă și oferindu-ne aceleași sgomote și suflu intermitent sau continuă, propriu anevrismului.

Leziunile de învecinare iarăși sunt identice, putând observa chiar distrugerea óselor craniului, precum și diversele fenomene trofice.

**DIAGNOSTICUL** în general ușor, dându-se sediul, patogenia și dilatațiile vasculare.

**TRATAMENTUL**, ca și pentru anevrisme; când e posibil vom întrebuința injecții coagulante sau extirparea tumorei.

### Dilatația serpentină a arterelor.

Formeză mai mult o curiositate medicală de cât o bólă chirurgicală.

Dânsa e fiziologică la bătrâni, sau consecința unei obliterațiuni a arterei principale, în care cas, tot segmentul inferior ca și ramurile colaterale cresc enorm de volum, însoțindu-se și de ipertrofia păreților săi.

De aci două varietăți:

Dilatație serpentină fiziologică, și dilatație serpentină ipertrofică sau mecanică.

---

## CHESTIONAR

---

Considerațiuni generale asupra arterelor. Formarea trombusului ernostatic în plăgile arterelor. Emostasa provisorie și definitivă.

Diviziuni dupe constituția sacului, dupe cauze, întindere, forma sacului, sediū, etc. Etiologia. Rolul traumatismelor, etatea, sexul, rasa. Alterațiunile țesuturilor vecine.

Mecanismul formării coagurilor activi și pasivi. Rolul lor. Diferite teorii.  
Teoria lui Wardrop, Bellingham și Broca; teoria lui Richet și Lefort.  
Influența anevrismului asupra circulației locale și generale.  
Mersul și diferite complicațiuni. Simptome. Semnele patognomonice. Mecanismul trilulului. Teoria lui Broca, Richet, Chauveau.  
Tratamentul. Diferite Metode și procedee. Anel, Hunter, Brasdor etc.  
Anevrisim arterio venos, Diviziune. Sgomotele și suflu. Teorii.



## CAP. XI

# LEZIUNILE VENELOR

## CONSIDERAȚIUNI GENERALE

Fără a intra în detalii mari, vom reaminti că venele, contrariu că arterele, posedă foarte mult țesut conjunctiv și foarte puțin țesut elastic și muscular.

Rolul lor este de a strânge tot sângele de la periferie spre a-l versa la centru, în cordul drept, prin mijlocul venelor cave superioară și inferioară.

Acolo unde sângele e silit să urmeze un drum în opoziție cu legea gravitației, venele, pentru înlesnirea curentului sanguin, sunt provăzute pe fața lor internă de niște indoituri numite valvule. Aceste valvule îndeplinesc funcțiunea unor supape mobile, ce se turtesc când sângele merge de la capilare spre cord, dar se desfac și se întind, imediat ce sângele ar avea tendința să revie către capilare. Cu modul acesta, venele prin valvulele lor asigură ascensiunea colonei sanguine, opunându-se însă în mod puternic contra or-cărei mișcări retrograde.

Valvulele venoase, asemănaute cu un cuib de porumbei, se găsesc lipite de perețele vasului, având fața concavă dirijată către cord, iar cea convexă către capilare.

Valvulele în general sunt dispuse în perechi, de unde și numele de valvule geminate, în opoziție cu valvulele solitare când nu există de cât una singură. E foarte rar a se observa trei valvule înserate pe același punct. Valvulele conțin fibre conjunctive, fi-

bre elastice și fibre musculare cu o direcțiune transversală, ocupând baza valvei.

Aceste valve, în punctul lor de inserțiune, produc un fel de strangulațiune a tunicei, strangulațiunii ce se manifestă prin injecțiunile venoase.

Grație acestor strangulații, inflamația venelor adică flebita, ne oferă ca semne caracteristice, prezența unor nodosități din distanță în distanță, cari nu sunt de cât indiciul punctului de inserțiune al valvei.

În vene, prin obicei, se descrie trei straturi săi tunici analoge cu acelea a arterelor.

Ranvier însă a arătat, că din aceste tunici, numai singură cea internă se poate distinge în mod clar, căci cea medie e imposibil a fi separată de cea externă. Deci în vene am avea în realitate numai două tunici: una internă și alta externă ce conține și pe cea medie.

Tunica internă, posedă ca și arterele, un strat de celule endoteliale, dar mult mai scurte și mai largi, având în același timp marginile sinuoase, trecând unele d'asupra altora. Dînsa e limitată de tunica externă printr'un strat fibro-elastic, identic cu membrana limitantă internă din arteră.

Tunica externă, separată de cea internă prin membrana elastică, conține elemente elastice, musculare și conjunctive.

Elementul elastic, plecat de la membrana limitantă internă, nu are dispoziția fenestrată ca în arteră, ci strebate pînă în țesutul conjunctiv sub formă de fâșii mai mult sau mai puțin groase, și cu o dispozițiune longitudinală.

Elementul muscular e foarte puțin pronunțat, așa în cât într'un mare număr de vene, el chiar lipsește cu totul. Când există, fibrele nu sunt dispuse transversal ca în artere, ci mai mult longitudinal. Și numai dupe prezența acestor fibre parcimoniöse putem bănui existența tunicei medie, a cărei subțime extremă a făcut chiar a fi scosă de la număr.

Cât pentru elementul conjunctiv, acesta sub formă de fâșii ondulate este extrem de abundant, așa că aproape el însuși constituie totă grosimea paretelui venos.

Cea-ce încă auz de particular venele, este o bogăție foarte mare de vase sanguine ce posedă în pereții lor. Acesta le face a fi predispușe mult mai ușor la inflamație ca arterele, precum

și la introducerea și străbaterea microbilor în interiorul lor. În adevăr, arteriile și venulele acestor vase străbat toată tunica externă, intrând până la membrana elastică internă, astfel că toată grosimea venei e larg irigată de vase sanguine.

Limfaticile și nervii au aceeași dispoziție ca în artere.

În figurile 132 și 133 luate din Testut se văd în mod clar valvulele și strangulațiile venoase.

În fig. 134 desemnată după natură de D-nul Tatusescu arată aceeași dispoziție de valvule.

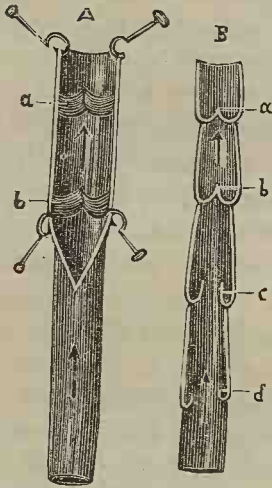


Fig. 132. Fig. 133.

Valvule venoase.

A. Uă porțiune de venă incisată în jumătatea sa superioară, pentru a se arăta două perechi de valvule. (a, b).

B. Tăetură schematică a unei porțiuni de venă practică în sensul lungimei pentru a arăta valvulele în stare de turtire (a, b) și în stare de ridicare (c, d).

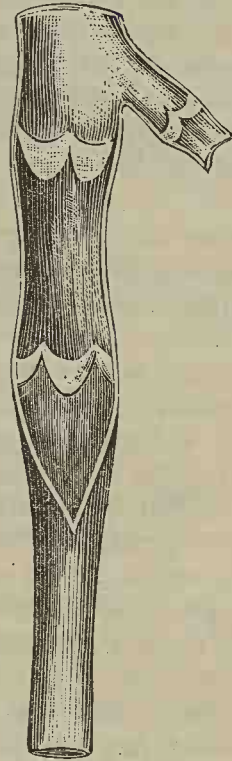


Fig. 134.

Vena femorală împreună cu safena. Secțiune pentru arătarea valvulelor. (originală).

## LESIUNILE TRAUMATICE ALE VENELOR

Aci există aceiași divisiune ca și la artere, adică plăgi prin instrument înțepător, tăetor, armă de foc, prin smulgere etc., oferindu-ne fie-care din ele leziuni penetrante sau nepenetrante, plăgi complete sau necomplete.

Ceia-ce e mai important în aceste plăgi, e producerea emostasei, care în plăgile prin instrument înțepător se obține în general foarte lesne în mod spontanat, fie prin revenirea părților în starea lor primitivă în urma elasticității, sau dacă plaga a fost ceva mai mare, atunci sângele se poate infiltra între tunica externă și țesuturile vecine, formând ast-fel un trombus prin care emostasa se obține.

În plăgile prin instrument tăios, emostasa se obține mai ușor în cele complete ca în cele incomplete, ca și pentru artere.

O venă complet secționată, grație prezenței valvulelor și cursului sanguin, emoragia nu vine prin capătul central ci prin cel periferic. În adevăr, valvulele redresându-se, sângele nu poate să se scurgă din extremitatea superioară a venei secționate, pe câtă vreme în cea-l-altă extremitate, sângele prin progresiunea sa ascendentă, turtind acele valvule, iese cu cea mai mare înlesnire, neavând nici o tendință a se opri în mod spontanat, putând ast-fel aduce chiar mărtea individului, dacă vasul deschis e de un calibru mai mare. Dar emoragie putem avea și din capătul superior, când de exemplu vena ar avea aderențe cu părțile vecine, fiind-o ast-fel deschisă; când de exemplu vena nu posedă valvule precum sunt: vena femorală, axilară etc., sau în fine când în apropiere de extremitatea sa deschisă, se deschide o altă venă colaterală sau anastomotică. — În toate aceste cazuri, emoragia poate să vie prin ambele capete ale venei secționate, contra căreia trebuie să recurgem la legătură, în tocmai ca și pentru artere.

În afară deci de aceste excepțiuni, capătul central al venei secționate, grație prezenței fibrelor elastice și musculare, a fibrelor transversale, dînsa se retractă și se contractă în același timp, astupând ast-fel calibrul vasului. În plăgile incomplete ale venelor, emostasa provisorie se obține în urma revărsării

sângelui în țesuturile vecine, unde coagulându-se formeză partea lată sau extremitatea grosă a unui dop sau cuiu, iar partea ascuțită se întinde, interpunându-se între busele soluțiunii de continuitate.

Rolul acestui coagul însă este cu totul pasiv și timporal, căci emostasa definitivă se face în urma proliferării elementelor pereților vasculari, elemente, cari în starea lor de nouă formațiune străbat coagulul pentru a trece la busa opusă, dând astfel naștere unei adevărate cicatrice; iar când nu există nici un spațiu între aceste buse, dinsele se pot lipi direct ca ori-ce plagă de țesut, ale cărei suprafețe sângerânde sunt puse în contact.

Când plaga este complectă, atunci avem iarăși un coagul sanguin ce ocupă primul spațiu până la o valvulă imediat vecină, și unde tot în urma unei proliferări a elementelor tunicei interne, emostasa definitivă se obține ca și în cazul precedent; dar pentru acesta se cere neapărat dezvoltarea unei ușore inflamațiuni venoase internă și externă, cu alte cuvinte a unei periflebite și endoflebite.

În ceia ce privesce simptomatologia, se resumă aproape într'un singur simptom, adică emoragia, asupra căreia nu vom insista, fiind deja tratată în primul volum.

### Complicațiunile plăgilor venelor.

1) Emoragia secundară. Acesta este precoce sau tardivă, după timpul aparițiunii, și în special după cum vine în urma emostasei provisorie sau definitive.

Infecțiunile plăgei și supurațiunile sunt factorii cei mai principali, cari distrug nu numai coagulul provisoriu dar și pe cel mai definitiv.

Aceste emoragii mai vin iarăși în mod tardiv în urma eliminării unei escare a pereților săi, produsă prin contuziuni sau plăgi prin armă de foc.

Flebita este o complicațiune foarte frecventă, ce poate să apară în urma ori-căreia plăgi septice sau rău îngrijite. Și când estensiunea este mare, supurația apărând, poate fi punctul de plecare al piemiei și diferitelor forme de septicemie.

O plagă interesând pe lângă venă și o arteră, avem o altă complicație dând naștere la un anevrism arterio-venos.

Dar una din cele mai mari complicațiuni a plăgilor venoase este *străbaterea aerului în vene*.

Acest accident s'a observat pentru prima dată de un chirurg în Franța în 1818, numit Beauchêne, care estirpând o tumoră voluminoasă a umărului, în momentul când a ferăstruit clavicula și căuta a ridica restul tumorii, de o dată a auzit o șuerătură foarte caracteristică, iar bolnavul abia putând să pronunțe cuvântul că sângele simte că-î cade în cord, la moment e coprins de o paliditate extremă, de un puls frecuent și neregulat, și după câte-va convulsii rămâne mort.

Lui Dupuytren s'a întâmplat același lucru, voind să estirpeze o tumoră din regiunea gâtului.

Nisce asemenea accidente erau foarte frecvente înainte, ast-fel că un autor Green în 1864 a reunit 67 de cazuri.

De atunci încôce aceste accidente au devenit din ce în ce mai rari, așa că abia până în 1885 s'a putut aduna 6 cazuri.

Se susține că introducerea mijloacelor de anestezie, permițând chirurgilor de a lucra mai încet și fără emoțiuni, permițându-le ast-fel a-și da bine seama de ceea ce fac, au micșorat aceste accidente atât de periculoase. Cu toate acestea, lucrul încă e posibil a se întâmpla, mai ales în condițiunile următoare:

Sunt anume regiuni, precum a gâtului, a axilei, unde venele fiind în conexiune de aderențe cu aponevrozele, în momentul când se secționază, densele nu se pot contracta, ci rămân deschise; și dacă mai adăogăm că aceste vene sunt lipsite de valvule, lesne ne esplicăm străbaterea aerului, care se face cu cea mai mare înlesnire, mai ales dacă bolnavul în acest moment execută și o inspirațiune profundă, în care timp, după cum șcim, producându-se un gol în torace, sângele venos se precipită cu înlesnire, ducând cu densusul o întregă colônă de aer. Același lucru se poate întâmpla la rigóre și la alte regiuni, coprinse de îndurarea și sclerosarea părților în urma inflamațiunii cronice.

Fenomenele ce rezultă din străbaterea aerului în vene, sunt pe atât de mișcătoare cât și brusc mortale.

Semnul cel mai principal constă în produțiunea unei șuerături prelungite, analogă cu cea produsă într'un recipient de la



mașina pneumatică, unde în urma unei găuri practică, aerul străbate cu violență și sgomot.

Imediat bolnavul este coprins de o paliditate extremă, de o dispnee intensă, respirație precipitată, laborioasă, bătăile cordului frecvente, neregulate, tumultuoase, puls mic, slab, imperceptibil, ochii fixi, pupilele dilatate; și dacă bolnavul nu este anestesiat, e coprins de o spaimă mare, și mai tot-d'auna, abia putând pronunța cuvântul că môle, rămâne ca și trâsnit. Casurile de supraviețuire după 24 de ore sunt cu totul rari; și încă și mai rari și excepționale sunt vindecările.

Autopsiile au arătat o cantitate mare de sânge spumos, și bule de aer în cordul drept și arterele pulmonare.

După unii, mórtea subită în această complicație ar proveni din producerea unor embolii arteriale foarte repeđi, prin aceia că aerul străbătând în cordul drept, de acolo trecând în plămâni prin arterele pulmonare și întorcându-se în cord prin venele pulmonare, intră în circulațiunea generală, producând în encefal embolii arteriale.

După alții, mórtea ar proveni printr'o ischemie bulbară, iar după unii numai prin asfixie, bulele de aer oprindu-se în venele pulmonare, sau în capilarele acestui organ.

Alți autori atribue mórtea la oprirea bruscă a cordului, produsă prin dilatațiunea mecanică a aerului grămădit în auriculul și ventriculul drept.

**TRATAMENTUL.** Primul lucru este de a preveni acest accident, luând toate precauțiunile necesare. În special bolnavul să fie bine adormit, pentru ca ast-fel respirațiunea să se facă în mod calm și încet. Vom evita secțiunile incomplete ale venelor, cari sunt mai periculoase ca cele complete; mai sigur este aplicarea unei legături prealabile simplă sau dublă.

Treves recomandă că plaga trebuie să fie tot-d'auna umedă, susținând că aerul străbate cu atât mai ușor, cu cât vena este uscată.

Practica chirurgilor vechi, care consta în a introduce o canulă în venă, pentru a scóte aerul, trebuie cu totul părăsită; ci să ne mărginim când accidentul s'a produs, a aplica imediat un deget pe venă, neridicându-l de cât în timpul expirațiunei.

Iarăși Treves recomandă presiunile pe torace în momentul

espirațiunei, prin care aerul s'ar putea espulsa, eșind chiar prin plagă sub formă de bule.

Unii mai recomandă și electricizarea, care lucrează mai mult asupra nervilor frenici de cât pneumogartiă.

O altă complicație mult mai rară, este străbaterea în vene de corpi streinî soliđi, ca óse de peșce, eschile osóse, etc., etc.

**DIAGNOSTICUL** plăgilor venóse este ușor, căci afară de casurî speciale arătate în primul volum, emoragia venósă se deosebesce ușor de cea arterială.

Vom fi atenți, în recunóșterea emoragiei arterio-venósă, când instrumentul ar fi atins ambele organe; precum iarăși vom deosebi prin lipsa pulsațiunilor și a sgomotului de suflu, o mare extravasațiune sanguină venósă, ce s'ar putea impune drept un anevrism fals primitiv.

Cât pentru prognostic, dênsul variază cu natura plăgei, felul secțiunei, calibrul vasului, toxicitatea plăgei și starea generală a individului.

**TRATAMENTUL** va fi puțin energic în deschiderea venelor mici, mărginindu-se precum practica zilnică ne arată, la ușóre compresiuni, loșiuni cu apă rece saũ căldicică, și la rigóre aplicarea unei pense emostatice, care în câte-va minute e suficientă a produce obliterațiunea vasului.

În plăgile complete, și a venelor de un calibru mai mare, adesea prin simpla compresiune putem opri ori-ce emoragie, fie chiar a sinusurilor cerebrale; iar la rigóre putem chiar lăsa pe loc o pensă emostatică în timp de 24 ore.

Când însă vasul e mare, atunci de sigur cel mai bun mijloc este aplicarea unei legături. — Malgaigne susține că tunicele venei nu se rup ca în artere, ci numai se îndoiesc și remân astfel lipite.

Astăzi însă este probat că tunica internă și medie se rup.

Un coagul se forméază în capătul periferic mergênd până la prima colaterală, și acest coagul după 7—8 zile trecênd prin aceleași fase ca și cel din artere, adică lăsându-se a fi străbătut de mugurî cârnoși, proveniți din inflamația tunicei interne, precum și de vase fine capilare, dînsul asigură emostasa definitivă.

S'a susținut de unii că legătura unui vas venos de calibru mare, precum ar fi femorală, póte provoca gangrena membrului,

prin edemul ce se desvoltă precum și gena circulatorie. De aceea, pentru a împiedica edemul prin venirea unei prea mari cantități de sucuri nutritive, unii autori și în special Gensoul în 1825, propunea legătura arterei. În practică acest principiu cu totul părăsit astăzi, de óre-ce circulațiunea venosă nu se póte cu totul întrerupe, fiind numărul enorm și anastomosele multiple.

În casurile de plăgi incomplete, aceiași conduită vom avea, în plus, că spre a păstra calibrul vasului, putem după cum Travers a recomandat, să facem numai legătura laterală, însă trebuie să scim că de multe ori emostasa definitivă neputându-se efectua, avem emoragii secundare.

## RUPTURILE VENELOR

Mai adesea se observă în urma marelor traumatisme și în special a plăgilor prin smulgere; dar putem avea și ruperi numai a acestor vase, fie în urma unui traumatism său în mod spontanat. O lovitură, o cădere, și mai ales tracțiunii forți pentru reducerea luxațiilor, pot produce ruperea venelor, cari prin cantitatea enormă de sânge vërsat, adesea s'aú luat drept ruperi de aneurisme, propuindu-se chiar sacrificarea membrului; pe când în realitate nu erau de cât simple ematome.

Ruperile spontanate vin în urma unui efort, a unei contracțiuni musculare violente, precum țipete, muncile în timpul facerei, cari la femei dau o bólă specială numită trombus al vaginului or a vulvei, provenit din ruperea venelor dilatate ale acestui organ, unde sângele se concentrează sub mucosă, formând uneori o tumoră fórte voluminosă.

Se cere însă pentru aceste ruperi spontanate o alterațiune prealabilă a venelor, și în special starea lor varicosă.

În adevër, la emoroidari, la fie-care efort de defecație urmază o scurgere sanguină provenită din ruperea unei vene varicóse; și iarăși acea bólă curiosă cunoscută sub numele de *coup de fouet*, caracterisată printr'o durere violentă în pulpa piciorului, făcând pe individ să cadă, și care mult timp a fost atribuită ruperii plantarului subțire, ađi s'a dovedit că nu e alt-ceva de cât rupere de vene varicóse, al căror diagnostic se stabilește tocmai pe acuitatea durerii și aparițiunea repede a unei tumori sanguine.

## FLEBITA ȘI TROMBOSA

Flebita este inflamațiunea unei vene.

Am arătat deja că aceste vase, grație dispozițiunii tunicelor și a capilarelor aflate în grosimea lor, ele sunt mult mai susceptibile de a se inflama de cât arterele. În adevăr, o venă ia parte la procesul inflamator din părțile vecine în mod aprópe constant; ast-fel nu există supurație mai prelungită fără ca flebita să nu apară, fiind punctul de plecare al septicemiilor.

Și cu atât mai ușor dinsa se va desvolta, cu cât focarul unde se găsește, sau instrumentul ce a produs plaga vor fi fost septic. Dar flebita se mai observă și în afară de traumatisme, ca în bólele generale grave ca: tifosul, scarlatina, septicemia, tuberculosa etc.

Se deosibesc trei feluri de flebite: *infecțioasă, constituțională și toxică*.

Dintre acestea cea mai importantă este cea dintâi. Flebita constituțională stă sub dependența stărilor diatesice, ca artritismul, erpetismul, sifilisul etc., se desvoltă încet ca și însuși diatesele de cari depinde. Flebita toxică ar veni în urma alcoolismului, saturnismului etc.; nu este destul de studiată, mai ales din punctul de vedere chirurgical.

Flebita și trombosa propriu zisă. — Discuțiuni foarte mari s'aũ făcut asupra legăturii ce există între aceste două afecțiuni.

În primul volum am arătat o bună parte a acestei chestiuni. Aci vom complecta prin următoarele considerațiuni.

Hunter este cel dintâi, care a susținut inflamațiunea pãreșilor venoși, arătând că toate complicațiunile plãgilor și prezența puroiului și a coagulilor sanguine nu sunt de cât rezultatul unei flebite. Acestă teorie a fost susținută de Dance și Cruveilhier, arătându-se că abcesele metastatice, infecția purulentă, nu sunt de cât rezultatul flebitei; și mai cu deosebire se susține acest lucru pentru esplicarea accidentelor septicemice venite la femei după facere, provenite toate în urma unor flebite ale uterului.

Era deci lucrul stabilit de inflamația primitivă a venelor, admițându-se și următórea divisiune deja dată de Hunter, de flebită supurată, ulcerată și adesivă; și că fie-care din aceste forme

dedeaŭ naşcere unei coagulaţiuni sanguine în interiorul vasului numit trombus.

Acéstă teorie a domnit până în 1856, când Virchow prin autoritatea sa răstórnă totul, susţinând că, coagulul său trombusul este factorul principal ce determină flebita, şi că toate cele-lalte alteraţiuni ale péréţilor sunt secundare, respingënd în acelaşi timp cu totul flebita supurată, care după dînsul nu este altceva de cât ramolirea şi degenerarea trombosului.

De aci cercetări fórte întinse asupra diferitelor cauze ce pot da naşcere acestui trombus, cauze găsite în slăbirea organismului de bóle generale grave; (trombosa de marasm, Vagner) în condiţiuni speciale de sediŭ al venelor şi degenerarea fibrelor sale musculare; în proprietăţile particulare ce capătă sângele de a se coagula cu înlesnire (inopexie), sau în prezenţa în sânge a unor substanţe cu proprietăţi coagulante (iperinosă) etc., etc. Teorii deja desvoltate în primul volum.

În toate aceste fapte se căuta a se învedera că părăţii venelor la început sunt cu totul intacti, cu totă prezenţa trombusului.

Cu toate acestea, Brucke a arătat că circulaţiunea venosă se póte întrerupe fără producere de trombus, dacă părăţii vasului sunt intacti. Ast-fel s'a aplicat două legături la óre-care distanţă pe o venă, şi nu s'a putut obţine nici o coagulaţiune sanguină; de îndată însă ce s'a determinat o iritaţie a membranei interne, imediat coagulul s'a produs în punctul alterat, întocmai ca pe un corp strein introdus în vas.

Cercetările bacterologice au lámurit chestiunea, arătând că toate trombusele spontanate sunt rezultatul intervenirei unor microbî, cari străbătând în interiorul venei, produc o inflamaţiune a tunicei sale interne, împrejurul căreia apoi sângele nu întârziază a se coagula, şi deci a forma cunoscutul trombus.

Ast-fel Hutinel în 1883 a arătat acţiunea micro-organismelor în producerea coagulelor sanguine ce se observă în urma fibrei tifoide.—Widal a arătat că edemul ce se observă la noile născute este rezultatul unei inflamaţiuni venóse, provocată prin copleşirea endoteliului său de streptococcus piogenes; iar Chantemesse a găsit bacilul lui Koch pe un tuberculos atins de flegmaţia alba dolens.

După cum vedem, revenim la teoria lui Hunter prin care se susţine că pentru producerea trombusului se cere mai întâiu o

flebită, dar care după principiile moderne e determinată de acțiunea microbilor.

Străbaterea acestor microbi se efectuează după Cornil și Babeș prin mijlocul capilarelor, cari aflate într'un focar de supurație, endoteliul lor se ramolesce, se tumefiază și prin urmare se lasă a fi străbătut de micro-organismele, de unde apoi pot străbate în vene, unde producând alterațiuni endoteliale provocă coagulațiunea.

Dar une ori agentul infecțios nu se opresce în locul unde a intrat, ci e târât de curentul sanguin oprindu-se ast-fel în locuri mult mai depărtate, dându-ne acele tromboze la distanță sau metastatice, ca de exemplu: flebită a membrelor superioare, consecutivă unor supurații a membrelor inferioare.

O dată trombosa stabilită, acțiunea sa poate să fie foarte limitată, mărginindu-se la o inflamațiune locală (flebită adesivă), în urma căreia coagulul plin de leucocite și globule roșii se străbate de burgeonii născuți din membrana internă, precum și de capilarele de nouă formație, cari cu timpul se substituie coagulului, ce căpătând ore-care aderențe cu vasul, ne esplică vechea credință de organizațiune a coagulului.

Dar alte dați, grație pululațiunii microbilor, acest trombus se poate desorganiza, lichefia și să intre chiar în supurație, producând flebita supurată, care colectându-se în abcese, poate produce ulcerarea și perforația vaselor, dându-ne ast-fel flebita ulcerosă.

În fine acest trombus neincetat isbit de curentul sanguin, se poate fragmenta, și bucăți dintr'insul fiind luate de torentul circulator intră în masa generală a sângelui, formând emboliile asupra cărora nu vom insista. Consecința acestei tromboze produce o boală specială femeilor parturiente precum și cașecticilor, cunoscută sub numele de flegmația alba dolens, care constă în obliterațiunea venei iliace primitive sau esterne or femorală, de care însă nu ne vom ocupa fiind de domeniul medicinei.

## DESPRE VARICE

**VARICE.** Se numesc varice sau flebectasii or ce dilatațiune permanentă a venelor, însoțită de alterațiunea păreților săi.

Varicele venelor cordonului spermatic se numesc varicocel, pe când emoroidele sunt varice ale venelor, anusului și rectului.

De și varice pot să existe în or ce regiune, dar sediul de predilecțiune sunt membrele inferioare. Varicele sunt superficiale și profunde, după cum afectează venele subcutanate, aponevrotice or musculare.

Mult timp s'a crezut că varicele încep prin a fi superficiale; Verneuil însă a arătat că tot-d'auna bóla începe prin venele profunde, așa că putem avea varice foarte înaintate, fără ca cu toate acestea venele superficiale să fie atinse.

S'a stabilit deci că varicele superficiale în mod sigur ne arată pe cele profunde, pe când lipsa lor nu este un cuvânt de neexistența acelorora.

Excepțiunile la această regulă sunt rari și chiar nu se admit. Varicele, pe lângă că determină o dilatație și lungire neregulată a venelor, formând acele flexuosități numeroase, serpentine și acele ampule cilindrice sacciforme etc., determină și alterațiuni destul de profunde în păreții săi, studiate deja de Briquet.

În primul grad vena este numai lărgită fără sinuosități, și grosimea pereților proporțională cu calibrul.

În al doilea grad avem dilatațiuni cu îngroșarea pereților ce devin tari, soliți ca și arterele.

În al treilea grad, îngroșarea nu este uniformă, ci prezintă aici coala puncte mai groase sau mai subțiri, dând naștere diferitelor flexuosități și dilatațiuni de forme și aspect foarte neregulat, însoțindu-se și de deformarea și chiar distrugerea valvulelor.

Cornil susține că îngroșarea păreților venei se datoresce ipertrofiei tunicei medie, începând prin partea sa cea mai internă, care este coplesită de un adevărat țesut scleros. Avem cu alte cuvinte o meso-flebită sau flebo-sclerosă.

După Epstein însă, procesul ar începe d'adrechtul din tunica internă, cu alte cuvinte ar fi endoflebita punctul de plecare iar nu mesoflebita, care treptat merge să coplesască și tunica medie.

Acésta ar forma al doilea grad; pe când al treilea grad ar consta într'o disparițiune aprópe completă a tunicei medie, pe-rețele venos devenind aprópe cu totul conjunctiv.

Une-orí între tunicele venei se depun concrețiuni calcare, transformând aceste vase în tuburí rigide formând flebolite; alte dáți vasa vasorum ia o desvoltare fóрте mare, producând nisce paquete flexunóse și incolácite, numite tumori varicóse; iar alte dáți în fine, tóte tunicele venóse sunt aprópe dispărute, și inlocuite cu țesut conjunctiv vecin, unde sângele infiltrându-se, forméză tumori cavernóse.

**Alterațiunea părților vecine.** Primul fenomen este producerea unui edem rezultat din jena circulațiunei. Acest edem prin compresiunea ce determină, provócă o inflamațiune cronică în țesutul conjunctiv, în urma căreia vasele contractéză aderențe și sunt atinse de o inflamație peri-vasculară. Acest proces din ce în ce mărindu-se, fixéză tóte părțile din prejur înglobându-le în acest țesut sclerosat și indurat, ce împedicând regulata lor nutrițiune, arteriolele se scleroséză, coagulațiuni sanguine apar, iar nervii se copleșesc de nevríte intersticiuale.

Pielea este și dènsa profund alterată, glandele sudoripare, sebacee, sunt sufocate prin străbaterea în corion de celule embrionare, carí se infiltreză saú se adună în mici grupurí. Papilele nervóse de asemenea sunt sclerosate, umflate, ipertrofiate, aducând diferite perturbațiuni în sensibilitate. Aponevrosele, muschii, tendónele coprinse de acest țesut sclerotic sunt impeditate în funcțiunea lor, de unde degenerescentă musculară granulo-gresósă.

Arterele sunt și ele sclerosate, dar tóte aceste lucrurí le-am studiat destul de pe larg în primul volum la capitolul ulcere.

Quenu s'a ocupat mult de alterațiunile nervilor în varice, studiind nervii la distanță iar nu imediat în jurul unui ulcer saú varice. Dènsul a constatat o dilatație a venelor nervilor însoțită de o ipertrofie a țesutului conjunctiv peri-fascicular, mergând chiar până la o sufocare a țesutului nervos, printr'o sclerosă extra și intra fasciculară.

În primul grad lesiunea ar consta în prezența între fășile primitive de venule dilatate, împrejurul cărora țesutul conjunctiv este mai dens și mai abondent, iar celulele gresóse formedă ici colea grămeđi mai considerabile de cât în starea normală.

Intr'un grad mai înaintat, aceste producăuni de nouă forma-



ție mărindu-se, fâșiile nervoase se depărtază unele de altele, iar în ultimul grad procesul sclerotic atacă chiar fâșia primitivă. În cazul precedent avem nevrită peri-fasciculară, iar în ultimul nevrită intra-fasciculară.

Concluziunea lui Quenu este că, leziunile nervoase provin din dilatațiunea varicosă a venelor nervilor, și că degenerarea nervoasă ce aduce după sine diferitele dureri, nu e rezultatul compresiunii, ci al alterațiunilor nutritive în urma suprimării funcțiunii venelor sale.

**ETIOLOGIA.** Este stabilit că etatea adultă este cea mai predispusă. La copii nu există varice de cât în mod congenital, iar la bătrâni iarăși se observă foarte rar.

Bărbații, probabil din cauza profesiunilor, sunt mai des atinși.

În fine, ereditatea jăcă un rol foarte mare.

Dar toate aceste lucruri le-am studiat deja în primul volum.

Patogenia varicelor, exceptând vechea teorie umorală, prin care bóla se explica prin sângele melancolic al indivișilor (A. Paré), astăzi se susține teoria mecanică și cea anatomo-patologică.

Prin teoria mecanică, Delpuch, Briquet, Gerdy etc., explică varicele prin simplul fapt al obstacolelor aduse în circulația venoasă, obstacole dintre cari unele sunt chiar inerente sau intrinsece, știut fiind că presiunea colónci sanguine venoasă merge crescând de la extremități la centru. Este iarăși știut că circulația venoasă e foarte mult influențată în activitatea sea, prin contractiunile musculare. Dar la ómenii cu profesiuni ce'i reclamă a sta în picióre, mușchii necontractându-se, circulația se va face cu greú, mai ales că venele traverséză inelul fibros al solearului, ceia ce mărește obstacolul. În urma acestei mari presiuni, neapărat că venele se vor dilata, vor deveni varicoase (Marey).

Dar în urma dilatațiunii, vasele nutritive ale venelor sunt și ele comprimate, și deci schimburile nutritive se vor face mai cu greú, și de aci zice Quenu, urmédă alterațiunile păreșilor venei, ce constitue adevăratul caracter al varicelor.

Alți autori între cari Lancereaux și Rienzi, susțin că patogenia varicelor depinde de o alterațiune a sistemului nervos, probă nevralgiile, migrena, ipochondria ce preced sau însoțesc varicele.

În special Rienzi, susține că mecanismul se produce în urma unei paralisiș a vaso-constrictorilor, în urma căria vine o ipere-

mie în pãreții venelor ce cu timpul degenerã în flebitã, aducând cu dânsa alterațiunile deja cunoscute.

În resumat, cauzele varicelor sunt multiple ; și din acest complex de compresiuni, arterio-sclerosã, turburãri trofice, diatesa reumatismalã etc. rezultã aceastã afecțiune de varice, ce mai adesea e sub influența unei cauze generale de cât locale, ceia-ce și explicã incurabilitatea sea.

**SIMPTOMELE.** Când varicele devin aparente la suprafața pielei formãzã flexuosități, pãchete, și chiar tumori cari printr'o compresiune metodicã se pot reduce ; une-ori ele sunt dure în urma coagulilor sau depositelor cretacee.

Când nu sunt aparente, simptomele constau într'o greutate în membru, în oboselã, ușor edem, și unele dureri vagi ce se continua cu trajectul cunoscut al sciaticului ; dureri mai manifeste la presiune de cât în mod spontanat.

Verneuil atribue aceste dureri la compresiunea ce determinã venele dilatate asupra firelor nervoase, pe când Quenu la propagarea procesului inflamator al venei direct la nerv.

Cele alte alterațiuni trofice le-am arãtat la ulcere în vol. I.

**PROGNOSTICUL.** E fôrte serios, cãci varicosul e susceptibil de or-ce complicație inflamatorie.

Ast-fel flebita e fôrte des observatã ; și e cu atãt mai gravã cu cât a intervenit un agent septic.

Vin apoi emoragiile externe sau interne prin ruperea vaselor, erupțiunile de eczemã, și în fine ulcerele ce nu se mai vindecã.

**DIAGNOSTICUL.** În general e fôrte ușor, mai ales când sunt manifeste la exterior. Se atrage atențiunea a se deosebi ampula-varicosa a safenei interne cu deschiderea sea în femoralã, de o ernie cruralã.

Când varicele nu sunt aparente, nu ne remãne de cât dispařițiunea tutulor fenomenelor prin repaus și poziția orizontalã, ceia-ce exclude nevralgiile, sciatica și diferite alte tumori ale fosei poplitee.

**TRATAMENTUL.** Tot-d'auna va fi paliativ, cãci or-ce am face, varicele nu se pot vindeca ; pe de o parte cã e o bõlã generalã, iar pe de alta cã nu e o causã ci un complex de factori ce contribuie la desvoltarea sea.

Deci igiena și compresiunile metodice sunt singurele mijlõce, cu tõte greutateãile ce le însoțesc. Se recomandã mult în Franța

întrebuințarea la interior de extract fluid de Hamamelia virginică în doza de 3—7 grame pe zi. Dați continuă acest medicament chiar și în emoroide dar fără rezultate definitive.

1) *Legătura* expusă or sub-cutanată (Home) iar Herapath recomandă debridarea inelului fibros al solearului.

2) *Denudarea* simplă și trecerea pe sub venă a unei sonde canelate sau bandetele de tifon, când vena ast-fel expusă se usucă (Rigaud).

3) *Excisiunea* unui segment între două legături (Steele, Schede, Madelung). Dar toate aceste intervențiuni sunt aleatorii de ôre-ce tot-d'auna avem recidive.

Deci numai în casuri de emorații mari sau dureri, putem dupe Quenu se recurgem d'adrechtul la extirparea tumorilor varicoase, respingând cu totul injecțiunile intra-venose de substanțe caustice, cari în loc de a ne da coagularea, obținem embolii și flebite acute, ce devin unul din cele mai mari pericole pentru bolnav.

## CHESTIONAR

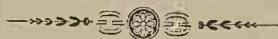
Constituția anatomică a venelor. Plăgile venelor. Obținerea emostasei provisorie și definitivă.

Complicațiile plăgilor venose. Emoragia. Flebita. Străbaterea aerului în vene. Istoric, mecanism. Condițiuni anatomice. Simptome, tratament.

Rupturile venelor. Cause. Consecințe.

Flebita și trombosă. Diviziune: infecțioasă, constituțională și toxică. Teoria lui Hunter. Virchow, Brucke, teoria bacteriologică.

Varice. Definiție. Diferite grade. Cause. Alterațiunile părților vecine în varice. Tratamentul. Diferite metode.



## ERATA

---

Pag. 73	In loc de	distingerea . . .	să se citească	distrugerea
" 93	"	nolli . . . . .	" "	noli
" 100	"	copilare . . . . .	" "	capilare
" 102	"	saü guinolentă. . .	" "	sanguinolentă
" 102	"	rareflantă. . . . .	" "	rarefiantă
" 109	"	evaluéză . . . . .	" "	evoluéză
" 111	"	oceþiune . . . . .	" "	acþiune
" 171	"	stabilit . . . . .	" "	slăbit
" 207	"	astritice . . . . .	" "	artritice
" 246	"	amputelor . . . . .	" "	ampulelor
" 248	"	Bouilland . . . . .	" "	Bouillaud
" 250	"	intensitatea . . . .	" "	intimitatea
" 251	"	venósă. . . . .	" "	vinósă
" 285	"	puini . . . . .	" "	puni
" 287	"	reparate . . . . .	" "	reparaþie
" 306	"	meosomioschismă. .	" "	mesomioschisma
" 336	"	luminóse . . . . .	" "	laminóse
" 354	"	pricepem. . . . .	" "	percepem

---

## CHESTIONAR GENERAL

---

Definiția bôlelor virulente și a tuberculosei. — Caractere. — Inoculabilitate. — Istoricul tuberculosei: Laennec, Villemain și Koch.

Teoria unicistă. — Teoria dualistă. — Obiecțiuni și debateri.

Esperiențele lui Villemain confirmate de Chauveau, Débove etc., combătute de Conheim etc.

Esperiențele lui Hippolyte Martin; confirmarea lor prin esperiențele lui Conheim convertit.

Descoperirea bacilului de Koch. — Istoric. — Caracterele bacilului și a culturai sale. Caracterele sporelor și rezistența lor. Diferite esperiențe. — Relațiunea virusului tuberculos în raport cu bacilii. — Esperiențele lui Straus și Gamaleia; Concluziunile lui Kostenitsch.

Revendicările diferiților autori asupra bacilului lui Koch, precum și esperiențele contradictorii acestei descoperiri: Baumgarten, Spina Klebs, Babes, Malassez și Vignal etc. — Pseudotuberculosa.

Căile de invasiune a tuberculosei.

I. Calea respiratorie; esperiențele lui Tappeiner, Giboux, Smith, Williams. Observațiunile lui Cadéac și Malet în privința acțiunei pulverisării fine a materiilor tuberculóse. Modul de acțiune a bacilului introdus pe acéstă cale; legea lui Tangl, aplicațiuni clinice confirmând legea lui Louis.

II. Calea digestivă. Esperiențele lui Chauveau și Paoli, Gerlach, Klebs, Semmer, Martin etc.

III. Calea sanguină. Origina tuberculosei miliare; opiniunea lui Arloing.

Diferite esperiențe și observațiuni clinice în favórea inoculațiunei prin căile limfatice. Caracteristica tuberculosei limfatice stabilită de Lesage și Pascal. — Deducțiuni clinice.

Transmisiunea tuberculosei prin căile genitale; — Opiniuni diverse. Esperiențele lui Cadéac, Malet și Trasbot.

Factorii ce provăcă infecțiunea organismului prin bacili: Exaltațiunea virusului și terenul individului.

Ereditatea tuberculosei. — Diferite chestiuni: eredo-tuberculosa și eredo-predispoziția. Cercetările lui Landouzy și Martin precum și experiențele lui Courmont.

Diferite chestiuni relativ la ereditate prin mamă ori tată tuberculos; discuțiuni și opinii diverse.

**Anatomia patologică.** Foliculul lui Köster; compoziția sa. — Origina celei gigantice. — Teoria lui Tripier.

Evoluția și efectele degenerării sau transformării fibróse a foliculului tuberculos. — Rolul zonei embrionare.

**Tratamentul.** — Intervențiuni chirurgicale în raport cu legea lui Louis. — Precauțiunile înainte, în timpul și după operație ce trebuiesc luate. — Observațiunea autorului.

Tratamentul profilactic, considerațiuni.

Mijloce preventive contra eredo-predispozițiunei. — Aplicațiuni igienice.

Rolul tratamentului tuberculosei prin inoculațiuni cu scop de a aduce imunitatea.

Incercările lui Koch și Babeș. (Pag. 30).

Definiția abcesului rece. Definiția lui Boyer. — Anatomia patologică. — Sediul.

Părțile constitutive ale abcesului rece: I) Conținutul. — Caractere. — II) Paretele abcesului. — Aspectul. — Foliculul lui Köster și noduli primitivi. — Cercetările lui Lannelongue. — Explicarea membranei piogenice a lui Delpech.

— Factorii ce se opun la extensiunea abcesului. — Rolul zonei embrionare a foliculului tuberculos. — Fața externă a peretelui abcesului. Caractere. —

Transformațiune fibrósă, cretacee și vindecarea spontanată a abcesului. — Simptome. — Abcese reci intermitente, chistice și reziduóse.

Diagnosticul în raport cu goma sifilitică, furuncul, chist sebaceu.

Tratamentul chirurgical sau repede; tratamentul lent prin punctiuni, injecțiuni deterșive etc. — Indicațiuni. — Diferite procedee în tratamentul chirurgical. — Opinia autorului. (Pag. 40).

Cărbunele. Diferite numiri. Istoric.

Cercetările lui Davaine și Rayer, Pollender, Koch și Pasteur.

Definiția cărbunelui. Descrierea bacilului. Caracterele sporei. Mediul favorabil al dezvoltării bacilului. Imunitatea păsărilor. Experiențele lui Pasteur și Straus. Experiențele lui Koch demonstrând puterea virulentă a sporelor. Aplicațiuni clinice. Contagiositatea cărbunelui de la om la om. Diferite probe: Jacobi și Neydig. Căile de introducere a bacilului în organism. Opinia lui Chausser. Faptele clinice. Inoculațiunea prin muște (Davaine).

Inoculațiunea prin căile digestive. Diferite experiențe ale lui Kock. Gaffky și Loeffler. Aplicațiuni practice și observațiuni clinice (casul lui Karlinski). Infecțiunea prin căile respiratorii. Experiențele lui Bühner. Opinia lui Straus. Bóla plápámarilor.

Anatomia patologică. Alterațiunea globulelor roșii. Ramolirea splinei și a altor viscere. Alterațiunea mucóselor și a seróselor precum și a țesutului conjunctiv. Simptome. Pustula malignă. Caracterele locale, evoluțiunea. Diferite període in număr de patru. Caractere.

Edemul malign. Caractere.

Micosa gastro-intestinală și pulmonară. Simptome și caractere.

Mecanismul morței. Opiniunea lui Pasteur prin desoxigenarea sângelui. Opiniunea lui Toussaint prin formarea de embolii pulmonare sau cerebrale. Obiecțiuni. Opiniunea lui Bollinger. Obiecțiunile lui Nencki. Teoria lui Chauveau, Hofa, Martin și Büchner.

Prognosticul și Diagnosa. Deosebirea între ectimă, furuncul și antrax.

Vindecarea spontanată.

Tratament profilactic. Inoculațiuni. Tratament chirurgical. Diferite metode. (Pag. 54).

Semnificarea tumorilor dupe cei vechi.

Divisiunea lui Galien: *tumores secundum naturam, supra naturam și praeter naturam*. Períoda lui Hunter și Bichat.

Prima clasificățiune a lui Laëncet în tumori omeomorfe și eteromorfe.

Teoria lui Broussais: iritațiunea organică. Numirea tumorilor de Abernethy și Boerhaave ca producățiuni de nouă formație sau neoplasm. Obiecțiuni. Concluzii.

Definiția lui Cornil și Ranvier precum și a lui Heurtaux. Obiecțiuni.

Definiția autorului.

Teoria lui Robin și Broca — blastem formator. — Obiecțiuni.

Legea lui Müller sau teoria de dezvoltare continuă.

Clasificarea lui Lebert.

Teoria lui Remak și Virchow. Deducțiuni.

Teoria lui Thiersch, Waldeyer și Bard.

Teoria embriologică. Obiecțiuni.

Teoria lui Conheim sau de inclusiune. Clinica în fața acestei teorii. Obiecțiuni diverse și ale autorului cu opiniunea sa.

Kariokinesa celulelor din tumori. Deducțiuni.

Opiniunea lui Le Dentu prin citodiereză desorientată. Concluziuni teoretice și practice.

Specificitatea tumorilor. Opiniunea lui Bard și Ziegler.

Teoria modernă parasitară. Istoric. Obiecțiuni.

Teoria localistă, constituționalistă și eclectică. Probe în sprijinul eredității tumorilor. Observațiunile lui Sir Jeames Paget și Broca.

Aptitudinea constituțională.

Clasificarea adoptată în acest tratat.

Clasificarea clinică în tumori benigne și maligne. Caractere și consecințe. (Pag. 82).

Tumori epiteliale. Definiție.

Tumori epiteliale tipice, atipice și metatipice.

Adenomele. Definiția lui Cornil. Discuțiuni teoretice și clinice. Opiniunea lui Butlin. Caracterele clinice. Sediul. Forma acinșoasă, tubuloasă și reticulată.

Epiteliom și carcinom. Considerațiuni generale istologice. — Istorical: Thiersch. Teorii asupra carcinomului: Lebert, Broca și Folin. Teoria lui Virchow. Teoria lui Waldeyer. Cercetările lui Malassez.

Epiteliom propriu zis. Diviziune.

Epiteliom stratificat pavimentos și epiteliom cu un singur strat de celule cilindrice.

Sediul. Specii: epiteliom pavimentos lobulat și tubulat.

Caracterele epiteliomului lobulat, dispozițiunea stratelor epiteliale, glob epidermic. Varietăți.

Epiteliom mucos cornat sau perlat.

Epiteliom pavimentos tubulat. Caractere și varietăți.

Epiteliom cilindric. Caractere și sediul.

Varietăți clinice a epiteliomelor; formă tuberă, ulceră și vegetantă.

Căile de infecțiune. — Prognosticul. Tratamentul.

**Cancer.** Definiție și caractere. Diferite specii și varietăți. Cancer encefaloid. Caractere. Varietăți: pultaceu, erectil, melanic, vilos și coloid. Cancer fibros sau schiros. Caractere. Varietăți. Cancer atrofic și în plastron.

Progresiunea Cancerului: I) Prin Kariokizisă, II) Prin extensiune discontinuă, III) Prin vasele limfatice, IV) Prin artere, V) Prin vene.

Caractere clinice: Consistența, pierderea elasticității pielii, desvoltare de vene, mers repede. Distrugerea tegumentelor, ihorul canceros, dureri, pierderea ganglionilor, flegmația alba dolens, Cachexie. — Carcinosa acută și Carcinosa miliară.

Diagnosticul. — Analisa sângelui și a urinei. Cercetările lui Lucke, Haimen și Quenguand asupra raportului emoglobinei. Cercetările lui Rommelaere și Thiriar asupra micșorării excrețiunii urei. Diferite opinii.

Pognosticul în raport cu diferitele forme de cancer.

Etiologia generală a epiteliomelor. Statistice. Ereditatea. Influența regimului animal sau vegetal, a sexului a ectopiei organelor.

Influența iritațiunilor cronice. Opinia autorului.



Patogenia epiteliómelor. — Teoria lui Thiersch și Conheim—Teoria parasitară. Probe clinice de auto-contagiune.

Probe experimentale. Experiențele lui Moreau.

Tratamentul chirurgical.

Inercările lui Mosetig și Moreau. (Pag. 111).

Tumori cu timp vascular conjunctiv. — Considerațiuni asupra țesutului conjunctiv, clasificare :

I. *Sarcóme*. Istorice. Definiție. Analogia cu mugurii cărnoși simpli. Distincțiuni. Cele trei tipuri principale ale sarcomului.

I-ul tip. Sarcom embrionar, caractere, dispozițiunea vaselor.

Al II-lea tip. Sarcom fasciculat, caractere, diferite sub-varietăți.

Al III-lea tip. Sarcom giganto-celular, caractere, sub-varietăți : sarcom osifiant, nevrogrie, angiolitie. Diferite degenerescențe : kistică, ipomatósă, melanică. Caractere și teorii diverse.

Caracterele clinice ale sarcómelor. Modul de infecțiune. Diagnosticul cu cancerul. Tratamentul pur chirurgical.

II. *Mixómele*. — Definiție. Caractere. Diviziune.

III. *Fibrómele*. — Definiție. Caractere. Diviziunea în tumori fibróse moi și tari. Fibroine moi numite și moluscum fibrosum. Caractere. Tumori fibróse tari sau fibroizi. Caractere. Teorii asupra celulelor fusiforme ce se găsesc în fibroizi. Caractere clinice.

IV. *Lipom*. — Definiție. Caractere. Patogenia ; teorii de exagerație a vaselor. Diagnosticul. Procedul Nelaton. Tratament. Precauțiuni speciale. Propunerea autorului.

V. *Endoteliom*. Definiție.

VI. *Chondróme*. — Definiție. Echondrose, enchondróme, perichondróme. Deosebirea între țesutul cartilagos din tumori și cel normal. Caractere clinice. Origina. Teoria lui Conheim.

VII. *Osteóme*. — Definiția. Diviziune. Exostose, enostose, odontome. Caractere clinice.

VIII. *Limfadenóme*. — Definiție. Limfadenie. Anatomia patologică. Limfadenie cutanată. Micosis fungoid. Simptome. Caractere. Diagnosticul. Opinia lui Butlin. Tratament. (Pag. 146)

Cap. III. Tumori cu tipul muscular.

*Mióme*. Definiție. Diviziune : rabiomióme și liomióme. Caractere.

Cap. IV. Tumori cu tip nervos.

*Nevróme*. Definiție. Diviziune. Nevróme ganglionare și fasciculate. Caractere. Nevróme mielinice și amielinice.

Cap. V. Tumori complexe. Definiție. Divisiune. Chiști. Definiție. Divisiunea lui Broca în chiști progeți și neogeni. Chiști progeți. Definiție.

Chiști prin retenție, chiști prin exudație.

Caractere. Chiști autogeni. Varietăți.

Chiști seroși, dermoizi și mucoși. Sediul chiștilor seroși. Considerațiuni anatomice.

Chiști dermoizi. Definiție. Caractere. Sediul.

Istoric: Meckel; teoria fetală; diplogenese; teoria lui Verneuil prin înclavarea unei porțiuni tegumentare embrionare.

Teoria lui Lannelongue; teoria lui Waldéyer.

Chiști mucoizi. Caractere. Sediul.

Angiome. Definiție. Divisiune.

Angiome simple și cavernose. Simptome.

Angiome difuze. Tratament: metoda atrofiantă, perturbatrice, distructivă.

Linfangiom. Definiție. Sediul, caractere. (Pag. 161)

Lesiuni traumatice și inflamatorii ale pielii. — Caracterele generale. — Divisiunea leziunilor traumatice. — Flictene. — Bătăturii. (Durilons).

Bătăturile propriu zise.

Măsuri preservative. — Tratamentul.

Lesiunile inflamatorii.

Furunculul. — Definiție. — Istoricul.

Teoria lui Dupuytren și Follin. — Teoria lui Gendrin și Nelaton. — Teoria lui Richet.

Observațiuni clinice. — Teoria lui Löwenberg, Cornil și Babeș. — Obiecțiuni. — Patogenia bacteriologică. — Microbul furunculului, analogia sa cu al osteo-mielitei.

Causele predispozante. — Rolul diabetului.

Probe de contagiositatea bolii. — Observațiile lui Trastour. Simptome — Perioada inițială, perioada de confirmare, perioada de supurație. — Caracterele fie-căreia din ele. Furuncul atonic și antracoid. Prognostic. — Diagnostic între o gomă, antrax etc.

Tratamentul. — Metoda lui Bidder, Verneuil. — Metoda actuală.

Antraxul. — Definiție. Istoric: Astruc, Boyer.

Opinia lui Follin și în special a lui Trelat. — Etiologia. — Microbul. — Caracterul contagios și virulent. Rolul diabetului.

Observații. — Obiecțiuni. — Simptome. — Forme clinice: Antrax circumscris și difus. — Caractere. — Prognosticul. — Diagnosticul. — Tratamentul. — Diferite metode. — Metoda cu Paquelin și avantajele sale.

Perifoliculita. — Sicosis.

Perifoliculita acminată. — Caractere.

Microbul.

Idrosadenitele. — Acnea. (Pag. 188).

Tuberculosa pielei. Considerațiuni.

Varietăți clinice. Forma ulceroasă și papilară. Diagnosticul diferențial cu sifilisul. Forma tuberă. Caractere.

Lupus. Natura sa tuberculă. Diferite cercetări. Varietăți clinice: Lupus tuberculos și eritematos. Sub-diviziuni: Lupus plan, terebrant sau vorace. Diagnosticul cu sifilisul și în deosebi cu cel ereditar.

Lupusul eritematos. Sub-varietăți.

Tratament.

Gome scrofulăse. Caractere.

Ulcer exotic al pielei. — Butonul de Biscra. Evoluțiunea clinică. Perioada inițială, ulcerativă și cicatrizătoare. Prognostic. Diagnostic.

Tumorile pielei. I. Papilome. Caractere.

Forma mucă și cornată. Microbul.

Vegetațiile senile. Caractere.

Milium și Comedol. Descriere.

Chiști sebacei. Istoric. Definiție. Opiniunea lui Franke dându-le aceeași origină ca și celor dermoidi. Divisiune. Caractere clinice: Aterom, steatom, meliceric, colesteatom. Diagnosticul cu gome, meningocel etc.

Córnele cutanate. Forme clinice.

Tumori epiteliale ale pielei. Ulcus Rodens. Caractere clinice. Devastațiuni. Cheloid. Definiție. Descriere. Cheloid fals și adevărat.

Fibrómele pielei. Divisiune. Caractere clinice. Diferite aspecte.

Bólele unghiilor. Considerațiuni. Onixis. Caractere. Etiologie. Simptome.

Onixul sifilitic. Onixul scrofulos. Caractere. Exostose sub-ungueale.

Tratamentul unghiei incarnate. Mijlăce blânde. Tratamentul chirurgical

Procedeul lui Lisfranc. Ablatiunea unghiei. (Pag. 218).

Bólele țesutului celular sub-cutanat. Flegmon difus. Definiție. Istoric. Etiologia. Microbul. Cause predispozante. Sediul. Starea generală. Anatomia patologica. Divisiunea lui Chassaignac în flegmon panicular, supra-aponevrotic, profund și total. Caractere. Alterațiunea țesutului celular, aponevrozelor, tendónelor, muschilor etc. Simptome generale și locale. Caractere. Diferite perioade, inflamatorice, de fortificație, de eliminare.

Prognostic. Diagnosticul cu erisipel, limfangită etc. Tratamentul general și local.

Elefantiasis arab. Considerațiuni.

Diferite forme. Definiție. Istoric.

Etiologia, Filaria, Levis. Mecanismul producerei. Anatomia patologică. Simptome. Forma febrilă și afebrilă. Caractere. Urină grasă. Opiniuni diverse. Relațiunea elefantiasului nostras cu cel arabic. Etiologia. Diferite opinii. Mersul. Diagnosticul. Tratamentul chirurgical prin decorticare, legarea arterei principale, secțiunea nervoasă.

Filaria de Medina (Dracunculus). Caractere. Lesiuni.

Despre psorospermoze. Considerațiuni. Istoric.

Tubercul sub-cutanat dureros. Definiție. Caractere, sediul. Opiniuni asupra durerii. Diferite observațiuni precum și a autorului. (Pag. 242).

Lesiunile vaselor limfatice. Considerațiuni generale asupra anatomiei, fiziologiei cu aplicațiuni clinice.

Caracterele limfei. Deducțiuni practice. Limfangită. Definiție. Istorie. Etiologia. Rolul micro-traumatismelor. Limfangite tardive; Cercetări asupra microbului. Modul său de acțiune. Endo-limfangită, perilimfangită. Abcese tubulare, extratubulare. Divisiunea limfangitelor în reticulare, tronculare și radiculare. Caractere. Evoluțiunea clinică. Importanța petelor și a rosetei. Prinderea ganglionilor. Limfangita retrogradă. Febra. Caractere. Limfangita dublă. Mersul. Limfangită oscilantă și dură.

Limfangită supurată. Limfangită totală, septică, fulgurătoare etc. Limfangita gangrenosă. Caractere. Limfangită venerică. Caractere. Limfangita sifilică, tuberculoasă și cancerosă. Caractere distinctive și modul de evoluțiune. Complicațiuni din partea seroșelor, artrite, igrome etc. Prognosticul în raport cu forma și diatesa. Diagnosticul cu erisipelul și flebita. Aforismul lui Velpeau. Tratamentul.

Limfangiectasia. Istoric. Etiologia. Caractere clinice. Diferite opinii. Forme: reticulară și tronculară. Caractere. Diagnosticul și tratamentul. (Pag. 266).

Lesiunile ganglionilor limfatici.

Considerațiuni anatomice și fiziologice.

Compoziția unui ganglion. Circulațiunea limfei, Aplicațiuni clinice.

Leziunile traumatiche. Caractere.

Adenita acută. Definiție. Divisiune.

Anatomia patologică. Perioada de congestiune, de supurație. Caractere.

Periadenita. Simptome generale și locale. Diferite forme de abcese ganglionare. Mersul. Prognosticul.

Diagnosticul între adenita profundă și o ernie. Tratamentul. Deschiderea antisepctică și răzuirea.

Adenita cronică. Caractere. Anatomia patologică. Simptome. Diagnosticul cu adenitele specifice.

Adenita venerică sau bubon. Caractere.

Bubonul șancărului môle. Caractere.

Natura virulentă. Opiniunea lui Hunter. Experiențele lui Ricord, Straus, Aubert, Roco și Luca. Simptome. Caractere. Complicațiuni diverse. Diagnosticul.

Bubonul sifilitic. Opiniunea lui Ricord. Relațiunile sale cu șancărul. Caracterele.

Lesiunile anatomice.

Bubóne mixte sau ebride. Definiție și varietăți.

Bubónele în perioada secundară a sifilisului.

Caractere. Bubónele în perioada terțiară. Forma sclerósă și gomósă. Tratamentul.

Tuberculoza ganglionilor limfatici. Istorice. Experiențele moderne. Probe în ajutorul tuberculozei ganglionare.

Anatomia patologică. Perioada de granulație, de ramolire și supurație.

Simptome. Evoluțiune clinică. Tuberculosă monoganglionară, poliganglionară și pachet ganglionar. Diagnosticul. Tratamentul. Metóda prin injecțiuni interstițiale. Metóda prin extirpare.

Obiecțiuni și discuțiuni. Opinia autorului.

Neoplasmele ganglionilor. Istorice. (Pag. 297).

Lesiunile mușchilor. — Contuziuni. — Divisiunea lui Allison în 4 grade. — Caractere. — Plăgile mușchilor. — Divisiune. — Opiniuni asupra cicatrizării mușchilor.

Rupturile musculare. — Rupturi spontane și prin contracție. — Mecanismul. — Diferite opiniuni. — Experiențele autorului. — Concluziuni. — Simptome. — Complicațiuni. — Diagnostic.

Herniile musculare. — Definiție. — Hernie adevărată și pseudo-hernie. — Discuțiuni. — Simptome. — Tratament.

Despre miosite. — Mecanism. — Simptome. — Caractere. — Diagnostic. — Miosita flegmonósă difusă. — Natura sa. — Simptomele. — Evoluțiuni.

Miositele cronice. — Forma sclerósă și osifiantă. — Istorice. — Simptome. — Evoluțiune.

Sifilisul mușchilor. — Diferite forme. — Miosalgia. — Contractura musculară. — Caractere. — Evoluție.

Sifilisul terțiar al mușchilor. — Forma sclerósă și gomósă. — Tumorile mușchilor. — Hematom, abcese, chiști idatici. — Mecanism. — Simptome. — Evoluție. — Diagnostic.

Neoplasmeme musculare. — Lipóme, fibróme, sarcóme. (Pag. 330).

Leziunile tendónelor. Contusiuni, plăgi.

Simptome. Retraccia tendónelor. Mecanismul reunirii secțiunilor tendinóse. Diferite opinii.

Tratamentul. Tenorafia. Coaptare directă. Diferite procedee. Procedeele autorului. Suturi la distanță. Grefe tendinóse. Procedeele autorului. Ruperea tendónelor. (Pag. 352).

Inflamațiunea tecelor sinoviale sau sinovite. — Divisiune. — Sinovita acută, uscată. — Caractere. — Descriere. — Simptome. — Sinovita plastică. — Sinovita umedă. — Sinovita blenoragică. — Sinovite cronice. — Varietăți: uscată, emoragică. — Simptome. — Tratament.

Tuberculosa sinovialelor tendinóse. — Sinovita risiformă. — Definiție. — Istorice. — Caractere. — Simptome. — Semnul patognomic. — Modul său de producere.

Experiența lui Michon. — Aplicațiuni clinice. — Cercetări microscopice și bacteriologice asupra naturei sale tuberculóse. — Anatomia patologică. — Compoziția chistului. — Teorii asupra mecanismului grăunților riziforme. — Cercetările lui Nicaise, Poulet. etc. — Experiențe prin inoculațiune. — Tratamentul prin compresiune și deschidere.

Sinovita fongósă. — Definiție. — Caractere. — Modul de evoluție. — Etiologia. — Cercetările lui Chandelux. — Simptome. — Evoluție. — Prognostic. — Tratament.

Sifilisul sinovialelor tendinóse. — Varietăți descrise de Fournier, idropisie simplă și inflamatorie. Simptome.

Neoplasmeme sinovialelor. — Lipóme. (Pag. 368).

Leziunile traumatice a burselor seróse. Rupere prin sdrobire și sfășiere Igroma acută, ematomul. Complicații.

Igroma. Istoríc. Diviziune. Forme clinice de igromă : uscată, serósă și purulentă. Caractere. Burse seróse sub-mucóse. Tratamentul.

Igroma cronică. Cause. Pungi seróse profesionale. Varietăți de igromă cronică : chistică și proliferantă. Sub-varietăți : emoragică și sclerósă. Simptome. Caractere.

Mersul. — Diagnosticul cu chiștii, lipóme, abces rece, ematom.

Tratamentul. — Metóda obliterantă, metóda distructivă. — Diferite procedee.

Tuberculosa burselor seróse identíc cu sinovita tuberculósă.

Sifilisul burselor seróse. — Sediul.

Neoplasmeme fórte rari. (Pag. 376).

#### I. Considerațiuni asupra anatomiei nervilor.

Compresiunea asupra nervilor ; repede și lentă. Casuri de producere a compresiunii repede și lentă. Simptome : dureri, turburări sensitive, paralisii și leziuni trofice.

Diagnosticul se bază pe cause și antecedente.

Tratamentul după cauza compresiunii.

II. *Contusia nervilor*. Definiție : Anatomia patologică coprinde trei grade : sufusiune sanguină, infiltrație cu ruperea cordónelor și sdrobirea mielinei.

Simptome : anestesií, paralisii etc. Paralisia tronculară a lui Erb. Diagnosticul paralisiei și anestesiei cu istero-traumatism.

III. *Legătura nervilor*. Legături imediate și mediate. Consecințe.

IV. *Distensiunea, ruperea și smulgerea nervilor*. Distensiune lentă și bruscă.

Aplicațiuni terapeutice. *Anatomia patologică*. Esperiențele D-rului Assaky.

Esperiențele autorului. Concluziuni.

V. *Plăgile nervilor*. Înepăturile. Consecințe. Deducțiuni. Reunirea secțiunilor nervóse. Istoríc. Fazele de degenerescență și regenerare. Caractere. Fenomenele ce se petrec în capătul central și periferic al nervilor secționafi. Diferite opinii. Schema dată de Ranvier.

*Simptome periferice și centrale*. Fenomene periferice : durerea : turburări sensitive ; anestesia imediată, terno-anestesia, iperestesia. Caractere.

Turburări motorii. Paralisii. Diformație paralică și secundară. Tipurile clasice. Condițiunile producerei diferitelor ghiare. Diformațiuni atipice.

Leziuni trofice pasive și iritative.

Temperatura ; casuri de ipotermie și ipertermie. Eritemul. Caractere. Pausalgie. Glossyskin. Eruptiuni vesiculóse și bulóse. Sfacei, escare. Alterațiunile epidermului, unghiilor, sistemul pilos, țesutul celular, articulațiunile, ósele. Diferite esperiențe și opinii : Schiff, Ollier etc. Leziunile musculare.

Fenomenele de iritație prin turburări centrale.

VERIFICAT  
2007

Degenerescenta ascendenta. Istorice. Opinia lui Friedlander si Krause. Opinia lui Pierre Marie.

Nevralgia bontului ; tetanos sensorial, chorea sau epilepsia bontului.

Diferite opinii. Opinia autorului. Diagnosticul leziunilor nervose. Paralisie, paresie. Diagnosticul paralisilor de origina cerebrala, bulbara, medulara, plexo-nervosa si nervose simple.

Excitabilitatea musculara. Contractiune idio-musculara si paradoxala. Paralisii miopatie etc., etc. Paralisie flasca si rigida sau spastica.

Degenerarea musculara.

Recunosterea degenerarii musculare prin curentii electrice faradice si galvanice. Istorice.

Modul cum trebuie facuta explorarea.

Formulele contractiunilor in starea normala. Raportul curentului faradic si galvanic in degenerare. Nomenclatura autorului.

Prognosticul. In raport cu degenerarea.

Tratamentul. Sutura indirecta si directa. Diferite procedee. Elongatiunea. Grefe nervose. Sutura la distanta. Sutura tubulosa. Sutura prin incrucisare.

Regenerarea nervosa functionala. Teoria lui Laugier. Diferite observatii. Esperinta lui Brown-Sequard. Teoria lui Lefort. Discutiuni. Teoria lui Brown-Sequard prin inhibitiune si dinamogenita.

Leziuni inflamatorii si organice ale nervilor. Congestiunea nervilor. Diferite grade. Simptome. Nevrita. Predispozitia nervilor la inflamatie si rolul tecei lameloase. Esperinta lui Ranvier. Nevrita acuta, cronica, parenhimatosa, intersticiala. Nevrita ascendenta si descendenta. Rolul micro-organismelor.

Simptome. Proprii or carei inflamatii.

Prognosticul grav in cele ascendente si descendente.

Tratamentul. Revulsive. Elongatia, nevrotomia si nevrotripsia.

Neoplasmale nervilor. Tumori periferice, interfibrilare, laterale si diagonale. (Pag. 480).

Consideratii generale asupra arterelor. Formarea trombusului emostatic in plagile arterelor. Emostasa provizorie si definitiva.

Diviziuni dupe constitutia sacului, dupe cause, intindere, forma sacului, sediul, etc. Etiologia. Rolul traumatismelor, etatea, sexul, rasa. Alteratiunile tesuturilor vecine.

Mecanismul formarii coagurilor activi si pasivi. Rolul lor. Diferite teorii. Teoria lui Wardrop, Bellingham si Broca; teoria lui Richot si Lefort.

Influenta anevrismului asupra circulatiunii locale si generale.

Mersul si diferite complicatiuni. Simptome. Semnele patognomonice. Mecanismul triluluului. Teoria lui Broca, Richot, Chauveau.



Tratamentul. Diferite Metode și procedee. Anel, Hunter, Brasdor etc.  
Anevrism arterio venos, Diviziune. Sgomotele și suflu. Teorii. 517

Constituția anatomică a venelor. Plăgile venelor. Obținerea emostasei provizorie și definitivă.

Complicațiile plăgilor venoase. Emoragia. Flebita. Străbaterea aerului în vene. Istoric, mecanism. Condițiuni anatomice. Simptome, tratament.

Rupturele venelor. Cause. Consecințe.

Flebita și trombosă. Diviziune: infecțioasă, constituțională și toxică. Teoria lui Hunter. Virchow, Brucke, teoria bacteriologică.

Varice. Definiție. Diferite grade. Cause. Alterațiunile părților vecine în varice. Tratamentul. Diferite metode.



## Tratamente și operațiuni prin metode proprii ale autorului :

- 1) Prolapsul bășiceii udului la femei . . . prin istero-cisto-ventropexie.
- 2) Emoroidele . . . . . prin suturi sub-intrante în jurul orificiului anal.
- 3) Prolaps total al rectului. . . . prin resecția ultimelor două găuri sacrale și în urmă recto-pexia.
- 4) Plăgile penetrante ale toracelui. prin tamponare directă a orificiului cu tifon sublimat.
- 5) trangulație erniară internă . . . prin injecțiuni sub cutanate de eter.
- 6) Inflamații acute și cronice ale testiculelor . . . . . prin compresiune forte cu un bandagiu compresiv.
- 7) Hernie inguinală . . . . . prin resecția sacului și fixarea cotelului de orificiul intern al canalului și stilpii externi.
- 8) Aneurism . . . . . prin legătura arterei și deschiderea antiseptică a sacului după 10—12 zile.
- 9) Suturi tendinoase la distanță . . . prin autoplastie locală dublă.
- 10) Cancerul buzei inferioare . . . prin antoplastie și imbrăcarea marginii libere a buzei cu un lamboț din mucósa bucală.
- 11) Tumoră albă a genuchiului cu întinderea leziunii la osul femoral. prin resecția genuchiului, evidarea și drenarea canalului medular al femurului.

