

BIBLIOTECA MEDICALĂ ROMÂNĂ

No. 5

Secțiunea Terapeutică

D-R A. THEOHARI

Profesor de terapeutică la Facultatea de Medicină
din București

Medic al spitalului Brâncovenesc

Tratat elementar de terapeutică

FASCICOLUL II

Terapeutică boalelor Intestinului



IAȘI

Editura „Viața Românească” S. A.

Strada Alexandri 3

BIBLIOTECA MEDICALĂ ROMÂNĂ
No. 5

Secțiunea Terapeutică

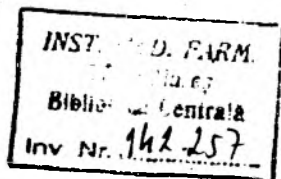
D-^R A. THEOHARI

Profesor de terapeutică la Facultatea de Medicină
din București
Medic al spitalului Brâncovenesc

Tratat elementar de terapeutică

FASCICOLUL II

Terapeutică boalelor intestinului



0 2 117 2004

I A Ș I

Editura „Viața Românească” S. A.,
Strada Alexandri 10-12

Noțiuni generale de fiziologia intestinului

Știm că intestinul este un tub lung, compus din două segmente inegale, intestinul subțire și cel gros, ambele cuprinzând în structura lor o *tunică seroasă*, alta *musculoasă*, o *tunică mucoasă* bogată în glande.

Acest din urmă strat prezintă la nivelul intestinului subțire, *valvule conivente* și *vilozități*, care măresc cu mult suprafața mucoasei; apoi reamintim prezența *glandelor lui Brünner*, localizate numai la duoden, a *glandelor lui Lieberkühn*, a *foliculelor limfatice izolate* și *conglomerate (plăcile lui Peyer)*. Cum în duoden se mai varsă canalul pancreatic al lui *Wirshung* și *choledocul*, putem bănui că intestinul subțire este un organ important de digestie, care posedă și o enormă suprafață de absorbție.

Mucoasa intestinului gros prezintă numai glandele lui *Lieberkühn* și *folicule limfatice izolate*; acest segment intestinal, este mai mult un rezervor al resturilor alimentare. Dar după cum vom vedea, această concepție nu este adevărată decât în parte.

În orice caz, am ¹⁾ putut arăta cu ajutorul unui *ser gastrotoxic* că *cytolysina* gastrică produce o congestie intensă a mucoasei intestinului subțire, însoțită de hemoragii mari și de leziuni celulare evidente. Alterațiunile se opresc în mod brusc la nivelul valvei ileocecale; mucoasa intestinului gros rămâne absolut intactă.

Pe de altă parte am ²⁾ putut vedea că un ser specific în contra mucoasei intestinului subțire (*enterotoxină*), produce în același timp leziuni mari, ale mucoasei gastrice, respectând cu totul mucoasa intestinului gros.

Așa dar, în mucoasa gastrică și în aceea a intestinului subțire, există unele substanțe chimice identice, jucând rolul

1) A. Theohari; loc. cit. în Fascicul I.

2) A. Theohari. Despre o *cytolysină* intestinală (*enterotoxină*). Soc. de medici și naturaliști din Iași, 1904.

de antigen, cari nu există în mucoasa intestinului gros. Pe această cale particulară a serurilor anticelulare, se demonstrează încă odată, diferența funcțională mare dintre intestinul subțire și cel gros.

Mișcări intestinale.

Motilitatea intestinală, studiată mai de aproape, ne prezintă: *mișcări peristaltice*, adică strâmtări și lărgiri succesive ale calibrului; *mișcări pendulare*, prin cari o mică porțiune dintr-o ansă (câțiva centimetri) se mișcă împrejurul axului longitudinal; apoi *mișcări rotatorii* realizate printr'o contracție circulară care merge înainte cu o mișcare de rotație.

Rezultatul acestor mișcări este golirea intestinului, care se produce mult mai repede la nivelul intestinului subțire decât la nivelul celui gros.

Intr'adevăr, observațiunile fiziologilor, ale clinicianilor făcute cu razele Röntgen și în special constatările lui A. Hertz¹⁾ stabilesc că *intestinul subțire se golește în medie în 4 ore* (3 ore și jumătate până la 5 ore). Golirea stomacului în intestin începând imediat după ingestia prânzului bismutat, rezultă de aci că intestinul subțire își evacuează conținutul cam în patru ore de la începutul prânzului. Conținutul intestinal progresează mult mai încet în intestinul gros. Astfel după Hertz, prânzul bismutat ajunge la nivelul unghiului hepatic al colonului în 5-8 ore după ingestie; unghiul splenic este atins între 7-14 ore, iar limita dintre colonul descendent și cel pelvian între 8-16 ore. În fine residuii digestiei mai șade un timp variabil în ansa sigmoidă, în porțiunea superioară a rectului.

Aceste date sunt importante de reținut, când voim să interpretăm rezultatele unei radioscopii intestinale și să stabilim indicații terapeutice.

Inervația motrice a intestinului.

Mișcările intestinului persistă când s'au secționat nervii aferenți, grație *plexului nervos al lui Auerbach*, sistem ganglionar care asigură motilitatea autonomă și reflexă a organului. *Excitantul fiziologic*, care declanșează contracțiile reflexe, este conținutul intestinal, care prin excitațiile sale mecanice și chimice, produce contracții deasupra punctului unde se află acest conținut și relaxare dedesubt (*Bayliss și Starling*). *Cholina* (*Le Heux*, *Hans Meyer*²⁾ și *Gottlieb*) din sânge, din țesutul

1) A. Hertz. Constipation et troubles intestinaux; traduction française, Masson, Paris 1912.

2) Le Heux, Pflügers Archiv, T. 173, 1918.

3) Hans Meyer și Gottlieb. Die experimentelle Pharmakologie 1921, pag. 210.

intestinal, este de asemenea un excitant fiziologic al plexului lui *Auerbach*.

Dar după cum am reamintit la fiziologia stomacului, plexul lui *Auerbach* este influențat în funcțiunea sa, de către *marele simpatic* care inhibă mișcările intestinale și de către *pneumogastric* care le stimulează, măbind tonicitatea musculaturii intestinale. Fibrele pneumogastricului nu ajung până la ultimile segmente ale intestinului gros; acestea (colon descendent, rectum) sunt înervate de nervul pelvian, care-și ia origina în regiunea sacrată și care constituie *sistemul autonom* sau *parasimpatic sacrat* (*Langley*) cu acțiune absolut analoagă celeia a pneumogastricului (Sistemul autonom sau parasimpatic cranian). Bine înțeles, aceste segmente terminale ale intestinului, au și o înervație simpatică (ganglionul mezenteric inferior). Ca și la nivelul stomacului *pilocarpina*, *physostigmina* (eserină), excită terminările parasimpatice măbind peristaltismul intestinal până la contractură; *atropina* le paralizează.

Toate aceste substanțe nu influențează terminările marelui simpatic, cari sunt excitate de *adrenalină*; peristaltismul intestinal se micșorează sub influența acestei din urmă substanțe.

Mișcări patologice.

O motilitate intestinală anormală, se poate vedea în diferite împrejurări.

a) Stenozele intestinale, inflamațiile acute, dau mișcări *peristaltice* și *rotatorii exagerate*; dar asemenea mișcări se pot vedea și în entero-nevroze, sub influența frigului etc.

b) În meningite, în saturnismul acut pot exista adevărate *contracturi* ale intestinului.

c) În ocluzia intestinală se descriu și *mișcări antiperistaltice* cari ar explica vărsăturile fecaloide.

Însă *Roger* nu a observat aceste mișcări în ocluzia experimentală produsă pe câine; pentru dânsul, aceste vărsături sunt datorite compresiunii exercitate de diafragmă asupra anselor pline.

Un fapt interesant din punct de vedere teoretic și practic, este următorul: durerea de origină intestinală, ca și cea de origină gastrică, este datorită în mod aproape exclusiv contracțiilor anormale.

Asupra acestui punct a insistat mai cu seamă *Mackenzie* în timpul din urmă.

Dilatarea seroasei intestinale (*A. Fröhlich*¹ și *H. Meyer*) joacă de asemenea un rol; pentru acești doi autori durerea în-

1) *A. Fröhlich și H. H. Mayer*. Wiener Klin. Woch., p. 29, 1912 și *Zeltch*. f. die gesamte experim. Medizin, 29 B-3, H. 11, p. 87, 1922.

testinală este datorită distensiei sau contracturii intestinale; astfel înțeparea, secțiunea, cauterizarea cu termocauterul, nu produc experimental durere la nivelul intestinului.

După *Fröhlich* și *H. Meyer* calea centripetă pe care o urmează impulsivitatea dureroasă este reprezentată prin marele și micul splanchnic, și nervi hypogastrici.

Secreția intestinală.

1) *Mucus intestinal.*

Acest produs al epiteliilor de suprafață, al glandelor lui *Lieberkühn*, pare să aibă mai mult un rol de protecție pentru intestin.

Hypersecreția de mucus se observă în inflamațiile acute și cronice ale intestinului dar și în entero-nevroze.

În unele condiții (entero-collite muco-membranoase) se găsește în materiile fecale, sub formă de mucus concret, transformare care este datorită după *Roger* unui ferment intestinal, *mucinasa*.

2) *Sucul intestinal.*

A) Cel din *intestinul subțire* este secretat de glandele lui *Brüner*, localizate în duoden, de glandele lui *Lieberkühn*.

a) *Glandele lui Brüner* ar secreta ferment inversiv; ferment amylolitic, lipolytic, enterokynasă, pepsină. Asupra acestui din urmă punct, fac cele mai formale rezerve. După cum am¹⁾ arătat demult, celulele pylorice nu prezintă nici filamente bazale, nici granulații de pepsinogen, ca celulele principale; și cum celulele din glandele lui *Brüner* sunt absolut analoage celor din regiunea pylorică, este greu de admis că aceste glande intestinale fabrică pepsină.

b) *Glandele lui Lieberkühn* din intestinul subțire, secretă un suc alcalin, care după fiziologii mai vechi, conține numai un ferment inversiv pentru sacharose.

În realitate acest suc mai conține alături de invertină, maltaza, lactaza; apoi erepsina lui *Cohnheim* ferment proteolytic, enterokynaza, nucleaza care descompune nucleoproteidele în baze purinice; arginază; un ferment lypolytic.

B) *Sucul intestinului gros* conține aceiași fermenți²⁾ dar în cantitate mai mică; lipsesc: enterokynaza, lactaza.

3) *Secreția pancreatică.*

4) *Secreția biliară.* Cităm numai aceste produse ale activității pancreatice și hepatice, cari se varsă în duoden și cari

1) *A. Theohari.* Étude sur la structure fine des cellules principales, de bordure et pyloriques à l'état de repos et à l'état d'activité sécrétoire. Archives d'Anatomie Microscopique 1899.

2) *B. Bobkin.* Aeussere sekretion der Verdauungsdrüsen. Berlin 1914.

sânt de importanță covârșitoare în digestia intestinală. Vom reaminti noțiunile sumare de fiziologie, cari privesc aceste secrețiuni, la terapeutică boalelor pancreasului și ficatului.

Digestia intestinală.

Nu putem înzista prea mult asupra acestui capitol; vom reaminti numai, că sub influența digestiei intestinale, alimentele sufăr transformări profunde.

Tesuturile animale și vegetale, sînt divizate prin acțiunea sucului gastric asupra țesutului conjunctiv, asupra membranei albuminoide a celulelor vegetale, sînt descompuse sub influența fermenților digestivi intestinali, în corpuri chimice mult mai puțin complexe, solubile în apă sau emulsionate și lesne de rezorbit.

Proteinele sînt descompuse în acizi aminați, corpi chimici cristalini, lesne de rezorbit. Molecula de albumină, desfăcută în acizii aminați cari o constituie, nu mai păstrează nici o urmă de originea sa animală sau vegetală, de proveniența sa dintr'un anumit țesut.

Aceasta este regula. Totuși se pare că proteinele în natură sau cel puțin peptonele, pot trece prin peretele intestinal, în unele împrejurări imperfect cunoscute; permeabilitatea anormală a acestui perete, alterațiunile ale mucoasei, poate lipsa parțială a unora din fermenții intestinali.

Cercetările lui *Widal*, tind să arate că această trecere a peptonelor, în cantitate minimă este un fapt constant; acest fenomen l-a permis să exploreze starea funcțională a ficatului, cu ajutorul crizei hemoclaezice provocate.

De sigur că urticaria este un fenomen anafilactic datorit probabil trecerei prin mucoasa intestinală a unor proteine la unii indivizi. Incercări de desensibilizare, au fost făcute între alții de *Pagniez*¹⁾.

În fine spre a nu lungi prea mult acest capitol, totuși așa de interesant pentru medic, vom menționa că după *Prof. Nițescu* (Cluj) pelagra este datorită pătrunderii în organism, de albumină din porumb, de zeină, grație unei permeabilități patologice a intestinului.

Grăsimile sînt descompuse în acizii grași și glicerină, prin lipază sau steapsina, din suc pancreatic, din suc intestinal, cu ajutorul bilei.

Amidonul, atacat de ptialină salivară, continuă să fie transformat în zaharuri, până la maltoză, de către diastaza sau amylaza pancreatică și de cea a sucului intestinului.

În plus după cum am spus, există în suc intestinal, fer-

1) *Pagniez*. Soc. méd. des hôpitaux, 129, Avril 1921.

menți pentru *disacharide* și în special: invertină pentru zaharoze, lactaza pentru zahărul de lapte, maltasa pentru maltoză.

Absorbția intestinală.

Produsele rezultând din digestia proteinelor (acizi aminați mai cu seamă) sunt rezorbite în intestinul subțire și iau calea venei porte. Cum însă aceste produse nu se regăsesc în sânge, este posibil ca sinteza moleculei de albumină, să se opereze în chiar peretele intestinal. (Delaunay, Van Slyke, cred că acizii aminați se regăsesc în sânge).

Monozaharidele iau de asemenea calea portală.

Grăsimile fie desdolate fie emulsionate se rezorb pe calea chyliferelor.

În general, substanțele solubile în lipolzi se absorb mai ușor ca cele insolubile.

Aceste corpuri lipo-solubile pătrund chiar printre celule (Höder în *H. Mayer* și *Gottlieb*); celelalte prin intervalele epiteliului intestinal.

În definitiv, absorbția produselor digestivei, are loc mai cu seamă în intestinul subțire.

Dar *intestinul gros* joacă un rol important în rezorbția apei din materiile fecale, care ajung la concentrarea voltă în acest segment intestinal. Lucrul este mai cu seamă adevărat pentru cecum, pentru colonul ascendent. Constipațiile colonului din dreapta¹⁾ dau naștere la *symptome* mult mai serioase decât cele ale colonului stâng, unde rezorbția este minimă.

Microbii intestinali.

Stomacul conține puțini microbi, când secreția sa cuprinde o cantitate însemnată de Hcl. liber.

Intestinul subțire, nu conține prea mulți, din cauza scurtei șederi a alimentelor în acest segment al tubului digestiv. În schimb, intestinul gros conține o enormă cantitate de bacterii; o treime din fecalele unei zile (substanțe uscate) este constituită de corpuri microbiene (Strassburger).

S'au izolat din intestinul gros, peste 40 de specii de micro-organisme.

În general, finele ileonului și cecul, conțin o floră amyolytică sau de fermentație predominantă: bacilul butyric, bacilul lactis aerogenes, bacilul lung al acidului lactic și alții.

Acești microbi amyolytici sau *sacharolytici*, dau produse acide (acid lactic, formic, acetic) cari împiedică întru câtva dezvoltarea microbilor de putrefacție. Flora amyolytică în exame-

1) *J. Ch. Roux (Duval et)*. Arch. des maladies du tube digestif. No. 12. p. 705, 1920.

nele coprologice se colorează în albastru prin soluție iodo-iodurată; de acela se mai numește și *floră iodofilă*.

Microbi proteolytici sau de *putrefacție* se dezvoltă pe mediu de albumină și se găsesc mai cu seamă dincolo de coecum. Acești microbi (b. putrifileans, b. sporogenes, streptococcus coli, colibacilul care dă indol dar și acid lactic etc.) se colorează prin *metoda Gram*.

Flora de fermentație nu se colorează prin această metodă. În practica obișnuită determinarea *florei gram pozitive* (de putrefacție) și *florei iodofile* (de fermentație) ne dau oarecari indicațiuni.

J. Ch. Roux¹⁾ și Goiffon au arătat că dozajul acizilor grași și a amoniacului din fecale, printr'o metodă practică, ne dă informațiuni mai precise asupra fermentației și putrefacției intestinale decât examenul coprologic obișnuit.

Metschnikoff²⁾ în publicațiuni cari au avut mare răsunet, s'a silit să arate, că produsele microbilor proteolytici sunt cauza de arterio-scleroză și senilitate precoce; de aceea după acest autor trebuie să favorizăm dezvoltarea florei amyolytice printr'o bacterioterapie și o dietetică pe cari le vom examina mai târziu.

Totuși cercetările lui Roger au arătat că toxicitatea conținutului intestinal este mai mică la nivelul intestinului gros, unde acțiunea microbiană este la maximum, decât la nivelul intestinului subțire.

Această toxicitate nu depinde numai de viața microbiană; ea ține în mare parte, la însă-și produsele organismului.

Cel puțin pentru herbivore, acțiunea microbiană intestinală este foarte importantă și folositoare; *celuloza* este atacată numai de microbi și de nici un alt ferment gastro-intestinal.

Terapeutică generală a boalelor intestinului

I. Dietetică

Amănunțele date la terapia boalelor stomacului ne dispensează de a reveni asupra digestibilității alimentelor apreciată prin scara lui *Penzoldt*. Într'adevăr, alimentele de *digestie ușoară* pentru stomac, sunt lesne digerate și de intestin, cu excepția unor anumite stări patologice.

Reamintim însă și aci că un regim alimentar îndreptat în contra unei boale intestinale de durată lungă, trebuie

1. J. Ch. Roux et Goiffon. Arch. des maladies de l'app. digestif et de la nutrition. T XI No. 1 pag. 25.

2) Metschnikoff Ann. de l'Institut Pasteur . 908, 1913.

să conțină *minimul de albumină* și să reprezinte un *minimum de calorii* necesar organismului.

În practică, un asemenea regim, trebuie să mențină greutatea corpului și să dea chiar un spor de greutate, în cazurile de slăbire; bine înțeles dacă nu este vorba de o boală cu sfârșit fatal.

Apoi reamintesc că printre alimente trebuie să existe substanțe proaspete (vitamine) și grăsimi, compatibile cu starea intestinală; altfel se produc *symptome de carență*. Am văzut bolnavi cari au ajuns la o slăbiciune extremă, urmând săptămâni de-a rândul un regim compus din ceal, orez, macaroane și pâine prăjită.

În terapeutică boalelor intestinului, trebuie să mai ținem socoteală și de alți factori, pe cari nu i-am examinat la boalele stomacului în special:

a) *influența alimentelor asupra fermentației și putrefacției intestinale.*

b) *utilizarea alimentelor în intestin.*

Pentru simplificare vom trece în revistă principalele alimente, mai cu seamă din aceste două puncte de vedere.

Laptele.

Acest aliment este de obicei bine utilizat de intestinul normal; numai 7,1% din albumina constitutivă și 5,2% din grăsimi rămân nerezorbite (*Rubner*¹⁾.

Tot în condițiuni normale, putrefacțiile intestinale sunt micșorate prin formarea de acid succinic și mai cu seamă de acid lactic (din lactoză). Din punct de vedere experimental, conținutul intestinal este mai puțin toxic sub influența laptelui dulce.

Acest aliment este absolut **contra-indicat** în *enteritele acute* unde favorizează flora proteolytică

Este de asemenea **contra-indicat** în *colitele prin putrefacția albuminoidelor* cu diaree, în *constipațiile colonului drept* stări în cari laptele dulce nu se poate administra decât după un regim preparatoriu și atunci în mică cantitate și numai pregătit cu făinoase.

Laptele dulce este **indicat** în *alimentația normală* mixtă; dar există în această privință un factor personal,

¹⁾ *Rubner in Schmidt-v. Norden. Klinik der Darmkrankh 1921, p. 176.*

laptele producând la unii oameni constipație (resturi puține), la alții diaree. Acest din urmă accident se explică prin lipsa fermentului (lactasa) pentru lactoză la adultul neobișnuit cu lapte (*Schmidt—v. Noorden*); administrarea progresivă a acestui aliment aduce suprimarea diareei prin reapariția fermentului.

Ulcerul duodenal ca și cel stomacal constituiesc o indicație absolută pentru regimul de lapte dulce, care dă rezultate surprinzătoare și în unele *diaree cronice*. În asemenea împrejurări este probabil vorba de cazuri (rare în definitiv) de hyperchlorhidrie gastrică însoțită de diaree așa cum au fost descrise de către Surmont ¹⁾ și Lerat.

Derivatele laptelui.

Kefirul și mai cu seamă *iaurtul* favorizează flora sacharolytică în detrimentul celei proteolytice. Cu un regim vegetarian și cu iaurt *Metschnikoff* a observat scăderea indicanelor urinar până la dispariție.

De altfel din 1877 *Peurosch* (în *Combe* ²⁾) văzuse că indolul urinar la naștere cu regimul de carne și dispăre cu un regim de hidrați de carbon. Iaurtul, kefirul sunt indicate în *alimentația normală*.

În *constipațiile obicinuite* iaurtul este de mare folos; provoacă însă arsuri stomacale când există hyperchlorhidrie gastrică.

Kefirul, iaurtul reușesc și în unele *diarei gastrogene prin apepsie*; suntem însă reduși la încercări, căci în cele mai multe cazuri laptele fermentat are un efect laxativ și mărește diareea.

Brânza proaspătă (sau cum se zice în Moldova, brânză de vaci) bine utilizată de intestinul normal, nu favorizează flora proteolytică.

Combe aduce cifre cari arată că eteri sulfo-conjuțați din urină scad sub influența regimului cu brânză proaspătă. Deși azi se admite că această cifră a sulfo-eterilor este mai mult în legătură cu albumina ingerată, decât cu putrefacțiile intestinale, totuși din faptele personale pe cari le-am putut vedea, cred că nu se poate nega orice valoare acestor cercetări.

1) *Surmont et Lerat in L. Timbal, Les diarrhées chroniques, Masson 1922.*

2) *Combe L'auto-intoxication intestinale, 1907.*

Brânza proaspătă autorizată de *Combe* în colitele cu floră proteolytică și diaree, nu este tolerată de toți bolnavii; la unii provoacă recăderi.

Acest aliment reușește mai bine în dietetica bolnavilor cari au diaree prin fermentația amylaceelor.

Carnea.

În stare normală, carnea este foarte bine utilizată de intestin; numai 2% din albumina sa de constituție rămâne neabsorbită (*Atwater*).

Este lucru sigur că cifra indicelui urinar și a eterurilor sulfo-conjugate se mărește sub influența regimului de carne.

J. Ch. Roux n'a găsit în condițiuni normale o augmentare notabilă a cantității de amoniac fecal.

Dânsul arată însă că o digestie gastro-intestinală insuficientă și ingestia de carne în cantitate mare, măresc putrefacțiile intestinale și deci amoniacul din scaune.

De altfel carnea în cantitate mare nu este indicată nici pentru adultul normal (uricemie, nefroscleroze, ect. posibile) nici în stările intestinale patologice.

Astfel carnea este contra-indicată în cazurile de putrefacții intestinale intense și nu se va autoriza decât în cantități mici, în constipațiile obicinuite în colitele cronice ameliorate.

Bulionul de carne (supa de carne) excitant puternic al secreției gastrice, deșteaptă apetitul și face mult mai suportabil regimul îndelungat de făinoase.

Prohibirea supei de carne de către *Combe*, nu este justificată, căci nu este admisibil ca neînsemnata cantitate de proteine pe care o conține să ajungă nemodificată până în intestinul gros spre a favoriza acolo putrefacțiile intestinale.

Ouăle.

Experiența clinică ne arată că ouăle nu sunt prea bine suportate nici de constipați, nici de bolnavi cu enterite cronice. Acest aliment este mai bine tolerat sub formă de budinci (cu griș, orez) consiliate de către *Combe*. De altfel cercetările lui *Rosenberg* și *Oppenheimer* citate de *Retzlaff*¹⁾

1) *Retzlaff*. Spezialle Path. u. Ther. inn. Krankh. Krauss și Brugsch. IX Bd, 2 H, p. 246, 1922.

tind să demonstre că în lipsa unei digestiuni peptice suficiente, ovalbumina este greu atacată de trypsină.

Grăsimile.

După cum am spus și la terapeutica boalelor stomacului, untul este grăsimea cea mai lesne de suportat de către dyspepticii. Lucrul este adevărat și pentru intestin. Una din explicațiunile date este și cea admisă de *Schade*¹⁾: untul chiar presat conține 13% apă și astfel își păstrează caracterul de emulsie a corpusculilor de lapte, lesne atacată de lipaza intestinală. Celelalte grăsimi nu posedă caracterul de emulsie.

Același autor, crede cu drept cuvânt, din punctul de vedere al chimiei fizice, că alimentele inbibate de grăsimi sunt greu atacate de sucurile digestive.

Experiența clinică ajunge la aceleași concluziuni: așa zisele „bucate scăzute“ în cari legumele și carnea sunt inbibate de grăsimi, sunt foarte rău suportate de bolnavi cari au afecțiuni ale tubului digestiv; mai mult, o asemenea alimentație este cauză evidentă de boale gastro-intestinale.

Bucătăria cea mai rațională pentru individul normal este reprezentată prin legumele fierte, cu adaos extemporan de unt proaspăt (așa zisele legume „sautés“), prin carne în natură, friptă sau fiartă. Dar un asemenea regim se izbește de considerațiuni economice, necesitând materii prime de bună calitate cari nu sunt la dispoziția tuturor. Apoi, și mai cu seamă, se izbește de obiceiurile locale profund înrădăcinate.

Intr'un caz de afecție intestinală observația clinică și mai cu seamă examenul coprologic ne arată cu ușurință dacă grăsimile sunt utilizate. Din câte am văzut, o mică cantitate de unt proaspăt este bine suportată în diferitele afecțiuni cronice ale intestinului. De altfel într'un regim intestinal prelungit, lipsa completă de grăsimi poate da naștere la accidente de carență, după cum s'au observat foarte multe în ultimul războiu.

Hidrații de carbon.

Zahărul obicinuit (sacharoza) nu favorizează putrefacțiile intestinale, din contra vine în ajutorul florei amylo-

1) *Schade*. Die physik. Chemie in der inn. medicin, 1920, p. 256.

litice. *H. Salomon* și *Wallace* au întrebuițat în clinica lui *v. Noorden* regimul de zahăr în *gastro-enteritele acute*; ei au dat 200-300 grame de zahăr pe zi, în soluție de 10%, rezultatele au fost foarte bune.

Diferitele specii de zahăr din fructe, din miere, luate în cantitate mai mare, au o acțiune laxativă și sunt utile în *constipația obicinuită*.

Lactoza poate fi privită mai mult ca un medicament; de aceea vom vorbi mai târziu despre întrebuițarea acestei specii de zahăr. Bine înțeles, substanțele dulci se vor reduce când există o floră sacharolytică prea abundentă.

Cereale. Făina de cereale. Paste făinoase.

Pânea de grâu dă cu atât mai multe resturi în fecale cu cât este mai bogată în țărâțe. Dar chiar pânea albă este incomplet utilizată: 21-30% din albumină și 1,6-7% din hidrați de carbon rămân neutilizați. De altfel în regulă generală albumina vegetală, este mai puțin bine atacată de sucurile digestive și deci mai puțin bine rezorbită, decât cea de origine animală. Inșă această albumină vegetală nu dă naștere sau foarte puțin la putrefacții intestinale.

Pânea cu țărâțe, este indicată în *constipațiile atonice*, spre a stimula peristaltismul intestinal.

În celelalte afecțiuni ale intestinului, pânea aliment de digestie grea (după cum am văzut la patologia stomacului) se va da în cantități mici, de preferință bine prăjită, până la consistență de pesmete.

În țările din Occident se găsește în comerț pâine redusă mai mult la coaje (care conține multă dextrină) utilă în afecțiunile intestinale.

Făină de cereale.

Paste făinoase.

Cercetările fundamentale ale lui *Escherich*, apoi lucrările lui *Albu*, *Rosenheim*, *Ewald*, *Senator*, etc., au arătat importanța mare a *amylaceelor* în tratamentul putrefacției intestinale.

Combe a sistematizat și vulgarizat regimul făinos în tratamentul afecțiilor cronice ale intestinului.

Dânsul a stabilit între altele, că spre a modifica auto-intoxicația intestinală, trebuie obținută saturația intestinală cu făinoase.

Considerațiunile de ordin științific pe care-și baza metoda, erau modificarea florei proteolytice, sub influența regimului făinos, scăderea eterurilor sulfo-conjugate din urină. Apoi *Combe* mai punea mare temeii pe o serie de coeficienți (raportul dintre azotul purinic și cel total, raportul azotului extractiv către cel total și multe altele) cari în realitate nu au mare importanță. Dar adevărul este, că regimul de făinoase bine întrebuițat dă foarte adeseaori rezultate excelente. Astfel se explică succesele de practician pe cari le avea *Combe*, la cari contribuia mult regimul pe care-l puteau face, cu foarte mici sacrificii, bolnavii dinainte de războiu, în hoteluri bine instalate din Lausanne. După cum vom vedea însă, la capitolul de terapeutică specială, abuzul făinoaselor, chiar acolo unde sunt indicate, poate duce la diaree prin fermentația amylaceelor și apoi la putrefacții intestinale secundare prin iritația mucoasei. De asemenea trebuie să evităm accidentele de carență combinând făinoasele cu alimente proaspete, cu grăsimi.

Speciile de făină și derivate ale cerealelor cele mai întrebuițate se găsesc de obicei în comerț ca specialități preparate cu multă îngrijire de către industria străină. Aceste preparații întrebuițate mai mult în alimentația bolnavilor și în prima copilărie, sânt constituite din făinuri de cereale pure sau amestecate cu albumină, ca să fie mai hrănitoare; adeseaori sunt aromatizate prin adaosul de cacao.

Citez: *făina lactată, phosphatina, făină de ovăz, de orz, de orez și altele.*

Apoi se utilizează des *grișul de grâu, de ovăz, de porumb* conzistând în fragmente mici cari provin din bobul cerealelor.

Macaroanele sunt preparate din griș aglutinat prin diferite procedee.

Specialitățile de făină de cereale sau de *amidon de cereale*, asociate cu alte substanțe alimentare, sunt nenumărate și nu este aci locul să le citez.

Toate aceste produse desigur folositoare se aduc acum din strălănătate cu mari întârzieri și cele mai multe sunt foarte scumpe.

Industria noastră națională ar fi de mare folos primei copilării și enteropaților adulți, dacă ar realiza asemenea preparații de cereale. Condițiunea majoră este însă să fie de același calitate și mai ieftine ca produsele similare din

străinătate, lucru care nu se poate spune despre unele mărfuri indigene din comerț.

Utilizarea de către intestin este mult mai bună pentru hidrați de carbon din aceste făinoase, decât pentru albumina lor de constituție.

Dar după cum spuneam și la capitolul pâinei, inconvenientul nu este mare din punctul de vedere al *putrefacțiilor intestinale*, de oarece atacarea albuminei vegetale de către microbii proteolytici este în practică neînsemnată.

Este lesne de înțeles că atunci când facem calculul unei rațiuni de întreținere trebuie să ținem socoteală de albumină, hidrați de carbon și grăsimile cari rămân neabsorbite după cercetările fiziologilor.

În unele enterite, coeficientul de utilizare este desigur mai defavorabil decât în stare normală; slăbirea bolnavilor și analiza fecalelor ne dau o probă evidentă în acest sens.

Nu vom indica în acest loc compoziția centesimală a făinoaselor, ci la capitolul de terapeutică a boalelor nutriției; de altfel aceste date se găsesc în toate tratatele de fiziologie.

Dăm numai câteva cifre privitoare la utilizarea lor în intestin după *J. König*¹⁾ *K. Thomas*, *Rubner*.

Se pierd prin fecale pentru:

	Albuminoide	Grăsimi	Hidrați de carbon	
Orez	20 ‰	7 ‰	1 ‰	} König
Griși de ovăz	29 "	"	"	
Macaroane	16,3 "	6,4 "	1,7 "	
Mălai	17 "	30 "	15,5 "	
Făină de grâu	10–16,9 "	"	"	} K. Thomas
Orez	32,5 "	"	"	
Griși de porumb	35 "	"	"	} Rubner
Mălai (polenta)	15,5 "	"	3,2 "	

Din această tabelă se poate vedea încă odată reaua utilizare a proteinelor vegetale; apoi se mai poate deduce oarecare lipsă de concordanță în cifrele obținute de diferiți observatori. Este de dorit să se facă și la noi cercetări de control, pe o scară largă, privitoare la utilizarea mămăligii de către intestin; chestiunea prezintă mare interes pentru igiena alimentară rurală.

1) *J. König* in *v. Noorden* și *Solomon*. *Handbuch der Verdauungslehre* Bd. 1, p. 370, 1920.

Mod de întrebuințare. După *Combe*, făina de cereale se fierbe 20-30 minute în proporție de una sau mai multe linguri la 300 grame apă. Se poate adăoga și lapte după fierbere. Când starea intestinală permite, vehiculul de fierbere poate fi laptele.

Bulionul de legume se poate întrebuința în locul apei și se prepară cu legumele obicinuite ale supei (morcov, țelină, cartofi, păstârnac); apoi în acest bulion din care s'au depărtat legumele se fierbe făina de cereale. Dacă nu avem la dispoziție o asemenea făină selecționată, realizăm o supă făinoasă consistentă fierbând în apă timp de $\frac{3}{4}$ oră cel puțin, una sau mai multe linguri de orez, de grîși mulate prealabil câteva ore în apă rece.

Macaroanele se prepară foarte simplu prin fierbere în apă sau bulion de legume; se scurg, se lasă câteva minute la cuptor. Untul proaspăt (dacă este permis) se adăogă în momentul servirii.

Budincile se prepară tot după *Combe*, v. *Noorden* și *Solomon*, cari dau aceste rețete culinare foarte utile, în modul următor: se ferb 3 lingurițe de grîși, orez sau tapiocă în 300 grame lapte cu puțin zahăr; se adaogă 2 gălbenușuri de ou; se coace la cuptor într'o formă vre-o 20 minute.

Sunt nenumărate moduri de a se prepara făinoasele, se pot găsi numeroase rețete în cărțile de bucătărie dietetică; din acest punct de vedere tratatul despre alimentație al lui v. *Noorden* și *Solomon*, cuprinde toate amănunțele științifice și practice, necesare.

Indicațiile făinoaselor sunt toate stările cu *putrefacții intestinale intense* fie că sunt însoțite de diaree, fie că ele prezintă alternative ca în *constipația colonului drept*.

Contra indicațiile sunt în mod sumar *dyspepsia prin fermentarea amylaceelor*; *constipațiile atonice ale colonului stâng* (unde se permit în mică cantitate) *ulcerul duodenal*.

Leguminoasele uscate.

Lintea, mazărea, fasolea uscată, bogate în proteine (cam 24%) sunt de digestie stomacală grea, după scara lui *Penzoldt*.

Utilizarea lor intestinală este rea, dacă se consumă numai flerte cum se obicinulește în popor: 23-30% din proteine și ca n 9% din hydrați de carbon trec în fecale.

Dacă leguminoasele uscate se consumă sub formă de păsături trecute prin sită deasă, sau sub formă de făină, rămân nerezorbite numai 9-11% din proteinele lor de constituție.

Putrefacțiile intestinale sunt destul de intense cu alimentația de leguminoase, de oarece sunt bogate în albumină ca și carnea; apoi este probabil că proteinele din leguminoasele uscate sunt mai lesne atacate de bacteriile proteolytice, decât albumina din cereale.

Faptul este că alimentația cu linte (*v. Noorden și Solomon*) dă o indicanurie notabilă și multe gaze intestinale, în special hydrogen sulfurat.

Indicațiuni. În condițiuni normale de digestie, neajunsurile leguminoaselor sunt bine suportate de organism, cu un asemenea regim, care nu trebuie să fie exclusiv constipația se evită de obicei.

În staza colonului drept, în diareele cu putrefacția albuminoidelor, leguminoasele sunt *contra-indicate*.

Combe nu autoriză păsatul sau făina de leguminoase decât după vre-o 6 luni de regim. De asemenea sunt *contra-indicate* în *dyspepsia amylaceelor*.

Cartofii.

Aceste tubercule comestibile cari constituiesc baza alimentației în multe țări din Occident, prezintă ca și leguminoasele uscate, un coeficient de *utilizare intestinală*, variabil cu modul de preparațiune culinară. Din cartofi copti, prăjiți, rămân neutilizate cam 30% din proteine și 7% din hydrați de carbon (*Rubner și Thomas*). Cu păsatul de cartofi, pierderile de proteine se reduc la 8-20%, după indivizi; hydrații de carbon neabsorbiți se cifrează cu mai puțin de 1%. De altfel aceste tubercule reprezintă înainte de toate un aliment hydro-carbonat (22%); proteinele nu figurează în compoziția lor, decât aproximativ cu 2%.

Cartofii *nu favorizează flora proteolytică* astfel că se pot consilia imediat după cereale, în afecțiunile intestinale cu *putrefacția albuminoidelor*.

Contra indicația majoră, ne este dată prin cazurile de *fermentația amylaceelor*, afecție care a fost individualizată de către *A. Schmidt*, la indivizi cu un regim bogat în cartofi.

Legumele verzi.

Compoziția lor (peste 90% apă, proteine sub 1 gram %, hydrați de carbon sub 10%), ne arată, că aceste vegetale comestibile, au o valoare alimentară mică. Dar legumele introduc varietate în regim (stimularea psihică a secrețiilor), conțin multe săruri minerale și multă celuloză, care se opune constipației. Apoi legumele proaspete, conțin mai cu seamă, vitamine, indispensabile vieții; conțin încă o secretină pentru suc intestinal și pancreatic (*Hirota, Biekel*). Acest din urmă fapt își are importanța sa, căci *Lumière* a arătat că sub influența unui regim de carență, secrețiile tubului digestiv se opresc, pe când substanțele care conțin vitamine, stimulează activitatea glandelor gastro-intestinale.

Sub influența regimului de legume, numărul bacteriilor destinate să atace celuloza se mărește în intestin.

Legumele verzi, indispensabile în alimentația normală, utile în *constipațiile atonice*, se vor da în *dyspepsii intestinale*, în *entero-colite* imediat ce starea bolnavilor permite aceste alimente. Bine înțeles se vor autoriza la început, în mică cantitate și sub formă de păsaturi.

Stenozele intestinale sunt o *contra-indicație*, absolută, pentru un regim bogat în celuloză.

Fructele dau loc la aceleași considerațiuni ca și legumele verzi, de oarece compoziția lor chimică se apropie; sunt însă mai bogate în zahăr.

Fructele sunt de asemenea bogate în vitamine; din acest punct de vedere fructele încă verzi par să fie mai favorizate.

Sucul de lămâie este un antiscorbutic puternic, având proprietăți curative și preventive, de mult cunoscute.

Fructele au o acțiune laxativă evidentă; de aceea sunt *contra-indicate*, în toate stările de diaree.

Cel mult se pot încerca atunci, compoturi foarte puțin dulci (sacharina la nevoie), de fructe mai astringente, cum sunt gutuiele, coarneau.

II. Agenții fizici.

Masagiul.

Am spus la terapeutica boalelor gastrice că masagiul are asupra stomacului o acțiune dubioasă. În unele boale

ale intestinului, acest procedeu fizic, pare să albă o influență mai evidentă.

Tehnică.

Masagiul abdominal se execută în decubit dorsal, cu semiflexiunea coapselor și gambelor.

Se încep *atingeri* ușoare ale peretelui, fricțiuni circulare, urmate de *frământări* adânci pe tot abdomenul; se continuă cu atingeri și frământări dealungul intestinului gros, de la dreapta la stânga.

Acest *masaj manual* se execută de un om de serie. Fiecare ședință ține cam 10 minute și tratamentul trebuie continuat cu oarecare persistență timp de câteva săptămâni.

Automasagiul consistă în preumblarea de către pacient a unei ghiulele de 2-3 kilograme înfășurată în flanelă. Acest procedeu este întrebuițat de marinarii engleji, cari suferă de constipație.

Modul de acțiune. Se admite că masajul produce o stimulare a peristaltismului intestinal, poate și o golire mecanică a intestinului gros. Pentru alți autori masajul nu are decât un rol sugestiv.

Indicațiuni. Faptul este că acest procedeu fizic, reușește în unele *constipații obicinuile* cari se văd des asociate cu *dyspepsie nervoasă*, la nevropați; astfel că acțiunea sugestivă nu este exclusă.

Masagiul asociat cu alte procedee fizice, se rezervă pentru constipațiile de tip *atonic* la indivizi tineri și în cazul nu prea vechi.

În constipația inveterată, în atonia intestinală a bătrânilor nu se poate spera mult, de la acest mod de tratament.

Gimnastica.

Mișcările cari fac să se contracte mușchii abdominali au același rol ca și masajul, iar *indicațiunile* sunt identice.

Electricitate.

Aplicațiunile transcutanate au o acțiune dubioasă asupra intestinului.

Totuși masajul electric conzistând în preumblarea

unui sul faradic pe abdomen, mi s'a părut că produce o modificare a constipației obicinuite, iar nu numai contracțiuni ale peretelui abdominal.

Este adevărat, că pacienții urmau în acelaș timp hydroterapie, un regim laxativ, astfel că este greu de formulat o judecată dreaptă, în privința masajului faradic.

Aplicațiuni electrice intra-rectale.

Acestea se realizează printr'un electrod larg sub formă de placă așezat pe abdomen; celălalt electrod se află într'o sondă rectală de cauciuc (modelul lui *Boudet de Paris*, lui *Boas*, lui *Schmidt etc.*)

Technică. Se introduc în rect 100-200 cmc. de apă sărată caldută și apoi sonda; se întrebuintează curenți galvanici de 20-30 miliamperi cu inversiuni frecvente.

Acțiune. Această *clismă electrică* (lavement électrique) provoacă cu siguranță contracțiuni ale intestinului gros și în special ale rectului căci aplicațiunea este aproape imediat urmată de scaun.

Indicațiuni.

Clisma electrică are ca indicație majoră, *atonia* cu *dilatația rectului* așa zisa *dyschezie* bine individualizată de către *A. Hertz* și asupra căreia vom reveni.

În această afecție, aplicațiunile electrice repetate, pot avea un efect durabil.

Dar clisma electrică a fost întrebuintată mai întâiu în Franța ca mod de tratament al *obstrucției intestinale* unde poate fi de un folos real; apoi în contra *ocluziei intestinale*. În această din urmă stare, nu trebuie să insistăm prea mult cu aplicațiunile electrice, ci recurgem la intervenția chirurgicală.

Clisme și spălături intestinale.

Technică. a) De obicei ne servim de un *irigator* pentru introducerea unei cantități mai mari de lichid în intestin. Aparatul se compune dintr'un recipient de sticlă sau de metal smălțuit conținând 1-2 litri, care se poate fixa și într'un cuiu.

Din partea inferioară a vasului pleacă un tub de cauciuc de circa 1 m. 50, la care se adaptează cu ajutorul unei piese intermediare rigide, o sondă de cauciuc moale de 10-20 centimetri. Debitul de lichid se poate mări sau mic-

șora cu ajutorul unui compresor sau al unui robinet așezat la nivelul piesei intermediare de cauciuc tare.

b) În locul irigatorului se poate aplica la sonda rectală o *seringă* de 100-300 cmc. analoagă celor întrebuințate pentru spălăturile vezicii urinare. Într'adevăr, lichidele oleoase, trec greu prin irigatorul obișnuit.

Sau ne servim de seringi și mai mici, în special pentru clisme de glicerină.

Indicațiuni.

Formule de clisme.

a) În *constipația cronică obicinuită*, ne mărginim la clisme de 300-500 gr. lichid spre a nu mări dilatația rectală.

Ne servim în cazurile mai ușoare de apă simplă la temperatura camerei.

Spre a face educația intestinului, clisma se administrează la oră fixă, de preferință dimineața. În *cazuri învechite* cu scybale dure, se poate administra seara cu presiune mică o clismă destinată să fie păstrată până a doua zi, compusă (*Boas*) din :

- 250 grame apă caldută,
- 1 linguriță de săpun verde,
- 1-2 linguri glicerină.

Clismele cu untdelemn sunt de folos în *constipațiile spasmodice (Fleiner)*. Se introduc seara la culcare, progresiv, 50—200 grame de untdelemn cald, sau oleu de floarea soarelui, de parafină. Seringa este aproape indispensabilă pentru administrarea acestor clisme, cari se păstrează cât mai mult, chiar până a doua zi de dimineață, dacă este posibil.

b) *Constipațiunile acute* necesită clisme cu vehicul mai abundent: 1 litru de apă, cu săpun și glicerină. Sau recurgem la clismă purgativă propriu zisă, după formula obicinuită în farmacopea franceză :

Decoție de follicule de sene 15 gr. la 500 gr. apă.
Sulfat de sodiu 40 gr.

c) În *colitele acute și cronice* se pot face spălături cu mai mulți litri de lichid servindu-ne de o sondă cu dublu curent; sau se ridică și apoi se coboară irigatorul stabilind un sifon.

Lichidul de spălătură variază după cazuri: în *colitele acute* banale, *serul fiziologic* poate fi de folos.

În *dizenterie* reușesc uneori bine spălături cu *hypermanganat de potasiu*, cu *nitrat de argint*, ambele la început în soluție de 1 la 10000; altfel se pot observa accidente.

Vom reveni asupra acestui punct la tratamentul *colitelor acute și cronice*, al *colitelor ulceroase*, unde vom vorbi și despre pansamentul ulcerărilor rectale cu ajutorul recto-romanoscopului.

Hydroterapia

Bolnavii atinși de afecțiuni intestinale cronice, prezintă des manifestări nervoase, fie primitive, fie secundare, justiciabile de hidroterapie. Am arătat la terapeutica boalelor stomacului, precauțiunile cari trebuiesc luate în mânărea acestui agent fizic așa de prețios, atunci când recurgem la **tratamentul hydriatic general**.

Vom întrebuița după împrejurări *cearceaful umed calmant*, *cearceaful umed tonic*, *duși călduțe* și mai târziu ajungem la *băile călduțe generale*, la *jumătăți de băi* și la *dușurile scojiene*. Nu mai revin asupra detaliilor de tehnică, date anterior.

Indicațiuni sumare.—*Colitele spastice*, des însoțite de symptome de hypervagotonie beneficiază de hidroterapia călduță; târziu se pot încerca jumătățile de băi, progresiv răcite.

Colita muco-membranoase prezintă aceleași indicațiuni.

Hydroterapia rece, la care se ajunge progresiv nu este indicată decât în *atonii intestinale*, la pacienți tineri.

Aplicațiuni locale calde și reci

a) *Punga cu gheață* aplicată pe abdomen, produce o refrigerație profundă reală, după cercetările lui *Zondek*¹⁾; răcirea ajunge până la 7° pentru straturile adânci ale pielei și depășește 4° pentru peritoneu. Aceste aplicațiuni sunt indicate în *apendicita acută*, în hemoragiile intestinale prin *ulcer duodenal*, sau prin ulcerății de altă natură.

Punga de cauciuc se va despărți de piele printr'un șervet îndoit în două sau în patru, după grosime.

b) *Compresele calde* sau un *termofor* (de metal, de

1) *Zondek*, Münch. med. Woch. No. 28, 30, 36, 1920; No. 10, 1291.

cauciuc, termofor electric) sunt indicate în durerile cari însoțesc *enterita acută*, *colitele spastice* sau cu *diaree*.

Căldura se poate aplica systematic o oră înainte de culcare și în plus în momentul senzației anormale.

Compresele reci, bine stoarse, acoperite cu o foaie impermeabilă și păstrate toată noaptea, se încălzesc după ce au fost aplicate și lucrează în definitiv tot ca o compresă caldă, având aceleași indicațiuni.

III. Apele minerale.

În acțiunea izvoarelor minerale intră, după cum am spus și în alt loc, un complex de factori: compoziția apei, proprietățile ei fizice, apoi schimbarea de mediu.

De multe ori, și mai cu seamă la indivizi nevropați, este greu de spus căruia din acești factori se datorește bunul efect sau insuccesul curei termale.

v. *Noorden*¹⁾, care atribuie cu drept cuvânt dieteticej, un rol capital în tratamentul afecțiunilor intestinale, privește cu destul scepticism balneoterapia acestor boale și o trece foarte repede cu vederea.

Totuși cunoscând bine acțiunea și indicațiunile apelor minerale, putem fi de un folos real multor bolnavi.

Țin să atrag aci atențiunea asupra unui fapt de importanță generală, în tratamentul enteropatiilor, și asupra căruia tratatele clasice și lucrările mai recente, nu insistă îndestul.

Înainte de a consilia unui bolnav de intestin, o cură balneară cu apă de băut, trebuie să ne asigurăm totdeauna de starea chimismului stomacal. Ceva mai mult, în cursul tratamentului, dacă starea bolnavului nu se ameliorează, trebuie repetat examenul gastric, căci chimismul s'a putut modifica în rău sub influența unui anumit izvor.

Se cunoșteau de mult *diareele gastrogene* ale *apepsiei*; *constipația* mai rar diareea în *hyperchlorhydrie*. Am văzut însă o serie de bolnavi, în oraș și la spital, atinși de *constipație* învechită și în special cazuri de *constipație spastică* în cari toate tratamentele întrebuițate nu făceau să dispară durerea. Am prezentat la curs, mai multe cazuri de constipație spastică, cu $HCl=O$, pe când de obicei

1) *Schmidt și v. Noorden*, loc. cit. pag. 262.

se admite că enterospasmul coincide cu hyperchlorhydria, ambele turburări puse pe socoteala vagotoniei.

La asemenea bolnavi tratamentul fizic, laxativele, beladona, nu ameliorau durerea; din contra o soluție analoagă apei de Slănic No. 6 făcea să reapară Hcl în stomac, iar constipația și durerile dispăreau.

D-l Dr. Fanciotti, în teza sa (București 1923), făcută în clinica terapeutică a insistat asupra acestor fapte, pe care le-am comunicat și la congresul de Balneologie din Mai 1923.

Bazat pe asemenea constatări, nu mai trimet un enteropat și mai cu seamă un pacient atins de constipație obicinuită, într'o stațiune balneară, fără examenul chimismului gastric.

Voiu mai reveni asupra acestor constatări, căci dacă specialiștii practică de obicei examenul chimismului stomacal în cazurile de diaree, spre a-și da seamă dacă este gastrogenă, pe cât știu acest examen nu este făcut în cazurile de constipație obicinuită, fără symptome clinice din partea stomacului.

De curând *Salliens*¹⁾ (Lausanne), la congresul de pediatrie, ajunge la concluzia (după cât se vede din darea de seamă sumară a congresului) că în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor gastro-intestinale ale copilăriei nici examenul coprologic, nici radioscoopia nu dau indicațiuni suficiente și că numai chimismul dă rezultate satisfăcătoare.

Am insistat poate prea mult asupra acestui punct, al relațiilor dintre chimismul stomacal și enteropatii; dar lucrul prezintă un interes capital, pentru alegerea unei stațiuni balneare, în afecțiile intestinului.

La terapeutila boalelor stomacului am arătat principalele izvoare străine și mai cu seamă pe cele românești, indicate în afecțiile gastrice. Multe din aceste ape minerale se întrebuițează și în boalele intestinului.

Nu volu mai da compoziția chimică a izvoarelor studiate la terapeutila stomacului, mă volu mărgini numai să arăt acțiunea lor asupra intestinului și să stabilesc indicațiunile lor.

În plus va trebui să studiem și câteva specii de ape minerale, întrebuițate numai la enteropați.

1) *Salliens*. II-e Congrès de l'Association des pédiatres de langue française. Presse médicale No. 60. 29 Juillet 1922, pag. 648.

Ape minerale alcaline.

Bicarbonatul de sodiu este sarea predominantă în aceste ape, cari de obicei conțin și o cantitate notabilă de CO_2 . Am spus că tipul acestor ape este reprezentat prin izvoarele termale din *Vichy* (Franța) iar că în România posedăm ca ape mai cunoscute cele din *Bodoc* (jud. Trei Scaune), *Cason Imperi* cu izvorul *Repati* (jud. Ciuc), *Zizin* (jud. Brașov).

Această din urmă stațiune posedă ape în cari se găsesc cantități notabile de bicarbonat de calciu, de clorur de sodiu; totuși *bicarbonatul de sodiu* este în cantitate mai mare.

Acțiune.

După *H. Meyer*¹⁾ și *J. Schütz* acțiunea bicarbonatului asupra peristaltismului intestinal, nu este bine stabilită. De asemenea nu avem fapte precise în privința acțiunii asupra secreției proprii a mucoasei intestinale

Secreția biliară²⁾ și cea pancreatică³⁾ cari intervin în digestia intestinală, sunt micșorate sub influența bicarbonatului de sodiu; cel puțin așa rezultă din lucrările de control făcute în laboratorul clinicei terapeutice.

Acidul carbonic din aceste ape, stimulează în mod puternic după *Bokay* peristaltismul intestinal, fapt despre care *H. Meyer* și *Schütz* nu sunt convinși.

Observația clinică, care-și conservă totdeauna drepturile, alături de cercetările experimentale, ne arată că apele alcaline pure, sunt mai mult *constipante*; câțiva bolnavi, cari au făcut cura la *Vichy*, înainte de războiu mi s'au plâns de acest inconvenient. D-l Dr. *Băltăceanu* îl explică foarte verosimil în conferințele sale, ca fiind consecvența diminuției secretorii ce prezintă sub influența alcalinilor, mucoasa gastro-intestinală și marile glande anexe. Am văzut totuși bolnavi, la cari bicarbonatul produce un efect *laxativ*; aceștia sunt *hyperchlorhidrici*.

1) *H. Meyer J. Schütz*. Handbuch der Balneologie Bd. II, p. 145 Leipzig, 1922.

2) *G. Băltăceanu*. Teză București 1913. Conferințe de fizioterapie și hidrologie București 1919.

3) *D-ra I. Protopopescu*. Explorarea clinică a pancreasului pe cale gastrică. Teză 1915.

Trebuie să fac o mențiune specială pentru apa de Zizin, care după cum arată cercetările D-lui Dr. Cociaș, asistent al clinicii terapeutice, stimulează secreția gastrică (congresul de Balneologie, 1923) și motilitatea gastro-intestinală. Compoziția acestei ape, nu permitea să se prevadă acest rezultat.

Indicațiuni. Nu este clasic să trimitem enteropați în stațiunile cu apă alcalină pură; avem alte izvoare minerale mai indicate. Apele bicarbonate sodice își găsesc indicația majoră în lithiaza biliară și congestiunile hepatice, afecțiuni unde pot modifica indirect și turburările intestinale, produse de ficat.

Totuși apele alcaline, luate în mici cantități (câte 50 gr.), de mai multe ori pe zi, reușesc uneori în diareele cronice, prin *entero-colită* sau prin *dyspepsie intestinală* probabil prin mecanismul scăderii de secreție gastro-intestinală.

Astfel apele din *Le Boulou*¹⁾ (Franța) dau uneori rezultate foarte bune în diareele bolnavilor veniți din coloniile franceze.

Din contra, după cele spuse mai sus, apa de Zizin, este indicată în constipațiile cu hyposecreție gastrică. Slabul ei conținut în chlorur de sodiu, o face utilă în constipațiile însoțite de fragilitate renală, sau la bolnavii în vârstă, suspecți de sclerosă renală.

Apele cloruro-sodice simple. Am arătat în alt loc, că apele minerale cloruro-sodice simple, proprii uzului intern, sunt între altele (căci asemenea izvoare sunt nenumărate la noi) *Ocna Sibiului* (Iosif) cu o mineralizare sub 9 gr. la 1000; *Basna* (Carol) tot hypotomică; *Basna* (Merke), *Bușteni*, ambele hipertonică.

Adaog și izvorul No. 2 din *Sărata-Monteoru* care conține la litru 5 gr. 60 de Na Cl și 0 gr. 35 *clorur de magneziu* sare care se găsește și în apele din *Châtel Guyon* și pare să confere proprietăți tonice intestinale acestor din urmă ape.

Stațiunile similare din Franța sunt puțin frecventate de enteropați, numai apa de *Santenay* cu circa 5 gr. 60 de chlorur de sodiu, este mai întrebuințată.

În Germania, izvoarele mai cunoscute sunt cele de la

1) Bibliothèque de thérapeutique Gilbert - Carnot. Crénothérapie, p. 125.

Homburg (9 gr. 86 chlorur de sodiu, ca în apa de Bușteni); *Wiesbaden*, termală (6 gr. 80); *Kissingen* (5 gr. 27).

Acțiune. Cercetările experimentale nu arată vr'o acțiune deosebită a acestor ape minerale, asupra secrețiilor: biliare, pancreatice, intestinale propriu zise.

Peristaltismul intestinal, este mărit de soluțiile hipertotonice de clorur de sodiu și chiar cele izotonice, trec mai repede, dacă sunt administrate în cantitate notabilă (*Best*¹⁾).

Indicațiuni Apele chloruro-sodice se întrebunțează mai cu seamă în tratamentul *constipațiilor obicinuite*, atonice sau spasmodice.

Cum aceste ape și în special cele hipertotonice din *Bușteni* stimulează în mod energic secreția stomacală (*Băltăceanu*), le vom prescrie în constipația obișnuită însoțită de hypo-secreție sau de chimism normal.

Dacă la acești din urmă bolnavi apar fenomene de hyperchlorhydrie, cura trebuie întreruptă sau cantitatea de apă redusă.

Acțiunea prea stimulantă asupra stomacului mai poate fi modificată prin adaosul de mici cantități de sulfat de sodiu.

Bolnavi hypopeptici, constipați, pot trage un beneficiu real dintr'o cură la izvoarele chloruro-sodice și starea generală se ameliorează mult, la cei slăbiți, prin stimularea apetitului.

Constipați cronici, importunați de laxative, de clisme, speră în totdeauna să obțină prin cura balneară, o modificare radicală a stărei lor intestinale. Dar această eventualitate fericită, nu se întâlnește de obicei, de cât la pacienți tineri, atinși de constipație relativ recentă. Trebuie încă să fim mulțumiți, dacă obținem efectul laxativ dorit în timpul curei.

Am văzut înainte de război, mulți bolnavi cari au făcut cura la *Kissingen*, stațiune de reputație mondială; acțiunea durabilă a curei era rară; mulți pacienți nu aveau scaun, decât numai cu adaos de „Bitterwasser“ (sulfat de sodiu, de magnezie) în apa chloruro-sodică.

Este probabil că *izvorul No. 2* din *Sărata-Monteoru* poate avea drept efect o tonificare a intestinului, așa cum se observă la *Châtel-Guyon* grație *chlorurului de magneziu*.

În ori-ce caz, în timpul curei de apă din *Sărata-Mon-*

1) *Best*. Arch. f. Verdauungskrankh. 1913, T. XIX.

teoru No. 2 D-1 Dr. Gh. Niculescu, asistent al clinicii terapeutice, a obținut efecte laxative foarte constante, la bolnavii hyperchlorhydrici mai cu seamă. Într'adevăr, d. sa a putut stabili (teză 1923, congresul de Balneologie 1923), că acest izvor, scade secreția gastrică.

Constipațiile obicinuite fiind de obicei însoțite de turburări nervoase primitive sau secundare, este important ca pacienții să poată face în acelaș timp tratament prin agenți fizici și în special hidroterapia sistematică.

Această posibilitate există și în stațiunile noastre, unde avem instalațiuni bune și medici competenți.

Contra-indicațiuni.

Sunt cele cunoscute pentru toate apele minerale în general (tuberculoză, afecții organice grave); în plus, constipațiile însoțite de *hyperchlorhydrie* evidentă clinicește sau latentă (stabilită prin analiză) nu sunt justiciabile de tratamentul chloruro-sodic.

Apoi, bolnavii trebuie supravegheați în privința rinichilor, spre a evita o retenție posibilă de cloruri, mai cu seamă când este vorba de pacienți în vârstă și de ape hipertonicе.

Apele alcaline și chloruro-sodice.

În acest cadru avem numeroasele izvoare din *Slănic* (Moldova) cu o scară de mineralizare foarte variată, care permite îndeplinirea mai tuturor indicațiunilor terapeutice prezentate de boalele tubului digestiv.

Toate aceste izvoare conțin o cantitate de chlorur de sodiu, superioară celei de bicarbonat.

Apele minerale din *Covasna* (Trei Scaune), *Malnaș* (Trei Scaune), *Stoiceni* (Solnoc Dobâca), *Sângiorgiul românesc* (Bistrița), prezintă un tip invers aceluia din Slănic adică o predominanță în mineralizarea lor, a bicarbonatului asupra chlorurului de sodiu.

Apele similare mai cunoscute din străinătate sunt :

	Bicarb. Na	Na Cl.
Szczawnica (Galiția)	8,4	4,6
Luhatschowitz (Moravia)	4,29	3,06
Saint-Nectaire (Francia)	2,5	2,5
Royat (Francia)	2,5	1,5 (termale).

Acțiune. Am putea deduce din compoziția chimică a acestor ape, că acele cari sunt hipertone, din punct de vedere Na cl, trebuie să fie laxative, bicarbonatul de sodiu neavând o influență excolo-motorie sau secretorie asupra intestinului.

Izvoarele din *Slănic* (Moldova) dau rezultate foarte inegale; am văzut bolnavi la cari constipația obicinuită s'a modificat în mod durabil; la alții nici un efect sau chiar o exagerare a constipației, cu stare generală rea.

Am credința că aceste efecte diferite sunt datorite în mare parte faptului, că nu se ține seamă în administrarea apelor, de chimismul stomacal. Nu poate fi indiferent pentru secreția și peristaltismul intestinal, dacă întrebuițăm izvorul de *Slănic* No. 3 care scade secreția gastrică cu 29%, în medie, sau izvorul No. 6, care o mărește cu 61%.

D-l Dr. Băltăceanu a studiat de curând acțiunea apel de *Malnaș* (Mara) și a stabilit (Societatea medicală a spitalelor din București, 1923), că acest izvor scade secreția gastrică. D-sa a stabilit de asemenea o scădere a secreției bilare (Congresul de Balneologie 1923; Revista de balneologie 1923). În constipațiuni, am văzut dimpreună cu D-l Dr. Băltăceanu, că apa de *Malnaș*, are uneori o acțiune laxativă la hyperchlorhidrici. Dar rezultatele sunt mult mai nesigure, ca cele obținute cu izvorul No. 2 din *Sărata-Monteoru*.

Indicațiuni. Apele din *Slănic* sunt indicate în *constipația obicinuită atonică și spasmodică*. Izvoarele No. 1 bis și 3, convin în cazurile de *hyperchlorhidrie gastrică*; *izvoarele 6 și 8* atunci când coexistă o *apepsie* sau o *hyposecreție*.

Atunci când *chimismul este normal* încercăm succesiv izvoarele 3 și 6 făcând analiza sucului gastric în timpul curei, spre a vedea dacă nu se produce o depresiune sau o stimulare secretorie prea mare, care poate influența în rău starea intestinului.

Acestea sunt indicațiunile generale. Dacă examenul pacientului ne arată în special cu ajutorul radioscopiei, că intestinul gros nu este nici atonic nici spasmodic; că ne aflăm astfel în prezența unui caz de *atonie rectală* vom recurge mai cu seamă la tratamentul local. Cura minerală nu poate fi decât de un mic ajutor.

Alternativele de constipație și diaree, cum se văd

de obicei în *staza coecală* sunt justiciabile tot de cură la Slănic ajutată de controlul gastric.

Diareele gastrogene prin achylie gastrică, se pot adesea modifica în bine sub influența izvorului No. 6 sau 8, (cu mici cantități de apă).

În cazurile de atrofie absolută a mucoasei, nu se poate obține un efect apreciabil.

Dar în multe diarei gastrogene este vorba numai de o anachlorhydrie funcțională, care se modifică repede sub influența izvoarelor excito-secretorii.

Diareele la hyperchlorhydrici (rare) pot fi tratate cu *izvoarele 3 și 1 bis*.

Tot în aceste cazuri putem încerca mici cantități de apă de Malnaș, 25-30 gr. de 3-4 ori pe zi.

În constipațiile prezentate de hyperchlorhydrici, putem încerca apa de Malnaș în cantități mai mari, 400-600 gr. pe zi. Dar după cum am spus, rezultatele sunt destul de inconstante.

Am spus la terapeutica stomacului că am avut mari surprinderi experimentale și clinice cu izvoarele dela Slănic ținând socoteală numai de compoziția lor chimică.

Cum nu cunosc încă în mod sigur acțiunea celorlalte ape minerale din Ardeal, asupra chimismului stomacal, nu pot formula încă indicațiuni sigure; dar sper să împlinim în curând această lacună.

Apele sulfatate, bicarbonatate, chlorurate.

Izvoare cu asemenea compoziție nu se găsesc în România (sau nu sunt cunoscute) deși posedăm un număr foarte mare de ape minerale.

Spre a fi complecți dăm aci compoziția sumară și cu cifre rotunjite a principalelor ape minerale străine de acest tip.

	Sulf. Na	Bic. Na	Na cl
Elster (Saxonia)	5	1,50	0,80
Marienbad (Ceho-Sl.)	5	2	2
Franzensbad "	3	1	1
Carlsbad "	2,30	2	1 termale
Tarasp (Elveția)	2	5,40	3,50

Acțiune. Indicațiuni.

Apele de *Marienbad* se întrebunțează mai mult în cura obezității; pot fi utile și în constipația obicinuită.

Carlsbad deprimă puțin secreția gastrică ca toate apele sulfatate și poate fi de folos în *constipația obicinuită* însoțită de *hyperchlorhydrie*.

Izvorul fierbinte *Sprudel*, administrat în mici cantități de câte 50 gr. de mai multe ori pe zi, dă rezultate uneori, în *entero-colite cronice cu diaree*.

Dar contingentul cel mare de bolnavi, este dat la *Carlsbad* ca și la *Vichy* de afecțiunile hepatice (litiază, congestiuni hepatice, convalescență de icter) cari pot fi însoțite de turburări intestinale secundare.

Apele minerale amare.

Substanțele caracteristice ale acestor ape purgative prin excelență, sunt *sulfatul de sodiu* și *sulfatul de magneziu*; unele conțin și *clorul de sodiu* în cantitate variabilă.

Dăm compoziția sumară la litru, a câtorva izvoare mai cunoscute din România și din străinătate, cu rezerva că analizele apelor românești fiind cam vechi, ar merita să fie refăcute.

	Sulf. Mg	Sulf. Na	Na cl
Breazu (Iași)	5	10	
Mircea "	2,4	16	
Bălățești (Neamțu)	1	1,25	14
Montmirail (Franța)	9	5	
Hunyadi Janoš (apă de Buda)	16	16	
Carabana (Spania)	4	100	

Dintre acestea se găseau în comerț înainte de războiu: *Apa de Buda, apa de Carabana, Breazu, Mircea*.

Acțiune.—După cum vom vedea la terapeutica intestinală prin medicamente, sărurile din apele amare sunt purgative, micșorând rezorbția în intestin și provocând hipersecreția glandulară. În plus, sărurile de magnezie sunt mai iritante; ele provoacă și o hipersecreție de mucus intestinal.

Indicațiuni.

Apele amare, se întrebuițează de obicei în constipația acută; ca doze, 1-2 pahare a 200 gr. din izvoarele obișnuite; 1 păhărel (a 100 gr.) de *Carabana*.

În *gastro-enteritele acute* cu diaree, vom întrebuița jumătate din dozele precedente.

Constipația cronică obicinuită, nu constituie o indicație pentru întrebuițarea continuă a acestor ape.

Din contra, ele pot fi de folos, în *constipația obezilor*, a bolnavilor *cardio-renali* (dacă nu au greață continuă), în constipația *litiazei biliare*.

În privința acestei din urmă afecțiuni, vom menționa în treacăt că după cercetările lui *Loeper*¹⁾, sulfatul de sodiu în doză purgativă, micșorează mult cifra colesterolinei din sânge.

Ape minerale calcaroase.

Tipul acestor ape a căror indicație principală o constituie litiaza urică, ne este dat prin izvorul din *Căciulata* care posedă și ceva hydrogen sulfurat provenit din sulfati; apoi urme de litiu.

Dăm aci compoziția sumară a acestei ape și a câtorva izvoare similare străine:

	Carb. Ca	Bic. Ca	Sulf. Ca	Na Cl	Miner. tot
Căciulata	0,215		0,09	0,91	1,36
Contrexeville (Franța)		0,40	1,56		2,38
Vittel (G. de Source)		0,185	0,44	0,22	1,73
Wildungen (Germania)		0,50-1,30			

Acțiune. — Sărurile de calciu, mai cu seamă în stare ionizată așa cum se află în apele minerale, micșorează peristaltismul intestinal (*Mac Callum*), micșorează transudările în inflamațiile experimentale (*Chiari și Januschke*). Această din urmă acțiune este probabil datorită unei întăriri a membranei coloidale celulare (*Höber*).

Indicațiuni. — Apele calcaroase au fost întrebuințate cu succes de către *Boas*, v. *Noorden*, în *entero-colite cronice cu diaree*, alături bine înțeles de dietetica rațională. Am văzut uneori, rezultate bune, dând în asemenea cazuri, câte 100 gr. de apă de *Căciulata* sau de *Vittel* de mai multe ori pe zi.

Dar încă odată, marea specializare a acestor izvoare, rămâne litiaza urică.

Ape calcaroase, feruginoase și magneziene.

Trebuie să existe cu siguranță multe ape calcaroase feruginoase printre cele 56 izvoare feruginoase, din vechea

1) *Loeper* Société de biologie 1922.

România, neîntrebuințate și citate ca atare în excelenta lucrare a regretatului *Šaabner Tuduri* ¹⁾.

În județele de dincolo de Carpați, există de asemenea multe ape calcaroase și feruginoase, întrebuințate ca apă de masă sub numele de borviz.

Compoziția chimică a acestor izvoare ²⁾ ne arată că multe din ele conțin o cantitate notabilă de *bicarbonat de magneziu*, care ne silește să stabilim apropierea dintre aceste ape și cele din *Châtel-Guyon*. Aceste din urmă conțin clorur de magneziu.

După fiziologii și medicii francezi (*Laborde, Robin*) sarea de magneziu constituie caracteristica izvoarelor din *Châtel-Guyon* și explică acțiunea tonică, durabilă, pe care o exercită aceste ape asupra intestinului.

Apele din *Châtel-Guyon* sunt clasate de *J. Heitz* în grupul alcalinelor gazoase, chloruro-magneziene. Totuși sărurile predominante sunt cele calcaroase. Iată compoziția sumară a câtorva ape minerale calcaroase-feruginoase-magneziene din județele de dincolo de Carpați și compoziția izvorului *Gubler* din *Châtel-Guyon*.

	Bicar. Ca	Bic. Mg	Mg Cl	Bic. Na	Na Cl	Bic. Fe	Min. tot.
Văcele (Fântână principală)	1,78	1,54	—	1,13	0,08	0,09	4,73
Borsec (izvor Kossuth)	2,38	1,52	—	1,17	0,03	0,10	5,44
Tușnad (izvor principal)	1,60	0,76	—	1,24	—	0,04	4,15
Châtel-Guyon (Source Gubler)	2,17	—	1,53	0,95	1,63	0,06	8,39

Cantitatea de *bicarbonat de fer*, tree în unele izvoare de la Tușnad de 0,13, cifra de mineralizare notabilă, pentru o apă feruginoasă. Unele izvoare din *Borsec* conțin până a 0 gr. 0,16 de *bicarbonat de mangan* care trebuie să joace un rol terapeutic; frumoasele cercetări ale lui *Bertrand*, au arătat de mult că acțiunea oxydazelor celulare nu este posibilă fără cantități infimite de mangan.

1) Apele minerale și stațiunile climaterice din România. Ediția 2-a. București 1906.

2) În folositoarea lucrare a D-lor D-ri *Țeposu și Câmpeanu*. Stațiunile băneo-climaterice din Ardeal. Clujul medical No. 6, 1920. Apărută și în broșură.

Acțiune.—După cum am spus la terapeutică stomacului, nu cunoșteam încă acțiunea precisă a izvoarelor de tip *Vâlcele* (Elöpatak) asupra secrețiunii gastrice, factor capital după mine spre a formula indicațiunii în boalele intestinului.

D-l Dr. Băltăceanu a împlinit de curând această lacună (Congresul de Balneologie, 1923), arătând că apa de *Vâlcele*, este aproape indiferentă pentru chimismul gastric. Astfel ar îndeplini condițiile unei bune apă de masă.

Ținând seamă, că analogiile de compoziție chimică între *Châtel-Guyon* și izvoarele românești citate (mai cu seamă *Borsec*, *Vâlcele*) sunt surprinzătoare trebuie să existe și analogii de acțiune. Există însă o diferență mare; izvorul francez este termal.

Medicii francezii admit că apele de *Châtel-Guyon* căutate de constipați, nu produc adeseaori o modificare a stărei intestinale, decât spre finele curei, dar că această acțiune este adeseaori durabilă. Ei admit că este deci vorba de o tonificare a musculoasei intestinale.

În plus, chimismul stomacal ar fi stimulat. Este probabil că apele similare românești au o acțiune analoagă asupra intestinului și în lucrarea d-lor D-ri *Țeposu* și *Câmpeanu* se menționează efectul laxativ al izvoarelor din *Vâlcele*.

Totuși din cazurile pe cari le-am văzut, am avut impresia, că efectul laxativ există la unii bolnavi, dar că rezultatele sunt destul de inconstante.

Avem nevoie de observații mai numeroase, spre a preziza, dacă nu cumva aceste ape, au o acțiune tonică intestinală mai tardivă.

La *Châtel-Guyon* se mai recurge după nevoie la spăturii intestinale, la masajul abdominal, la hidroterapie sistematică.

Indicațiuni.—Apele minerale calcaroase magneziene feruginoase de tipul *Vâlcele* par să convină ca și cele din *Châtel-Guyon* cazurilor de *constipație cronică obicinuită*. Ele par să fie indicate și în *falsele diaree* prin constipație, a pacienți cu chimism normal.

Sărurile de *fer* sunt utile la *constipații tinere* (mai cu seamă femei), cu *anemie*, cu *depresiune*.

La acțiunea terapeutică contribuie mult și altitudinea acestor localități, care pentru *Borsec* ajunge până la 880 m.

Din nenorocire această stațiune a suferit mult, ca și *Slănicul* (Moldova) în urma operațiunilor de războiu.

Apele de tip *Vâlcele* se pot consuma la *domiciliul pacienților*, ca apă de masă, sau poate mai bine în doze de câte 200 gr. de 2-3 ori pe zi $\frac{1}{2}$ -1 oră înainte de masă.

Este posibil ca izvoarele românești citate să dea efecte durabile în constipația obicinuită ca și cele din *Châtel-Guyon*.

În privința acestei din urmă localități, pot afirma că am văzut constipați învechiți, cari multă vreme după cură, nu mai aveau nevoie de laxative.

Apa de *Vâlcele* în cantități mici de 25-30 gr. de 3-4 ori pe zi, mi s'a părut utilă în enteritele cronice cu anemie.

Apele termale simple.

Izvoarele de acest fel mai cunoscute pentru întrebuințarea lor, în patologia intestinului, sunt cele din *Plombières* (Franța).

Mineralizarea acestor ape este slabă (0 gr. 10—0 gr. 30 la litru; dar unele izvoare au o temperatură până la 77°. Ele conțin o cantitate apreciabilă de gaze rare (în special helium), a căror radio-activitate la urgență este pentru izvorul *Vanquelin* de 14,9 milligrame minute la un volum de 10 litri de gaze.

La noi posedăm ca stațiuni cu ape foarte calde, *Băile St.-Ladislau* (jud. Bihor lângă Oradea Mare) cu izvoare până la 41°; *stajiunea Felix* tot lângă Oradea Mare, cu izvoare până la 49°.

Ambele localități posedă ape cu o mineralizare sub 1 gram; nu am date mai precise asupra cantității de gaze rare din aceste izvoare, asupra emanației de radium pe care o conțin.

De sigur însă, că aceste ape minerale, trebuie să aibă o radio-activitate mare, ca toate cele similare fierbinți.

Acțiune. — Apele din *Plombières* se întrebuințează sub formă de băi, de duși, tratamentul extern jucând un mare rol în această localitate. Se recurge des la enteroclise, la spălături intestinale cu apă minerală, practicate cu o sondă de circa 0 m. 30. Cura internă (apă de băut) este pe planul al doilea.

Cu un asemenea tratament combinat, se obține o acțiune generală sedativă, o calmare a durerilor intestinale, o

micșorare a peristaltismului și secreției intestinului. Se pare că și hyperchlorhydria gastrică se modifică în bine.

Indicațiuni — Apele termale simple de tipul *Plombières* reușesc foarte bine în *constipațiile obicinuite* însoțite de *muco-membrane*, de *dureri de-a lungul intestinului gros*, de *symptome nervoase generale*.

Diareele pe bază neuro-artritică, dispar adeseaori repede și durabil; am văzut bolnavi cari după o singură cură au fost vindecați.

În stațiunile românești indicate, se tratează mai cu seamă uricemii (rezultate foarte bune), reumatisme cronice grave, sclitice, infecțiuni utero-anexiale.

Totuși este foarte indicat să se trateze în *S-tul Ladislau* și *Felix*, *colite muco-membranoase* însoțite de *constipație* sau *diaree* și mai cu seamă *formele dureroase pe fond nervos*.

O asemenea specializare necesită instalațiuni apropiate și posibilitatea unui regim alimentar cât mai rațional.

VI. Terapeutica generală a boalelor intestinului prin medicamente.

Purgative

Substanțele cari provoacă evacuări intestinale, pot fi împărțite cu *H. Meyer* și *Gottlieb* în:

A) Substanțe cari împiedică rezorbția intes- tinală.	Sălinele	Sulfat de sodiu
		Sulfat de magneziu
		Bitartrat de potasiu
		Oxid, carbonat, citrat de magn.
	Zahăruri	Lactoză.
		Manită.
	Calomelul.	
	Agar-agar (regulina).	
	Semințe de in.	
B) Substanțe cari sti- mulează peristaltis- mul intestinului subfire.	Oieuri	Ricină.
		Croton.
	Resine	Jalapa, Scamonea.
	Acizi reșinoși	Podofilina.

C) <i>Substanțe cari stîmulează peristaltismul intestinului gros</i>		Derivatele antrachinonului	} Sene Rheum Cascara Aloes
		Sulful. Phenolphthaleina Acizi biliari.	

Vom trece repede în revistă aceste diferite purgative, indicând în mod sumar acțiunea, indicațiunile, posologia lor,

A) Substanțe cari împiedică rezorbția intestinală.

a) Purgativele saline.

Acțiunea lor a fost mai cu seamă lămurită prin lucrările lui *M. Hay* astăzi clasice.

Tipul purgativelor saline este *sulfatul de sodiu* (Sarea lui Glauber) $\text{SO}_4 \text{Na}_2$, sare greu difuzibilă, care încetinează mult rezorbția lichidului în care a fost dizolvată, precum și rezorbția lichidului ce provine din secrețiile tubului digestiv și glandelor anexe. Aceste secrețiuni (salivară, gastrică, pancreatică, biliară intestinală) reprezintă 3-4 litri de lichid (cel puțin) în 24 ore.

Sulfatul de sodiu împiedicând chiar parțial rezorbția normală a acestei mase de lichid, consecința va fi o acțiune purgativă.

Hay a mai arătat că timpul după care se produce acțiunea purgativă este funcțiune de concentrația soluției saline. Astfel 20 grame de sulfat de sodiu dizolvate în 100 gr. apă, produc la om scaune diareice după 16 ore. O asemenea *soluție concentrată* inhibă mult secreția gastrică, biliară, pancreatică și stă în intestin până dobândește o concentrare cam de 3% (punct de congelare ¹⁾ = 0°,85).

Această diluțiune este produsă de secreția proprie a mucoasei intestinale, care și în stare normală este puțin abundentă și se produce cu încetul; de unde efect *purgativ* foarte întârziat.

Hay a demonstrat că soluțiunile concentrate de sulfat de sodiu mai produc pe lângă această evacuare tardivă și o concentrare a masei sângelui, apreciată prin numărătoa-

¹⁾ *Schade* Die physikalische Chemie in der Inn Medizin p. 278, 1920.

rea globulelor roșii: aproape 5 milioane înainte de sulfatul de sodiu (soluție 25‰); între 6-7 milioane după administrare.

Lucrările lui Hay au fost făcute între 1883-84.

Azi concentrarea sau diluția sângelui se mai apreciază prin dozarea albuminei din ser (se practică repede prin refractometrie) dozarea clorurilor.

Soluțiunile diluate (3-5‰) de sulfat de sodiu, produc efectul purgativ în 1—2 ore, și fără concentrarea masei sângelui.

Aceste soluțiuni diluate inhibă mult secrețiunile gastro-intestinale; apoi cantitatea de lichid inițială este notabilă; în fine se adaugă împiedicarea resorbției intestinale de către sarea greu difuzibilă. Astfel se explică acțiunea purgativă repede.

Aceste constatări, foarte interesante din punct de vedere științific, au și aplicațiuni practice, după cum se poate lesne înțelege.

Modul de acțiune al celorlalte purgative saline al zahărurilor, al calomelului este același ca al sulfatului de sodiu.

Indicațiunile purgativelor saline sunt acelea pe cari le-am stabilit la capitolul apelor minerale amare; le repetăm aci cu oarecari complectări.

Salinele și mai cu seamă *sulfatul de sodiu* ($\text{So } 4 \text{ Na } 2 + 10 \text{ H } 2 \text{ O}$) sunt utile în *constipația acută* așa cum se vede în unele *gastrite acute* fără diaree; apoi la începutul multor *boli infecțioase generale*; de asemenea în crizele acute ale *colitei muco-membranoase*. În asemenea condițiuni, purgativul salin se administrează de obicei o singură dată, iar ulterior se recurge la clisme sau se administrează laxative.

La fel se procede și în *enteritele acute cu diaree*, unde ar fi o eroare să începem tratamentul prin astringente.

Colitele dysenteriforme și dysenteria baciliară adevărată, necesită mici cantități zilnice de sulfat de sodiu, până când scaunele și-au pierdut caracterul muco-sanguinolent.

În *constipația cardio-renalilor* putem da sulfat de sodiu în soluție concentrată spre a modifica oedemele, dacă totuși greața așa de frecventă la acești bolnavi (prin azotemie, stază venoasă abdominală) nu constituie un obstacol.

Contra-indicațiuni.

După cum am mai spus și anterior, *constipația cronică obicinuită* nu este o indicație, pentru întrebuințarea zilnică a purgativelor salin.

Intr'adevăr, acțiunea lor evacuantă, este urmată de o perioadă de constipație, uneori de câteva zile și de o senzație de slăbiciune explicabilă prin expulzarea unei mari părți din secreția glandelor digestive, care în condițiuni normale este rezorbită. Ne putem lesne închipui că aceste neajunsuri pot fi foarte serioase, când este vorba de o atonie intestinală la un individ deprimat, vecnic obosit, care a pierdut kilograme din greutatea sa, din cauza stărei nervoase. Și totuși am văzut asemenea bolnavi, care își tratau constipația cu sulfat de sodiu. Se pot face două excepții la această regulă, pentru cazurile de *constipație cronică obicinuită*, ce însoțește *litiiza biliară* (acțiunea sulfatului de sodiu asupra cholesterinei din sânge) și pentru constipația *obezității pronunțate* cu *facies congestiv*, cu *hypertensiune*.

Chiar în asemenea împrejurări este mai bine să dăm un purgativ salin la 7-8 zile, iar în intervale laxative după nevoie.

Reamintim aci în treacăt cu *H. Meyer* și *Gottlieb* că *sulfatul de sodiu* este indicat în *otrăviri* cu săruri de *bariu*, de *plumb*; sulfații acestor metale se precipită.

Mod de administrare. Formule.

Sulfatul de sodiu este purgativ în doza de 20-40 gr. după indivizi; în termen mijlociu 30 gr. sunt suficiente.

Solubilitatea maximă a sărei este la 33° (apă caldută) grație fenomenului fizic al „reversibilității” pe care-l prezintă cristalele de $So_4 Na_2$; mai sus sau mai jos de această temperatură optimă, disolvarea sărei se face cu greu.

Cele 30 grame de sulfat de sodiu se vor dizolva în circa 600 gr. apă (cam 3 pahare) caldută spre a obține soluția diluată de circa 5%, care produce efectul purgativ în 1—3 ore fără dureri.

Prescripție.

Rp. Sulfat de sodiu 30 gr.
Intr'un pachet.

Se topcește într'o sticlă cu 600 gr. apă (3 pahare) caldută și cu zeamă de dulceață; se ia în două ori, la $\frac{1}{2}$ oră interval.

Se prescrie aceeași cantitate de sare dar în 150 gr. apă unii cardio-renal cu oedeme.

În *enteritele acute cu diaree*, în *dysenterie*, în episoadele acute ale *colitei muco-membranoase*, doza de 10 gr. este de obicei suficientă; cantitățile mai mari pot fi iritante.

Sulfatul de magnezie ($\text{So}_4 \text{Mg} + 7 \text{H}_2 \text{O}$) foarte toxic pe cale intravenoasă, inofensiv pe cale gastrică (greu difuzibil) se prescrie în aceleași doze, ca și sulfatul de sodiu. Ambele săruri se pot asocia :

Rp. Sulfat de sodiu ()
Sulfat de magnezie () *āa* 15 gr.

Intr'un pachet.

Citratul de magnezie, 40-50 gr., intră în compoziția limonadelor purgative, este de gust plăcut. Am dat o formulă, la terapeuica gastritei acute.

Bitartratul de potasiu (cremor tartari, crême de tartre) se dă mai cu seamă în constipația *cirozelor hepatice*, în doză de 10 gr. (ca laxativ) și mai mult.

Se poate administra și în formule de prafuri laxative, în constipația obicinuită ; le vom indica mai departe.

Fosfatul de sodiu ($\text{Ph O}_4 \text{H Na}_3 + 12 \text{H}_2 \text{O}$) este de asemenea purgativ în doze de 20-40 gr.

Magnezia calcinată este un *oxid de Magneziu* (Mg O) preparat prin calcinarea carbonatului.

După unii lucrează transformându-se la nivelul stomacului în chlorur de magnezie ; după alții (*H. Meyer și Gottlieb*) suferă transformarea în bicarbonat de magnezie, la nivelul intestinului. Mulți medici nu prescriu magnezia calcinată, pentru că ar irita mucoasa stomacală. Nu am văzut niciodată acest inconvenient ; totuși magnezia calcinată este mai indicată în constipația însoțită de hyperchlorhydrie (*Schmid și v. Noorden*).

Magnesia calcinată se ia lesne, în suspensie în apă (aproape insolubilă) de oarece n'are nici un gust.

Nu este un laxativ ideal, de oarece purgativele ușoare obicinuite trebuie să lucreze asupra intestinului gros. Totuși, am văzut multe cazuri de *constipație spasmodică* în cari singurul laxativ tolerat era magnezia calcinată, toate celelalte producând dureri.

Dose. Cu 4-8 gr., după indivizi, se obține o acțiune purgativă de intensitate variabilă.

Medicamentul fiind ușor, reprezintă un volum mare; de acela se poate recomanda să se la cu lingurița până se găsește doza laxativă ($\frac{1}{2}$ -3 lingurițe în apă, seara la culcare; sau dimineața, dacă provoacă scaune în timpul nopții).

Calomelul sau protochlorur de mercur ($Hg_2 Cl_2$) este purgativ în doză de 0 gr. 30—1 gram. I se atribue proprietăți antiseptice mai mari decât ale altor purgative; lucrul însă a fost contestat. Ceiace este sigur, e faptul că am văzut câteva accidente grave, cu această substanță; de acela nici nu o mai întrebunțez.

Avem de altfel destule alte purgative.

Zahăruri.

Sacharoza (zahărul obicinuit), fructoza (zahărul de fructe), sunt laxative, în cantități ceva mai mari.

Dar ca medicamente se întrebunțează des în medicina infantilă *manosa* (din manită), iar la adult *lactoza* (zahărul de lapte).

Această specie de zahăr produce acțiune laxativă în doze foarte variabile, după indivizi; lucrul ține probabil la absența sau la prezența *lactosei* în suc intestinal, ferment care după cum am spus există în mod normal la copil; dispare însă de obicei la adult dar revine cu lapte în cantitate progresivă. Este probabil, că indivizii cu lipsă de lactasă, sunt mai sensibili la efectul laxativ al zahărului de lapte.

Dose. Formule. În cantități mici (5-10 gr.) înainte de masă, lactosa se prescrie des, spre a favoriza flora amylo-lytică, destinată să lupte contra *putrefacției intestinale* (staza coecală). Dozele purgative sunt una sau mai multe linguri în apă sau lapte dimineața. *Huchard* întrebunța des lactoza; o parte care se rezoarbe este diuretică. Putem asocia lactosa, cu magnezie calcinată, bitartrat de potasiu, toate lucrând asupra resorbției intestinale, și cu sulf care lucrează asupra peristalticului intestinului gros fără a provoca dureri. Această formulă reușește de obicei bine, în *constipția spasmodică* unde alte laxative provoacă dureri:

Rp. Lactosă
Magnezie calcinată
Bitartrat de potasiu
Sulfat precipitat

{	<i>aa</i> 20 gr.
	<i>aa</i> 10 gr.

D. s. 1-4 lingurițe în apă, la culcare sau dimineața.

Prescripția este mai cu seamă indicată în *constipația spasmodică* asociată cu *hyperchlorhydrie*.

Agar-Agar (sau *gelosă*). Această algă, care după cum se știe se întrebuințează pentru mediile de cultură solide, absoarbe multă apă și atunci ia o consistență gelatinoasă.

A. Schmidt a consiliat 20-25 gr. de agar pulverizat, luat în supă, spre a combate constipația obicinuită.

Modul de acțiune este analog aceluia al sanelor; scaunele sunt menținute mai fluide, grație lichidelor absorbite și reținute de gelosă.

Am văzut rezultate destul de inconstante; de acela s'au pus în circulație specialități în cari gelosa este asociată cu extract de cascara (regulin.—1 sau mai multe lingurițe la mese în supă, pășaturi; sau cu săruri biliare, (*jubol* 2 și mai multe perle la culcare), ambele lucrând asupra motilității intestinului gros. Dar și aceste specialități expun la obicinuință și trebuiesc schimbate când este vorba de o constipație cronică, rebelă.

Semințele de in, de psyllium.

Acestea lucrează tot prin mecanismul indicat pentru gelosă; în plus aceste semințe excită și peristaltica intestinului gros aton. Se prescriu una sau mai multe lingurițe, în apă, la culcare.

B) Substanțe cari stimulează peristaltismul intestinului subțire.

În acest cadru intră unele purgative violente, așa zisele *drastice* (croton, jalapa, scamonea) precum și altele cari în doză mică (podofilina, evonymina) se întrebuințează în mod prelungit, ca laxative obicinuite, mai cu seamă în congestia hepatică litlazică. Totuși acțiunea lor cholagogă este discutată.

Aceste laxative lucrează, activând trecerea conținutului lichid din intestinul subțire în cel gros; pentru unele din ele stimularea motrice se continuă și asupra acestui din urmă segment; astfel se obțin scaune moi.

Examenul radiosopic ne arată că în afară de cazurile de stenoză, nu se constată chiar la constipații vre-o întârziere notabilă în tranzitul de-alungul intestinului subțire.

O activare a motilității acestui segment intestinal, nu

este logică, de oarece scurtăm timpul în care au loc într'insul digestia și rezorbția.

Aceiași obiecție se poate face cu drept cuvânt și laxativelor din grupul precedent (magnesie, lactosă) cari încetinesc rezorbția la nivelul intestinului subțire.

Totuși în *constipațiile atonice* inveterate, la *indivizi bătrâni* cari au uzat până au devenit ineficace prin obicinuință, de toate laxativele cu acțiune asupra intestinului gros, putem încerca și pe acelea cari stimulează peristaltica intestinului subțire.

Oleul de ricină.

Acest medicament, de gust neplăcut, devine activ, după ce a fost desdoit de lipaza pancreatică și apoi saponificat.

Acidul ricinoleic pe care-l conține, pare să contribuie la stimularea motrice.

Oleul de ricină este des întrebuințat în terapeutila infantilă, mai rar la adult, unde recurgem la saline, în caz de *gastro-enterită acută*.

Dozele purgative, se întrebuințează des în obstrucția intestinală stercorală, unde se pot alterna cu purgative saline. Dozele mici de *oleu de ricină* (o linguriță) se prescriu cu folos, în episoadele acute ale *colitei muco-membranoase*.

Aceiași doză de o linguriță, dar repetată la oră până la efect, se consiliază în *apendicită*, când procesul acut este stins și când starea saburală persistă, fără a fi modificată prin clisme.

Doza mijlocie purgativă este cam de 30 grame, pentru adult (se poate merge până la 40).

Medicamentul se ia amestecat cu zeamă de lămâe, cafea, rom, etc.

Există în comerț și capsule de gelatină, conținând 3-5 gr. de oleu de ricină, cari permit administrarea substanței fără a se simți gustul.

Oleul de croton.

Acest drastic violent este aproape căzut în desuetudine.

Mai de mult se întrebuința în hemoragiile cerebrale, în obstrucția intestinală.

Doza este de 1-2 picături cari se pot adăoga la 50 gr. de oleu de migdale dulci.

Se administrează cu lingurița la $\frac{1}{2}$ -1 oră interval.

Jalapa.

Pulberea de rădăcină și resina de jalap conțin acizi reșinoși cari devin activi în mediul alcalin al intestinului subțire. Aci provoacă contracțiuni violente, probabil și hipersecreție a mucoasei (*H. Meyer și Gottlieb*).

Acțiunea motrice a jalapei se întinde și asupra intestinului gros; dar organul de elecție asupra cărula lucrează, este tot intestinul subțire.

Dozele sunt pentru pulberea de rădăcină, care trebuie întrebuințată de preferință de 1-3 grame.

Pentru toate medicamentele active, este mai bine să fracționăm dozele, spre a evita susceptibilități individuale.

Vom da mai departe, o formulă de pilule drastice, în cari intră și jalapa.

Această drogă, constituie baza *tincturei de jalap compusă*, care se ia cu înlesnire de către *cardio-renali*, în doză de 15-25 gr. după indivizi.

Formulă. Rp. Tinctură de jalap compusă ()
 Sirop de nerprun sau de mană () 20 gr.

D. S. De luat într'o singură dată, amestecată în puțină apă.

Compoziția tincturei de jalap compusă (pe care nu este nevoie să o dăm în prescripția ce se execută în farmacii) este următoarea, după farmacopea franceză:

Rădăcină de jalap	80 gr.
Rădăcină de turbith vegetal	10 "
Scamonee de Alep	20 "
Alcool la 60°	960 "

Scamonea.

Este o gomă resină, din rădăcinile de *convolvulus scamonea*, cu mod de acțiune și indicațiuni terapeutice, analoage jalapei.

Dosele pentru pulbere de scamonee, sunt de 0 gr. 50—1 gr., de preferință fracționate, în pilule. Intră în compoziția tincturei de jalap compusă.

Colocynta (*citrullus colocynthis*).

Extractul alcoolic în doză de 0 gr. 01—0 gr. 05 este un purgativ violent, puțin uzitat la noi, care formează baza multor specii de pilule din farmacopea engleză.

Guma-Gutti.

Resină din garcoma Hamburgii care intră în compoziția pilulelor lui Peter des întrebuintate spre a realiza derivața intestinală la cardio-renali.

Formula eficace și lesne de reținut este :

Rp. Jalap pulverisat
 Scamonee pulverisată } *āa* 0 gr. 05
 Guma-gutti } (cinci centigrame)
 Aloes
 Excipient Q. S.

Pentru o pilulă No. 20 asemenea. De repetat

D. s. 1—5 pe zi.

Unele formulare mai adaugă în pilulele lui Peter și o cantitate egală de calomel; după cele spuse anterior, este mai bine să suprimăm acest din urmă medicament.

Evonimyna.

Este un extract hydro-alcoolic din *Ewonymus atropurpureus*.

În dosa de 0 gr. 05—0 gr. 15 produce efect laxativ și se întrebuintează des în *congestia hepatică* asociată *litiazei biliare*.

Formulă. Rp. Evonimynă brună 0 gr. 05 (cinci centigr.)
 Extract de jusquamă 0 gr. 01 (un centigr.)
 Excipient q. s.

Pentru o pilulă No. 30 asemenea. De repetat

D. s. 1—3 pilule, la culcare.

Podofilinul.

Această resină, provenind din *Podophyllum peltatum*, se întrebuintează ca laxativ în *constipația obicinuită*, când medicamentele cu acțiune predominantă asupra Intestinului gros, nu mai produc efectul dorit.

Acțiunea podofilinului se însoțește adesea ori de colici simțitoare; de acela se asociază cu belladonă, ca în formula:

Rp. Podofilin
 Pulbere de belladonă } *āa* 0 gr. 01 (un centigram)
 Extract de belladonă }
 Excipient q. s.

Pentru o pilulă No. 30 asemenea. De repetat.

D. s. 1—3 pilule la culcare.

C) Substanțe cari stimulează peristaltismul intestinului gros.

Cele mai multe din aceste substanțe, sunt adevăratele laxative, cari se vor întrebuința de preferință, în *constipația obicinuită* prin *afonia colonului*, atunci când dietetica, agenții fizici, nu mai sunt de folos.

Droge cari conțin derivate ale antrachinonului.

Acest grup cuprinde laxativele cele mai întrebuințate ca reum (rubarba), sene, cascara sagrada, aloes (sabuș).

Substanța lor activă este un *oxyantrachinon*, variabil după substanță care poartă și numele de *emodină*; astfel avem emodina din aloes sau dioxymenthyl antrachinon; emodina din cascara, etc.

Aceste emodine, stimulează în mod electiv peristaltismul intestinului gros, congestionând (mai cu seamă aloes) organele pelviene. De aceea aloesul nu se va întrebuința la femeile gravide, căci provoacă contracțiuni uterine. La unii pacienți și în special la cei atinși de constipație spasmodică, laxativele din grupul antrachinonului provoacă adeseori colici violente.

Sub numele de *Istizin* se vând în Germania comprimate a 0 gr. 30 de *oxyantrachinon sintetic*. Acest produs tinde să înlocuiască drogele clasice. Trebuie totuși să mai așteptăm lucrări de control.

Rheum officinale (rubarba).

Se întrebuințează mai des *pulbere de rhubarbă* în doză de 1-4 grame, care se prescrie în bulinuri sau mai bine în *comprimate* de câte 0 gr. 50. De obicei, 2-4 pastile luate seara la culcare, produc efect laxativ a doua zi dimineața.

Tincturile alcoolice, vinoase, se întrebuințează mai mult pentru stimularea secreției gastrice, iar *extractul de rhubarbă* (0 gr. 10—0 gr. 30) se prescrie în pilule, asociat cu alte laxative.

Sene.

Potain zicea despre sene că este nuca vomică a intestinului gros.

Foliculele și foile, în doză mijlocie de 2 grame, infu-

zate în apă, produc un efect laxativ; peste 5 gr., acțiunea este purgativă. Această drogă, constituie baza multor ceaiuri și pulberi laxative, cari se află în comerț.

Ceaiul Saint-Germain din codexul francez, are următoarea formulă :

Follicule de sene	2 gr.
Flori de soc	{
Fructe de anis verde	
Fructe de fenicul	{
Bitartrat de potassiu	

Pentru un pachet. No. 20 asemenea. De repetat.

D. s. Conținutul unui pachet, lăsat 20 minute într'un păhărel de apă călduță, se ia la culcare; la nevoie se repetă și dimineața. De obicei indicația de ceai *Saint-Germain* este suficientă și pentru farmaciile noastre.

Folliculele de sene se pot prepara de pacienți în infusie simplă, mai puțin plăcută ca ceaiul Saint-Germain. Iată formularea:

De luat la culcare, un ceai preparat cu 5-20 follicule lăsate 15 minute într'un păhărel de apă fierbinte :

Rp. Folliculele de sene spălate în alcool 40 gr. De repetat.

Pulberea de liquirișă compusă, din farmacopea austriacă, este de asemenea un bun laxativ, care se prepară și în farmaciile noastre; se ia în doză de 1-2 lingurițe în apă, la culcare (prescriem de ex. 10) grame).

Formula acestei pulberi (socotită pentru un pachet), este următoarea :

Foi de sene	{
Rădăcină de liquirișe	
Fructe de foenicul	{
Sulf depurat	
Pulbere de zahăr	6 gr.

Cascara sagrada (*Rhamnus purshiana*).

Pulberea de cascara se consillază în doze de 0 gr. 50—1 gr. (bulnuri a 0 gr. 25).

Extractul fluid neplăcut de luat (se prepară acum și extracte mai puțin amare), este laxativ în doza de 1 gr.—2 gr. 50 și mai mult.

Cu acest extract s'a încercat și o reeducare a intestinelor când constipația nu este prea veche nici prea rebelă.

Astfel se prescriu câte 10 picături în apă, seara la culcare, măbind zilnic doza, tot cu 10 picături, până la efect laxativ; apoi se scade cantitatea administrată cu 2-3 picături pe seară, până la suprimare. Am încercat această metodă, uneori cu rezultate bune.

Cascarina în pilule a 0 gr. 05 (1-3 la culcare), produce în general efect laxativ, fără colici. Există și specialități de cascarină.

Peristallina este un produs german injectabil.

Dar asemenea specialități, cari necesită injecțiuni subcutanate, nu sunt practice, într'o afecțiune cronică prin definiție, cum este constipația obicinuită.

Tratamentul prin injecțiuni ar fi logic, numai dacă ar aduce vindecarea constipației, lucru care nu este deloc demonstrat.

Formule. Rp. Pulbere de cascara sagrada ($\hat{a}a$ 0 gr. 25
Pulbere de rubarbă

Pentru un bulin. No. 20 asemenea. De repetat.

D. s. 1-4 la culcare.

Rp. Extract fluid de cascara sagrada, 50 gr.

D. s. $\frac{1}{2}$ -1 linguriță la culcare în apă cu zahăr. (Sau metoda progresivă și apoi scăderea numărului de picături).

Rp. Extract de cascara ($\hat{a}a$ 0 gr. 06
Extract de rhubarbă ($\hat{a}a$ 0 gr. 01
Podofilin } $\hat{a}a$ 0 gr. 01
Pulbere de belladonă } (un centigram)
Extract de belladonă }
Pulbere de cascara sagrada (oa—q. s.
Excipient

Pentru o pilulă argintată. No. 50 asemenea. De repetat.

D. s. 1-3 la culcare.

Această formulă, puțin modificată, după aceia a pilulelor austriace Kleewein, dă bune rezultate chiar în constipațiuni inveterate.

Aloes (Aloe socotrina și alte specii).

Congestionează vasele pelviene, mai mult ca drogele anterioare, ceiace poate consiltui un avantaju la pletoricii, la hipertensivi. La asemenea bolnavi, vechii cliniciani căutau să producă fluxul hemoroidar, practică foarte rațională de altfel.

Aloesul (sabor în termen popular) este un suc, care uscat, presat, produce efect laxativ în doză de 0 gr. 10—0 gr. 50 de pulbere. Se formulează pilule a 0 gr. 10 (una sau mai multe la culcare).

Extractul se prescrie în pilule a 0 gr. 05 singur sau asociat cu alte purgative.

Aloina (substanța activă alături de emodină) întrebuințată în aceleași doze. Nu cred recomandabile injecțiile subcutanate de aloină.

Ca alte laxative cu acțiune asupra intestinului gros vom cita :

Sulful.

O mică parte din sulful ingerat, în scop terapeutic, este redus în hidrogen sulfurat (SH_2); sub influența vieții bacteriene, probabil și prin activitatea mucoasei intestinale (*H. Meyer* și *Gottlieb*).

Hidrogenul sulfurat, este ca și *cholina* ca diferite hormone, un stimulant normal al peristalticeii intestinale.

Astfel se explică acțiunea laxativă a sulfului, substanță care nu produce colici, dacă judec după cazurile pe care le-am putut vedea. Dozele mici (bulnuri a 0 gr. 25 la mese), sunt foarte utile spre a evita colita mercurială, care se vede adeseaori la unii predispuși, în timpul injecțiilor antisifilitice.

Mercurul, eliminat în cantitate notabilă prin intestinul gros, formează cu sulful, un sulfur de mercur, aproape insolubil.

Doza laxativă este în medie de 8 grame.

De obicei însă prescriem sulful asociat cu alte laxative, ca în formula dată anterior.

Phenolphthaleina.

Această substanță întrebuințată ca indicator în titrarea acidității unui lichid, are proprietăți laxative.

Se formulează în pilule a 0 gr. 10 (1-3 la culcare).

Există de altfel în comerț, specialități farmaceutice cu bază de phenolphthaleină.

Acizii biliari.

Cercetările lui *Singer* și *Glaessner* au arătat că acizii biliari (*acid cholic, choleinat de sodiu*), produc contracțiuni intense ale intestinului gros.

În Germania se întrebunțează mai cu seamă supozitorli (specialitate), conținând 0 gr. 30—0 gr. 50 de choleinat de sodiu, cari produc repede evacuări intestinale.

Medicamente antidiareice.

Diareea este un symptom care se întâlnește în multe afecțiuni ale intestinului (entero-colită, dyspepsia amylaceelor, tumori, enterită bacilară, etc.) sau ale altui organ (apepsie gastrică, ciroză hepatică, uremie etc.)

Oridecâteori întâlnim symptomul diareei trebuie să ne urcăm la cauză și de multe ori cu un regim apropiat, suntem de mare folos bolnavilor.

Medicamentele contra diareei, se vor întrebunța atunci când dietetica nu ne mai ajută, sau când ne aflăm în fața unei boale intestinale fără remediu.

Substanțele întrebunțate ca antidiareice pot fi clasate în :

Medicamente	}	a) Cari micșorează peristaltismul intestinal	{	Opiul
				Atropina
				Adrenalina
		b) Astringente	{	Săruri de bismuth.
				Nitrat de argint.
				Săruri de calciu.
		c) Antiseptice intestinale și bacterioterapie.		

În această diviziune, avem în vedere ca și pentru purgative, acțiunea predominantă a diferitelor medicamente, deși efectul lor este în general mixt.

Pentru moment, vom studia numai *astringentele*, antidiareice propriu zise, rezervând subdiviziunea întâia pentru capitolul *medicației sedative*, iar pe cea din urmă, o vom analiza la capitolul *antiseptiei intestinale*.

Substanțele din aceste subdiviziuni (a și c) sunt antidiareice indirecte.

Medicamente astringente.

Modul de acțiune al acestor substanțe nu este din cele mai simple.

Tratatele franceze și germane, clasice, spun că taniul multe săruri ale metalelor grele, precipită albuminolele sub formă de tanate de albumină sau de metalbuminate, e-

xercitând o acțiune identică și asupra corpurilor microbiene (acțiune antiseptică).

Astringentele în doză terapeutică mai produc după *H. Meyer* și *Gottlieb* o coagulare foarte superficială a membranei epitelilor intestinale, cu vaso-constricție.

Astfel mucoasa intestinală, devine mai puțin sensibilă față de excitațiile care deslănșue secreția și peristaltismul, de unde acțiune antidiareică.

Schade¹⁾ se ridică contra acestei concepții și zice că acțiunea astringentă este de natură coloidală.

Dânsul susține, bazat pe lucrările de fiziologie generală a lui *Loeb*, că substanțele zise astringente în doze foarte mici nu produc coagularea fie chiar superficială a membranei celulare, ci împiedică tumefacția prin acțiunea lor asupra colloidelor din celulă.

Oricare ar fi explicația acțiunii lor, experiența ne arată, că astringentele pot fi de folos spre a calma diareea, în *enteritele acute* și *cronice*, stări în care și rolul lor *antiseptic* nu trebuie lăsat de o parte.

Ca regulă generală, în *enteritele acute* nu vom recurge la astringente, decât după administrarea unui purgativ.

Tanninul (acid tanic).

Această substanță nu este prea recomandabilă, deoarece în doză mare irită stomacul și intestinul.

Azi se întrebuițează mai mult derivatele sale, cari pun în libertate tanninul la nivelul intestinului în mod lent și continuu.

Vom cita substanțele mai întrebuițate :

Tanalbina (sau tanalbinul) un tanat de albumină, este derivatul cel mai de mult uzitat, după care au urmat altele nenumărate. *Tanalbina* se dă în doze de 1-2 grame, de mai multe ori pe zi (până la 10 grame), fiind un produs util și absolut inofensiv.

În practica curentă, prescriem o cantitate de 5-10 gr. din care pacientul ia câte un vârf de cuțit bine încărcat, la oră sau la 2 ore (în câte o lingură de apă), până la calmarea diareei.

Tanigenul, e un eter diacetylic al acidului tanic conți-

1) *Schade*. loc. cit. pag. 269.

nând 85% de tanin. *Doza* utilă este de 2-4 gr. pe zi, sau un vârf de cuțit la 2-3 ore.

Tannoformul, rezultă din condensarea formolului cu acid tanic; este preconizat ca astringent și antiseptic mai puternic, decât produsele precedente.

Se prescrie în doza de 1-2 gr. pe zi (bulnuri a 0 gr. 25).

Apoi s'au pus în circulație: *Noventerolul*, *Optanin*, *Tanismutul*, toate cu bază de tanin și asupra cărora nu putem înzista.

Bismutul.

Sărurile acestui metal sunt toxice; prin faptul însă al rezorbției lor grele, dozele terapeutice sunt inofensive.

Preparațiunile de bismut colorează scaunele în negru-verde, prin formarea unei mici cantități de sulfur de bismut.

Această fixare a hidrogenului sulfurat, stimulent normal al peristalticeii intestinale, explică (în parte) acțiunea constipantă a sărurilor de bismut (*H. Meyer și Gottlieb*).

Dar în această hypoteză este greu de interpretat faptul, că doza de 10 gr. de subnitrat de bismut care se dă în cura ulcerului gastro-duodenal nu produce de obicei constipație.

De sigur că în acțiunea celor mai multe săruri de bismuth, mai intervine și acțiunea antiseptică, de folos în enteritele acute și cronice.

Doze. Se întrebuințează mai des *subnitratul* sau *carbonatul de bismuth*, *salicylatul*, *dermatolul* (subgalatul de bismuth), *orpholul* (naphtolat de bismuth) și altele.

Dozele obicinuite sunt 2-6 gr. pe zi, fracționate în bulnuri a 0 gr. 50, câte unul la 1-2 ore, până la moderarea diareei.

În diareele cronice este mai lesne pentru bolnavi, să la astringentele pe vârful cuțitului, ca în formula următoare:

Rp. Salicylat de bismuth {
Tannigen { *āā* 2 gr. 50
Carbonat de calciu 5 gr.

D. S. Un vârf de cuțit (bine încărcat) într'o lingură de apă, de 3-8 ori pe zi (la 2-3 ore).

Nitratul de argint.

Era mult întrebuințat în tratamentul enteritelor cronice.

Azi se rezervă nitratul de argint în tratamentul local al colitelor ulceroase (clisme 1 la 4000).

Rar se va recurge la tratamentul intern sub formă de pilule a 0 gr. 01 (2-5 pe zi) cari nu se vor continua multă vreme de teama colorației negre, indelebile, a tegumentelor (argyris).

Sărurile de calciu.

Am arătat la capitolul apelor minerale calcaroase acțiunea liniștitoare a calciului asupra peristaltismului intestinal, acțiunea moderatoare asupra inflamației și transudațiilor.

Toate aceste proprietăți, explică acțiunea favorabilă a sărurilor de calciu, în diareea care însoțește inflamațiile acute sau cronice ale intestinului (entero-colite).

Mod de întrebuințare. Doze.

Apa de var, conține cam 0 gr. 15 la 100 de oxyd de calciu hidratat. Se poate da cu lingura până la 60 gr. și mai mult pe zi, în diareea de orice natură.

Apa de var, este utilă și în *clisme* spre a modifica starea mucoasei, în *colitele acute și cronice*; v. *Noorden* mai întrebuințează asemenea clisme în *colita muco-membranoasă*, spre a dizolva masele de mucus.

Carbonatul de calciu, insolubil în apă, se dă în cantitate de 1-10 gr. pe zi. Am dat o formulă de astringente asociate.

Chlorurul de calciu, se întrebuințează în terapeutică intestinală mai mult sub formă de *clisme* în soluție de 1-2%, cu bune rezultate (*Leo, v. Noorden*) în rectite, în colite.

Medicația sedativă

În boalele intestinului avem des ocaziunea de a interveni în contra fenomenelor dureroase. Durerea ca și simptomul diaree se modifică de multe ori printr'o dietetică apropiată, prin agenții fizici.

Totuși suntem adeseaori nevoiți să recurgem și la calmantele durerii, unele ca belladonna, jusquiama, pot fi întrebuințate multă vreme, fără neajunsuri pentru bolnavi.

Opiul din contra, se uzitează în mod tranzitoriu, când este vorba de o afecție curabilă, căci expune la obicinuință; această drogă sau morfina, se consiliază fără rezervă numai în cazurile letale, (cancer, tuberculoză intestinală).

În acest capitol al medicamentelor calmante ale durerii intestinale, vom trece în revistă :

Opiul și morfina
Belladona și atropina
 Papaverina
 Adrenalina
 Uzara

Benzoatul de benzyl.

Acțiune generală. Acțiune antidiareică.

Am spus la capitolul introductiv de fiziologie generală, că intestinul nu prezintă sensibilitate la înțepătură, secțiune și cauterizare.

Durerea intestinului este datorită peristaltismului exagerat, contracturei unui segment al său, sau distensiunii (tunicii seroase).

Calmantele durerii intestinale, modifică contractura organului sau peristaltismul exagerat.

Astfel se explică că multe medicamente sedative și în special opiul, care liniștește peristaltismul intestinal, este și un *antidiareic* de valoare. În această din urmă acțiune, mai înră probabil și influența opiului asupra secreției intestinale.

Pe lângă modificarea anomaliilor de contracție ale intestinului, exercitată de medicamentele citate în tabloul de mai sus, opiul mai intervine și cu influența morfinei pe care o conține asupra centrului cortical de percepție al durerii. Belladona pe lângă acțiunea periferică motrice, mai paralizează și terminările sensitive ale pneumogastricului, la nivelul intestinului ca și în alte organe.

Vom trece acum în revistă principalele medicamente întrebunțate contra durerii intestinale.

Opiul.

După cum se știe această drogă conține o serie de alcaloizi, din cari cel mai important este morfina (10 la ‰).

Cu toată tendința rațională de a înlocui drogele cari conțin mult balast, prin substanțele lor active, morfina nu a detronat opiul, în terapeutila intestinală.

Intr'adevăr, clinicienii au observat, că acțiunea sedativă a opiului, este superioară în cazul de față, aceleia pe care o exercită morfina.

Lucrul a fost confirmat și de farmacologia experimentală modernă.

Acțiunea opiuului asupra intestinului este reală; avem ca probă *constipația* pe care o produce.

Mecanismul intim al acestei acțiuni nu este lesne de explicat și dă încă loc la cercetări complimentare.

În această influență liniștitoare, intervin: întârzierea evacuării gastrice prin spasm pyloric (*Magnus*) produsă de morfină, stimularea de origine spinală a nervilor splachnici, cari inhibă motilitatea intestinală; probabil și o acțiune în sensul belladonei asupra terminărilor sensitive și motrice ale pneumogastricului, cu hypotonie a acestui nerv.

*Stierlin*¹⁾ și *Schapiro* mai admit și un spasm al valvulei ileo-coecale, analog celui pyloric, lucru care pentru *H. Meyer* și *Gottlieb*, nu este absolut sigur.

Din punct de vedere clinic, acțiunea constipantă a opiuului se însoțește în general de o *balonare abdominală*, simțită de boalnav și apreciabilă la vedere. În infecțiunile grave, ca pneumonia și altele, se poate observa paralyisia vaso-motorilor, cu meteorism notabil. Vom evita, în asemenea cazuri opiaceele, cari măbind balonarea, crează un obstacol respirator notabil. Micșorarea peristalticeii intestinale sub influența opiuului și morfinei, ne explică suficient calmarea durerii.

În plus *durerile mari* se mai ușurează și prin acțiunea centrală a morfinei, care are drept efect, ca senzația dureroasă să nu fie percepută de corticalitatea cerebrală. Morfina este medicamentul specific al durerii, de orice natură.

Dozele, modul de administrare au fost indicate la terapeutila generală a boalelor stomacului; cele expuse în acel capitol, sunt valabile și pentru Intestin.

Indicațiuni generale. Durerea *enteritei* și *colitei acute* se calmează foarte repede, uneori numai după 5 picături de *laudanum Sydenham*, (mai puțin de $\frac{1}{4}$ de centigram de morfină), doză care se poate repeta. Administrarea calmantelor trebuie să fie imediat urmată de aceea a unui purgativ salin, spre a se evita staza bacteriană produsă de opiu.

În *apendicita acută*, părerile sunt împărțite; totuși mici cantități de landanum sau câte o pilulă cu un centigram de *extract thebaic* la 3-4 ore interval (1-3 în 24 ore)

1) *Stierlin* u. *Schapiro*. Münch. med. Woch., No. 50, 1912.

nu pot masca prea mult symptomologia boalei. In schimb, intestinul este pus in repaos (favorizarea aderențelor), iar bolnavul suferă mai puțin. Ca alte indicațiuni ale opiului, vom menționa *ulcerațiunile intestinale* prin ingerarea de caustice; *oclusia intestinală* unde trebuie recurs imediat la chirurg; *diareea tuberculoșilor cachectici*; *neoplasmale*, cari reclamă morfină in doză progresivă.

Contra-indicațiuni. In *enteritele* și *dyspepsiele intestinale cronice*, curabile, este mai bine să nu recurgem la opiu, de teama obicinuiței și a stazei.

Belladona.

Atropina exercită o acțiune complexă asupra intestinului, care după *H. Meyer* și *Gottlieb*, s'ar putea explica in felul următor: atropina și belladona, paralizază chiar in doze terapeutice, *terminările sensitive ale pneumogastricului* la nivelul intestinului, ca și in alte organe (*otrava electivă a sistemului para-sympatic sau autonom*).

In plus belladona paralizază și *filetele excitomotorii ale pneumogastricului* și ale sistemului autonom sacrat, cari merg la fibrele netede intestinale; astfel atropina liniștește contracțiunile intestinale, modifică spasmul dureros, când predomină acțiunea pneumogastricului.

Dar lucrurile sunt mai complicate: aceleași doze cari paralizază terminările sensitivo-motrice (și de sigur pe cele secretorii) ale vagului, excită *plexul lui Auerbach*; însă aceste excitațiuni nu sunt niciodată violente, ca cele produse de pneumogastric.

Astfel se explică faptul de observație curentă, că belladona este un *laxativ* atât in constipațiile spasmodice cât și in cele atonice.

Indicațiuni.

Din timpul lui *Trousseau*, belladona era cunoscută ca un excelent medicament al constipației care și-a menținut reputația până azi, când adăogăm că atropina este medicamentul ideal al *constipației spasmodice* (dureri și enterospasm).

Adaog un corectiv; atropina reușește bine in *constipația vagotonică*, cu hyperchlorhidrie; in stările gastrice inverse, n'am văzut rezultate bune.

In *colita muco-membranoasă* unde există de regulă

enterospasm și vagotonie, belladonna este de asemenea indicată.

Durerile cari însoțesc unele diarei prin *enterită cronică* sau *dyspepsie intestinală*, se modifică în general bine, prin belladonă; este probabil că în aceste afecțiuni, atropina are o influență și asupra diareei, micșorând secreția gastro-intestinală.

În *ocluziile intestinale acute* s'au consiliat injecțiile subcutanate de atropină (1 miligram și mai mult pe zi); dar într-o afecție așa de gravă, nu trebuie să pierdem vreme, nici cu opiu, nici cu atropina, ci recurgem la intervenția chirurgicală.

Mod de administrare. Doze.

Trimet ca și pentru opiu la capitolul de terapie generală al boalelor stomacului, unde am dat modul de administrare al belladonei, precum și dozele.

La tratamentul hyperchlorhydriei gastrice, am dat și o formulă de pilule cu belladonă, jusquiană, valeriană, care reușește de obicei în constipația spasmodică, în colita muco-membranoasă.

Sau încercăm această formulă de picături des întrebuințată de către medicii germani :

<i>Rp.</i> Tinctură de belladonă	} <i>aa</i> 5 gr.
Alcool de mentă	
T-ra de valeriană	

În flacon picături. De repetat.

D. s. De 3 ori pe zi, câte 30 picături într'un ceai de floare de teiu.

Cred că pilulele analoage acelorale ale lui *Trousseau*, cu pulbere și extract de belladonă, sunt încă utile și azi, deoarece au o acțiune mai lentă și mai continuă, decât atropina în soluție; această din urmă este consiliată în mod aproape exclusiv de către *Schmidt* și *v. Noorden*.

În practica curentă, cred că este bine să începem tratamentul cu pilulele de belladonă și dacă nu obținem calmarea durerii, recurgem și la *atropină* în picături (cam 1 miligram pe zi) sau în injecțiuni.

În cazul în care nu voi să încredințăm bolnavilor un medicament așa de activ sub formă de picături, putem prescrie atropina în soluție mai diluată.

Rp. Sulfat de atropină un centigram
Apă distilată 300 gr.

D. s. O lingură dimineața și seara.

(Fiecare lingură, reprezintă cam $\frac{1}{2}$ milligram de atropină).

Am mai încercat adeseori în crizele acute ale colitei muco-membranoase, asocierea belladonei cu *fosfat de codeină*, derivat al opiului, care nu expune la obicinuință, nici nu constipă ca morfina :

Rp. Pulbere de belladonă {
 Extract de belladonă { *ca* 0 gr. 01 (un centigram)
 Fosfat de codeină {
 Excipient Q. S.

Pentru o pilulă No. 20 asemenea.

D. s. 2-4 pe zi.

Papaverina.

Acest alcaloid al opiului s'a întrebuințat des în timpii din urmă, spre a combate *entero-spasmul*.

Cercetările lui Pal¹⁾ au arătat influența rezolutivă a papaverinei, asupra spasmului fibrelor musculare netede. De atunci a fost des consiliată în spasmul vascular (hypertensiune arterială, angină de piept) în spasmul intestinului și al sfincterelor tubului digestiv. Nu pot afirma că am văzut vre-o acțiune superioară, celei exercitate de belladonă.

Dozele zilnice sunt de 0 gr. 03-0 gr. 06. Papaverina se găsește în comerț și sub formă de pastile (specialități) a două până la trei centigrame fiecare.

Putem formula papaverina în pilule, asociată cu belladonă.

Rp. Papaverină 0 gr. 02 (două centigrame)
 Pulbere de belladonă {
 Extract de belladonă { *ca* 0 gr. 01 (un centigr.
 Excipient Q. S.

Pentru o pilulă No. 20 asemenea.

D. s. O pilulă dimineața și seara.

Adrenalina.

Această substanță (un amino-alcool) excită după cum am spus și în alte locuri, în mod specific, toate terminările simpatice cari exercită o acțiune frenatrice asupra mișcărilor intestinale.

Deci adrenalina micșorează peristaltismul intestinal, enterospasmul.

1) Pal. Wiener med. Woch No. 63 p. 1050, 1913.

Intrebuințarea adrenalinei ar fi dar logică, spre a combate durerea intestinală prin spasm sau peristaltism exagerat, acest din urmă ocazionând și diaree.

Dar acțiunea adrenalinei pe cale gastrică este foarte contestată; clismele par ceva mai eficace, dar lucrul nu este bine demonstrat.

Injecțiile de adrenalină, pe lângă turburările cardiovasculară pe cari le pot da nu sunt practice, în afecțiunile intestinale cronice.

Deși personal nu am văzut rezultate evidente cu adrenalină, în terapia intestinală, volu indica totuși formula de tratamentului întrebuințat mai cu seamă în contra diareei, în contra rectitei cu tenesma.

Doze. Mod de întrebuințare.

Soluțiile obișnuite de adrenalină din comerț au titlul de 1 la 1000, astfel 20 picături normale sau un cmc, reprezintă 1 miligram de substanță activă.

J. Strassburger prescrie în contra diareei (*in Schmidt și v. Noorden*) câte 15-20 picături de adrenalină, de 3-4 ori pe zi.

v. Noorden preferă clismele cu 1 cmc. de adrenalină la 100-200 gr. apă, în tenesme prin rectite pe bază nervoasă.

Uzara. Această plantă conține un glicozoid *uzarina* care se găsește în comerțul german în pastile a $\frac{1}{2}$ centigram, asociată cu tanin.

Rezultatele ar fi bune în diareele de orice natură; în special *tenesmele* dysenterice și colitelor dysenteriforme s'ar modifica în mod evident, prin acțiunea uzarinei, asupra peristalticeii intestinale. Intrebuințarea acestui medicament nu s'a vulgarizat.

Același lucru se poate spune și despre **benzoatul de benzyl** care lucrează asupra musculaturii netezi ca și papaverina și s'a consiliat în aceleași afecțiuni: hipertensiune arterială (spasm vascular), *enterospasm* etc.

Sunt necesare lucrări de control, înainte de a putea formula o apreciere asupra acestui medicament, consiliat de *Mach*, în urma unor studii serioase de farmacologie.

Medicația antiseptică

O parte din toxicitatea conținutului intestinal este datorită vleiței microbiene, care prin produsele ei, ar cauza în-

tre altele, arterio-scleroza și senilitatea precoce; această idee a fost susținută, după cum am spus, mai cu seamă de *Metschnikoff*. Înaintea lui, *Bouchard* a susținut cu multă tenacitate, ideea auto-intoxicației de origine intestinală. Dar cu aceleași bacterii în colon, ca toată lumea, unii indivizi ajung la o vârstă foarte înaintată; macrobiosă (viață lungă) este înainte de toate chestiune de hereditate.

Totuși s'a căutat să se micșoreze numărul bacteriilor intestinale și în special al speciilor proteolytice. Cercetările moderne au arătat însă, că și speciile amylolytice pot da diarei foarte supărătoare, realizând dispepsia intestinală prin fermentație.

Antisepsia relativă a intestinului, căci cea absolută nu este nici posibilă, nici în interesul individului (din cauza rolului bacteriilor în digestie) se realizează printr'o serie de mijloace.

1) *Alimentația* lacto-vegetariană și în special lacto-făinoasă, micșorează după cum am spus mai de mult, numărul speciilor proteolytice. Din contra un regim bogat în proteine animale, înlătură fermentația amyloaceelor, atunci când este patologică.

2) *Bacterioterapia* realizată prin iaurt, prin *fermenți lactici* ingerați în stare de puritate, micșorează prin concurență vitală, prin formarea de acid lactic, numărul microbilor de putrefacție. S'au mai încercat și alte specii microbiene utile, fără rezultate evidente.

Levura drojdiei de bere, pare să fie de folos în unele dermatose de origine intestinală. Acest tratament are în orice caz un efect laxativ, util în constipațiile ușoare (1 linguriță de drojdie de bere din comerț în puțină apă dimineața și seara).

3) În privința purgativelor există discordanțe. Cercetările mai vechi ale lui *Gilbert și Dominici* tindeau să arate că microbiismul intestinal, scade sub influența purgativelor.

Pentru *Strassburger*, calomelul, oleul de ricină măresc în general numărul bacteriilor intestinale. Lucrul s'ar explica prin inhibiția puterii bactericide normale a intestinului. În orice caz abuzul de purgative, nu este recomandabil.

4) *Medicamente antiseptice.*

a) Derivatele *taninului*, sărurile de *bismuth* pe cari le-am citat anterior, au și un rol antiseptic intestinal.

b) *Derivatele naphtolului* și în special *betolul* un salicylat de naphtol (1-3 gr. pe zi), *benzonaphtolul* (2-4 gr. pe zi) au fost prescrise timp de câteva decenii mai în toate afecțiunile stomacului și intestinului, fără discernământ. Practicienii francezi și români, foarte impresionați de lucrările lui Bouchard făceau cât mai multă antisepsie intestinală. Bolnavii cari urmează curente medicale cu încredere, erau foarte mulțumiți de acest tratament sistematic. O doamnă bătrână îmi spunea acum vre-o 20 de ani, cu multă satisfacție și convingere, că medicul său curent i-a dat atâta benzo-naphtol, încât nu mai are nici un microb.

În anii din urmă, antisepsia intestinală cu derivații naphtolului, era căzută aproape în desuetudine.

De curând, benzonaphtolul este preconizat cu multă stăruință de către *Tileston* (în v. *Noorden*), în dyspepsia intestinală prin fermentația amylaceelor.

Antisepsia intestinală, constituie un capitol interesant de istorie a doctrinelor terapeutice.

c) *Oxygenul*, introdus în intestin cu sonda duodenală, ar modifica foarte bine după *A. Schmidt*, flora sacharolytică în dyspepsiele intestinale prin fermentație. Dar în această afecție, ajungem la vindecarea boalei și fără asemenea tratamente complicate.

Tot în scopul de a realiza antisepsia intestinală, s'a întrebuițat peroxidul de magnezie (*hopogan, magnezium perhydrol*), care dă oxigen în stare născândă la nivelul stomacului.

Dar nu este probat, că putem realiza astfel antisepsia întregului intestin.

Acest antiseptic se dă în doze de 0 gr. 25—1 gr. 50 pe zi; se găsește în comerț sub formă de pastile.

d) *Pulberi inerte.*

Cărbunele animal are o mare putere de absorbțiune și poate face inofensive alcalozii sau toxine ingerate, corpurile microbiene.

S'a încercat în *enterite acute*, în *dizenterie* cu bune rezultate aparente; *von Amstel*¹⁾ a obținut vindecarea în colita ulceroasă gravă dând 10-25 gr. pe zi de cărbune animal foarte fin; în același timp administrăm 3 clisme pe zi, cu 50 gr. cărbune la 1 litru de apă.

1) v. *Amstel*. Mitteilungen ans den Grenzgeb. der Med. u. d. Chir. 33 Bd. H. 4, p. 448, 1921.

Substanța se dă în cantitate de mai multe lingurițe pe zi; uzul ei, nu trebuie însă continuat la infinit căci s'au observat obstrucțiuni intestinale grave prin coproliti de cărbune, cari au necesitat intervenția chirurgicală.

Cărbunele animal și chiar cărbunele obicinuit de lemn se vor întrebuința mai cu seamă în intoxicațiunile cu alcaloizi.

Am văzut astfel în mai multe cazuri, rezultate excelente.

Procurarea de tanin sau de soluție iodo-iodurată cari precipită alcaloizii, fac să se piardă un timp prețios.

Modul de administrare în intoxicații, va fi ingerarea cu apă, a unei mari cantități de praf de cărbune (până la 100 gr.). Apoi pacientul ingeră de mai multe ori câte $\frac{1}{2}$ litru de apă, și fiecare dată i se provoacă vărsături prin atingerea Istmului faringian. Nu este nevoie să mai pierdem vreme, căutând un tub *Faucher*.

La finele acestor manoperi simple, se dă un purgativ, spre a evita acumularea de cărbune în intestin.

Bolus alba (Kaolin) a fost consiliat de *Stumpf* ca un tratament suveran al *diareei acute* și chiar al *choleriei*, *dysenteriei*. Această pulbere inertă, ar crea un mediu impropriu vieții bacteriene. Bolus alba, se dă în doză de câteva sute de grame pe zi; dar expune ca și cărbunele, la obstrucția intestinală. În plus s'au semnalat și câteva cazuri de tetanos; de aceea Kaolinul trebuie sterilizat. Astfel poate fi considerat ca un medicament periculos.

Totuși, dacă ar fi probat că dă într'adevăr rezultate bune în *choleră*, s'ar putea întrebuința, administrând la câteva zile purgative ușoare. Nu sunt absolut convins de eficacitatea tratamentului prin Kaolin.

Terapeutică intestinală prin fermenți

Pancreatina. Acest ferment digestiv, are o acțiune reală, căci 1 gr. de pancreatină bună digeră 10 gr. de albumină pură și transformă în zahăr peste 100 gr. de amidon.

Indicațiunile pancreatinei sunt: obstrucția canalului Wirshung cu scaune grăsoase, enteritele cu achilie pancreatică cum se văd în pellagră, dyspepsia prin fermentația amylaceelor. În această din urmă afecțiune, se recurge mai mult la diastază.

Mod de administrare. Pancreatina se dă în doze de 1-2 gr. pe zi (bulinuri a 0 gr. 50), des asociată cu alcaline.

Totuși este mai bine să se administreze în pilule keratinizate (neatacate în stomac), deoarece dacă nu există achylle gastrică absolută, pancreatina este inactivată de secreția stomacală.

De același *v. Noorden*, preferă să prescrie *Pancreon* (preparație de tanin și pancreatină) în doze de câte 1 gr. de mai multe ori pe zi; acest preparat este mai rezistent față de secreția chlorhydro-peptică.

v. Noorden se grăbește să adauge că acțiunea favorabilă a pancreonului în enterite, este datorită taninului pe care-l conține.

Entero-kinasa. Acest ferment intestinal, care activează profermentul pancreatic, se găsește în comerțul francez, asociat mai cu seamă cu săruri biliare sub numele de *choleokinasă*.

Întrebuințarea acestui produs (3-6 perle pe zi), dă rezultate bune în *colita muco-membranoasă*, având și o acțiune ușor purgativă.

Maltina. Acest produs din orzul încolțit zaharifică în mod energic amidonul. Astfel este indicat, în *insuficiențele pancreatice* și mai cu seamă în *diareele cronice prin fermentația amylaceelor*. De altfel regimul bine conceput, duce la același rezultat.

Dozele de maltină, sunt de 1-2 gr. pe zi, în bulinuri a 0 gr. 50. Medicii francezi asociază des acest ferment cu pancreatina. Cum și maltina este inactivată în mediu acid, este recomandabil să o administrăm în pilule keratinizate; sau să dăm în același timp, alcaline în cantitate destul de mare (prafurile de saturație indicate la tratamentul hyperchlorhidriei gastrice).

Taka-diasstasa. Acest ferment întrebuințat în Japonia, a fost consiliat tot în dyspepsia amylaceelor cu rezultate bune de către *Alexander*, de *Roehl*.

Medicația tonică intestinală

În acest cadru, intră, substanțele (droge, corpuri chimice definite, produse de opoterapie), destinate să stimuleze peristaltismul intestinal, fără a ajunge însă la scaune lichide, după cum se întâmplă cu purgativele.

Medicația tonică, indicată în *atoniele intestinale* cu stare de *constipație obicinuită* își propune să realizeze o reeducație a intestinului, desiderat care nu se îndeplinește totdeauna.

a) *Apele minerale* de tip *Châtel Guyon*, probabil *Vâlcele* și *Borsec* conținând cam 1 gr. 50 de săruri de magneziu la litru, realizează în multe cazuri tonficarea intestinului, cu dispariție durabilă a constipației.

După cum am spus, am constatat în timpii din urmă că acțiunea laxativă a apei de *Vâlcele* (*Előpatak*), este destul de inconstantă.

Din contra, izvorul No. 2, din *Sărata-Monteoru*, posedă o acțiune laxativă mult mai constantă.

De altfel acest izvor, conține chlorur de magneziu.

b) *Substanțele amare* și în special *nuca vomică strychnina*, se întrebuințau des în atoniele gastro-intestinale. Am arătat la terapeutila boalelor stomacului, că acțiunea strychninei asupra motilității gastrice nu este probată, același lucru este adevărat și pentru intestin.

Totuși cliniceste, am văzut rezultate bune (poate și de ordin sugestiv) consiliind preparațiuni cu bază de strychnină în *atoniele intestinale* pe bază nervoasă, însoțite de hyposecreție gastrică. La terapeutila generală a stomacului, precum și la tratamentul gastro nevroselor, am dat formule și modul de întrebuințare al strychninei.

c) *Physostigma venenosum*.

Conține ca substanțe active *calabarina* și mai cu seamă *eserina*, foarte studiată în timpii din urmă ca reactiv al sistemului nervos vegetativ.

Am expus anterior (terapeutila stomacului, fiziologia intestinului) că *eserina* excită peste tot terminările sistemului para-sympatic (autonom) stimulând peristaltismul intestinal până la contractură. Deci acțiunea predominantă a *eserinei* este vagotropă și de acela s'a încercat ca medicație antagonistă în stările simpaticotonice.

Cercetările mai recente ale *Prof. Danielopol*¹⁾ și *Carniol*, arată că acțiunea *eserinei* asupra celor mai multe organe este amfotropă.

Mod de întrebuințare. Doze.

La terapeutila gastrică, am dat indicațiuni suficiente privitoare la *eserina* și am arătat că s'a consiliat mai mult în *gastralgiile*, *enteralgii* de origină simpatică.

Încercările terapeutice sunt prea recente, ca să ne putem pronunța asupra lor.

1) *Danielopol et Carniol*. Presse médicale No. 62, Août 1922, și Réunion biologique de Bucarest, 30 Juin 1922.

În schimb Boas¹⁾ întrebuița de mult extractul de *phy-sostigma venenosum* ca tonic intestinal și el arată că a fost consiliat de *Subbotin* în 1889.

Rp. Extr. fab. Calabar 0 gr. 05
Glycerină 10 gr.

În flacon picător.

D. s. De 3 ori pe zi, câte 10 picături.

d) Hormonal.

Splina, mucoasa gastrică, conțin o substanță care excită în mod specific peristaltica intestinului, întrebuițată sub numele de *neohormonal* de către *Zuelzer*.

Substanța activă din acest produs, pare să fie *cholina*, excitantul fiziologic al motilității intestinale (*Le Heux*), menționat în capitolul de fiziologie.

Hormonalul preparat la început, a dat uneori accidente anafilactice serioase (*v. Noorden*); produsul cel nou, pare mai inofensiv. Observațiile mai recente (puțin numeroase), tind să arate că *neohormonalul*, în doză de 15-20 cmc. intravenos (injecție foarte lentă), sau intramuscular, este util spre a combate *paralysis intestinală* post-operatorie.

Întrebuițarea acestui produs, în *constipația obicinuită* nu ml se pare de loc practică.

Medicația flatulenței

Excesul de gaze intestinale este foarte supărător pentru unii bolnavi, cari cer cu insistență, modificarea acestei stări.

Trebue însă stabilită cauza flatulenței spre a face un tratament etiologic; în unele cazuri (cele mai multe) este vorba de *aerofagie*, la *neuropafi*. În alte cazuri ne aflăm în prezența unei *atonii intestinale*; *fermentațiile* și *putrefacțiile* intestinale, pot cauza același inconvenient.

Un tratament bine condus, în contra afecției cauzale, modifică de obicei și flatulența care în definitiv este un symptom de mică importanță. În medicina veche, acest exces de gaze gastro-intestinale, constituia o afecție serioasă, *dyspepsia flatulentă* care se trata prin numeroase medicamente.

Lumea romană, considera probabil ca foarte pernicioasă sănătății, prezența de gaze intestinale, reținute pentru ra-

1) Boas. Darmkrankheiten pag. 204, 1901.

șuni de bună cuviință. Într'adevăr *Suetoniu* (în *Hertz*), scrie că împăratul *Claudiu*, a promulgat o lege prin care cetățeanul roman era autorizat „*flatum crepitumque in convivio emittere*”.

În afară de metoda preconizată de legea romană, se întrebuințează următoarele medicamente :

a) *Cărbunile* fin divlzat, se prescria în speranța că absoarbe gazele. Este însă probabil, că această substanță, înbibată de lichidele digestive, nu îndeplinește acest rol.

b) *Magnezia calcinată*, se dă în același scop. Reușește bine, nu ca absorbant, ci modificând constipația, care însoțește *hyperchlorhydria* gastrică.

c) *Tonicele intestinale* și în special *nuca vomică*, asociată cu *magnezia*, dă bune rezultate, oricare ar fi oblecțiunile teoretice.

d) *Carminativele* jucau mare rol în terapeutila veche. Putem reține ca utilă, *infuzia de mentă* luată după masă, sau *oleuri eterate* din plantele aromatice.

lată o formulă combinată (modificată după Boas):

Rp. Magnezia calcinată 15 gr.
Oleosacharat de mentă 5 „
Pulbere de nucă vomică 0 „ 20

D. s. Un vârf de cuțit până la o linguriță după mese

Terapeutila clinică a boalelor intestinului

O bună diviziune a boalelor intestinului este încă mai grea, ca acela a boalelor stomacului.

Într'adevăr în multe afecțiuni intestinale, intervine în tabloul clinic elementul funcțional, alături de cel organic, fără ca să putem distinge exact ce revine fiecăruia din acești factori.

Am adoptat în trăsăturile generale, o diviziune analoagă aceleia pe care am dat-o la terapeutila gastrică. Ca subcapitole, clasificarea lui *Schmidt* și *v. Noorden* este satisfăcătoare.

I) Boale funcționale cu leziuni variabile		<i>Constipația obicinuită.</i>
		<i>Dyspepsia intestinală prin putrefacție.</i>
		<i>Dyspepsia intestinală prin fermentație.</i>
		<i>Enterita muco-membranoasă.</i>

II) **Vicii de poziție**: *Enteroptoza, Afecțiuni congenitale-Megacolon sigmoidian.*

III) Boale organice cu leziuni constante	{ Enteritele acute Enteritele cronice Apendicita Colitele acute și cronice Colita ulceroasă Ulcerul duodenal Cancerul și alte tumori intestinale Tuberculoza, Syphilisul, Actinomi- cosa.	{ Boale inflama- torii
------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

IV) *Stenoza și ocluziunea intestinală.*

V) *Paraziți animall.*

VI) *Nevroze intestinale.*

Cred că diviziunea pe care am intitulat-o „boale funcționale cu leziuni variabile”, este justificată.

Astfel constipația obicinuită și mai cu seamă dyspepsiele intestinale, se pot complica la un moment dat, cu leziuni ale mucoasei.

Colita muco-membranoasă, prezintă cele mai multe semne ale unei turburări funcționale; totuși, medicii competenți îl recunosc și un element inflamator, deci organic.

Celelalte diviziuni (boale organice cu leziuni constante, vicii de poziție, etc.), se justifică lesne, prin însuși titlul ce-l poartă.

Studiind terapeutila clinică a fiecărei boale intestinale în parte, vom face o scurtă introducere etiologică și clinică, după cum am procedat și la tratamentul afecțiilor gastrice.

Această introducere, care s'ar părea de prisos, de oarece patologia intestinului trebuie să fie cunoscută cititorului, este totuși utilă din punct de vedere didactic; astfel stabilim mai lesne, indicațiunile terapeutice cauzale, iar când lucrul nu este posibil, simptomatice.

Vom consacra toată atenția tratamentului, în constipația obicinuită, în dyspepsiele (diareele) prin putrefacție și fermentație; datele terapeutice stabilite pentru aceste turburări funcționale, ne permit să tratăm aproape toate afecțiunile intestinului

I. Terapeutica boalelor funcționale ale intestinului cu leziuni variabile.

Constipația obicinuită

Sub acest nume se înțelege evacuarea insuficientă sau posibilă numai cu mijloace artificiale, a intestinului gros, fără ca să fie în cauză un obstacol intestinal sau leziunea vreunui organ mai depărtat. Astfel constipația obicinuită, este o afecțiune în aparență primitivă.

Etiologie.

Hereditatea pare să joace un rol evident; o statistică a lui *Hess Thaysen*¹⁾ arată ivirea constipației obicinuite cu un maximum de frecvență sub *etatea* de 25 ani, lucru ce pledează pentru importanța factorului hereditar.

Celelalte cauze invocate sunt (citate cât mai pe scurt): *inervația defectuoasă a intestinului gros* hereditară sau dobândită (boale acute anterioare, depresii nervoase, schimbarea ocupațiilor, hormone insuficiente, turburări endocrine); *scăderea reflexelor intestinale* (alimentație cu puține resturi, schimbarea orelor defecației, nevroze generale); *enterospasmul* des asociat cu *atonia*, coincidând uneori cu *symptome de hypervagotonie*; *insuficiența musculaturei intestinale congenitală (Nothnagel)*, sau dobândită (enterite, senilitate) asociată des cu insuficiența mușchilor pelvieni, abdominali.

S'a mai zis (*A. Schmidt*), că în constipația obicinuită există o *supra-activitate a digestiei de celuloză*, în colon, cu *rezorbție activă*.

Asemenea cazuri există, dar sunt rare și nu pot constitui o etiologie generală a constipației.

Hertz citează observația unei bolnave, care avea scaune de vre-o 4 grame la săptămână; totuși examenul rectal și radioscopia au arătat vacuitatea intestinului gros. Autorul²⁾ numește astfel de cazuri, *colon vorace*.

Toate cauzele citate, conduc la un tratament medical, variabil după etiologia stabilită într'un caz dat și după concepțiile medicului.

S'au invocat și alte cauze, cari au drept consecință o te-

1) *Hess Thaysen*. Archives des maladies de l'app. digestif et de la nutrition T XII No. 4 p. 250, 1922.

2) *Arthur Hertz*. Constipation et troubles intestinaux (Traducere din limba engleză) Masson 1912. Este cea mai bună monografie a constipației.

răpetică mai agresivă. Se cunoștea de mult, dela *Glénard* ptoza colonului transvers, ptoza ascendentului, însoțite de constipație. Trebuie să adaug însă, că am văzut cazuri accentuate de enteroptoză, fără turburări ale evacuarii intestinale.

Mai târziu, *coecul mobil* (*Wilms*), cotiturile colonului ascendent fixat prin *aderențe membranoase* (*Arbuthnot Lane*), sau sub formă de *bandă* (*Jackson*), au condus la părerea, că aceste vicii de poziție, unele congenitale, altele dobândite, ale coeco-ascendentului, sunt cauza reală a constipației rebele. De unde, necesitatea intervenției chirurgicale.

Dar *Mollisss* și *Cameron* (în *Hertz*) au arătat că există aderențe peritoneale la toți adulții, și de 11 ori din 17 autopsii, la copil sub 5 ani; ei conchid că aceste aderențe (văzute de mult de *Virchow*), nu pot fi nici cauza, nici efectul constipației. Adevărul este că aceste modificări pot juca un oarecare rol, în geneza *constipației colonului drept*, fără a avea valoarea unui obstacol; clinicește nu am văzut în asemenea constipații, stabilite prin examennul radioscopic, semne de stenoză și în special nu am văzut peristaltismul ileocecal mărit, așa cum se observă în obstacole.

Cazurile grave descrise de autori, sunt în definitiv stenoze sau ocluziuni ale colonului, cari nu intră în cadrul constipației obicinuite,

Symptome.

Semnele intestinale directe, se reduc la puțin lucru; emisiune de materii dure, insuficiente; adeseori la mai multe zile; sau imposibilitate de a avea scaune, fără purgative sau clisme.

Scaunele prezintă adeseori mucus la suprafață.

Semnele funcționale pot lipsi complet.

Unii bolnavi simt greutate *gastro-intestinală*, senzație de tensiune, pe care o acuză mai mult nevropații. Alții au *dureri* dealungul intestinului, despre care vom vorbi la formele clinice. *Apetitul, chimismul* gastric sunt variabile; aciditate normală în 50% din cazuri, 30% hyperchlorhidrie, 20% hyposecreție (*A. Schmidt*); dar *v. Noorden* dă o cifră mai mare hyperchlorhidrii. *După cum am mai spus, chimismul gastric trebuie stabilit și la constipații fără turburări gastrice subiective, deși lucrul nu este consiliat de clasici.*

În constipația dureroasă, deci cu enterospasm, am găsit de regulă anachlorhidrie gastrică, contrariu părerei clasice. Se admitea într'adevăr, că la vagotonici cum sunt acești bolnavi există hyperchlorhidrie cu enterospasm. Lucrul nu pare exact (*Revista de Balneologie 1923* și *Tesa D-lui Dr. Fanciotti 1922*).

Systemul nervos nu prezintă nici-o turburare, la unii constipați; alții au depresiune, oboseală perpetuă, fond pesimist, ce-

falee, amețeli, toate puse de unii autori pe socoteala auto-intoxicației intestinale. *Dar am văzut mulți nevropași, fără constipație, cari prezintau toate aceste semne.*

La unii bătrâni, fără ocupație; chestiunea scaunului zilnic, constituie o adevărată obsesie; acest tip patologic a fost fixat de mult, de către *Molière*.

Starea generală este foarte variabilă, dela aparență floridă, cu obezitate chiar, până la anemie, cu enteroptoză, cu slăbire considerabilă, datorită iarăși auto-intoxicației pentru mulți medici.

Astfel între alții, *Pauchet*¹⁾ descrie într'un tablou foarte negru, accidentele *stazel intestinale cronice*, pe care o mai numește și *boala lui Arbuthnot Lane*.

Fără a nega acest factor al auto-intoxicației, care poate juca un rol la indivizii al căror organism se apără mai rău (*Hertz*) contra rezorbției toxice intestinale, trebuie să adăog, că *am văzut multe cazuri de enteroptoză, cu stare generală rea, dar cu scaune normale.*

De altfel *Nothnagel* spunea (ași zice cu drept cuvânt), că turburările produse de constipație, au fost mult exagerate.

Complicațiunile grave, sunt în definitiv rare. În acest cadru intră obstrucția intestinală, gangrena parietală cu peritonită, abcese circumscrise, datorite formării de mase stercorale dure, de *coprolți*.

Asemenea accidente se văd mai des la alienații sau la persoane care nu-și tratează deloc o constipație rebelă.

Complicațiunile mai ușoare sunt: hemoroidele, fisuri, abcese anale.

Forme clinice.

Vom deosebi patru forme clinice de constipație obicinuită, importante de cunoscut pentru stabilirea indicațiunilor terapeutice.

Mențin și constipația spasmodică, deși este suprimată din multe descripții moderne.

1) *Constipația colonului drept*. Individualizată de lucrările engleze menționate, bine descrisă cliniceste de *Stierlin*²⁾, *Mathieu*³⁾ și *Roux*, de *Duval*⁴⁾ și *Roux*, cari atribue constipa-

1) *Pauchet*. Gazette des hôpitaux, 15 Mai 1919, p. 213.

Bulletin médical, No. 25, 1921, p. 509.

2) *Stierlin* Ueber die Obstipation v. Ascendens typus Münch. med. Woch. 1911.

3) *A. Mathieu* et *J. Ch. Roux*. Pathologie intestinale 3-ème série Paris 1911.

4) *Duval* et *J. Ch. Roux*. La stase stercorale coeco-ascendante. Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition. No. 12, p. 705, 1920.

ția coecală mai mult aderențelor pericolicice sau ptozel coecale. Dar nu putem nega nici rolul *typhlatoxiei* (Combe, Fischler).

Semnele constistă în constipație simplă, sau diaree, sau falsă diaree (scaune lichide conținând porțiuni dure); des dureri în fossa iliacă dreaptă, imposibile de separat când își au sediul jos, de acelea ale apendicitei cronice; coecum uneori palpabil; stază coecală la examenul radioscopic.

Coeco-ascendentul, fiind un organ de digestie bacteriană și rezorbție activă, staza produce accidente de autointoxicație: limba saburală, izbucniri febrile cu sau fără diaree, stare generală rea și toate simptomele nervoase la distanță, semnalate anterior și cari se pot vedea în orice dyspepsie neurastenică.

Încă odată, accidentele rare de ocluzie, descrise de autori, nu pot face parte din tabloul clinic al constipației coeco-ascendentului.

2) *Constipația colonului stâng sau constipația atonică obicnuită*. Această formă clinică, corespunde descripției tip pe care am dat-o la symptome; constipația rezumă aproape toată istoria clinică, afară numai dacă individul nu are în același timp și semnele unei nevroze generale, lucru care se întâmplă des. Colonul stâng și în special ansa sigmoidă, reprezintă un rezervor al materiilor fecale, rezorbția fiind redusă la minimum.

Această diviziune în constipația colonului drept și a celui stâng, admisă de J. Ch. Roux, de Singer¹⁾ și Hobzkecht exactă în trăsăturile generale, este totuși puțin schematică. Într'adevăr examenul radioscopic arată că în aceste constipațiuni obicnuite, există un oarecare grad de *atonie* a întregului colon, trecerea prânzului bismutat fiind lentă.

3) *Constipația dureroasă sau spasmodică*. Fleiner a studiat bine această varietate (întrevăzută și de alții înainte) pe care a opus-o constipației atonice. Însă radioscopia a arătat că poate exista de-a lungul colonului, o alternanță de atonie și spasm.

Astfel constipația spasmodică tinde să dispară ca entitate morbidă din tratatele clasice.

Apoi coarda colică semnul major al constipației spasmodice, înaintea radioscopiei, se poate simți și în diaree cronice și la indivizi normali, după cum spune Boas și după cum am putut verifica singur de multe ori.

Dacă nu există constipație spasmodică așa cum o schematizase Fleiner, există totuși o *constipație deosebită dureroasă*, care comandă un tratament deosebit de acela al formei atonice, unde nu avem dureri.

Locurile de elecție ale durerii spontanee și la presiune sunt unghiul splenic al colonului (*durere în hypochondrul stâng*),

1) Singer u. Holzkecht. Münch. med. Woch. No. 48, 1911.

colonul descendent. Se văd însă dureri și la nivelul coecului, fără ca să fie posibil să eliminăm apendicita cronică. Totuși durerea la dreapta persistă și după ablațiunea apendicelui, după cum voiu avea ocazia să o spun mai târziu.

Cauza *durerei zilnice*, permanente, care *domină întreaga istorie clinică* a acestei forme, este pentru unii enterospasmul, cu semne de hypervagotonie inconstante; pentru alții iritația intestinului prin mase stercorale, mergând până la pericollita cu adherente, explică fenomenele dureroase. Nu pot nega acest din urmă factor; dar posed observațiuni de bolnavi dinainte de războiu, atinși de constipație dureroasă, cu fond nevropat evident, preocupați la extrem de starea lor. Am revăzut pe mulți din acești pacienți fideli, după războiu, în timpul cărui au stat pe front; mai toți afirmă că nu au simțit în acel timp nici o durere.

Este greu de admis la acești bolnavi, o cauză organică a durerii, căci regimul din campanie ar fi exagerat colita și pericollita. Asemenea cazuri mă fac foarte sceptic în privința rușii aderențelor în constipațiile dureroase drepte și stângi, chiar atunci când afecția rezistă mult tratamentului medical.

Chimismul stomacal, arată predominanța hyperchlorhydriei (v. *Noorden*), în constipațiunile spasmodice, fapt pe care-l afirmă și *A. Robin*. Posed însă și observațiuni de constipație dureroasă cu *anachlorhydrie* cari comandă o terapie specială.

4) *Constipația rectală* sau *dyschesie* (*A. Hertz*). Această formă clinică, a fost bine studiată de către *A. Hertz* și confirmată din toate părțile.

Examenul radioscopic arată trecerea, în timp normal (sau chiar accelerată) a bismuthului prin colon. Dar materiile fecale se opresc în ansa sigmoidă, în rect, unde pot fi găsite prin examenul local.

Este deci vorba de o *atonie rectală* sau *recto-sigmoidiană*,

Bolnavii pot avea scaune zilnice, și de mai multe ori pe zi, evacuând mici cantități de materii dure, adesea ovilate, totuși pot ajunge la obstrucția completă.

Cauza *dyschesiei*, este slăbirea reflexului defecației (mai rar a mușchilor), cum se vede în tabes, în histerie, dar și la indivizi normali din punct de vedere nervos. Aci intervin alți factori, cari aduc tot slăbirea reflexului evacuator: neglijaarea orilor obicinuite pentru defecație; evitarea acestui act din cauza durerilor produse de fisuri anale, exudate pelviene la femei și alte cauze, cari de multe ori ne scapă.

Constipația rectală trebuie cunoscută, căci nu poate fi modificată în mod util, decât prin tratamentul local.

Terapeutică. *Arbutnoth Lane* a propus printre alte intervențiuni destinate să combată constipația, extirparea

totală a colonului, operație care după însăși statistica autorului, dă o mortalitate „destul de înspăimântătoare“ (assez effrayante) cum se exprimă *Mathieu* și *J. Ch. Roux*. Supraviețuitorii însă (cam 80%), erau vindecați de constipație și pe lângă alte avantajii, mai prezentau și o stimulare genesică, greu de explicat.

Acest tratament radical, nu va avea de sigur mulți apărători.

Terapeutică medicală, mai complicată, mai nesigură ca rezultate funcționale, înregistrează totuși multe succese, fără riscuri pentru bolnav.

Diviziunea clinică și terapeutică a constipației obișnuite, cuprindea mai de mult *forma atonică* și *forma spasmodică*.

Din punctul de vedere al tratamentului, vom adopta diviziunea modernă cu patru forme clinice.

Constipațiunile colonului stâng, cele mai frecvente, corespund vechii forme atonice și ne vor servi pentru instituirea tratamentului tip, al atoniei intestinului gros.

1) **Tratamentul constipației colonului stâng.**

Vom trece succesiv în revistă, *dietetica*, *agenții fizici*, *medicamentele* cele mai indicate în cazul de față.

Regim alimentar.

Dietetica bine concepută, este suficientă în multe cazuri de atonie a colonului, spre a aduce schimbări radicale.

În acest scop, vom întrebuința alimentele laxative, cari ne sunt cunoscute din capitolul de terapeutică generală.

Cu *Boas*, cu *Hertz*, putem împărți alimentele din punctul de vedere al constipației, în :

A) *Alimente constipante*, cari produc acest efect, fie prin faptul că sunt prea bine utilizate de intestin, fără să lase resturi stimulente ale peristalticei (carnea, tapioca, orezul, macaroanele), fie că sunt bogate în tanin (ceai tare, cacao, vin roșu).

Uzul acestor alimente se va suprima sau restrânge în constipația care ne ocupă, afară de indicațiuni speciale.

Astfel o colită supra-adăogată, cu putrefacțiuni intestinale intense, poate comanda uzul tranzitoriu al făinoaselor.

B) *Alimentele laxative* se clasează în :

a) <i>Laxative pe cale chimică</i> , ca	Acizi organici	{	laptele bătut, iaurt,
			kefir, zeamă de varză, fructele.
	Zaharuri	{	miere, fructe, compo- turi, marmelade, mustul.
	Substanțe grase	{	unt unt-de-lemn.

b) *Alimente laxative pe cale termică*. Băuturile reci, stimulează în mod reflex, contracțiile intestinale.

Un pahar de apă rece, dimineața, cu puțin zahăr sau lactoză, ajunge de multe ori, spre a modifica o constipație ușoară.

c) *Alimentele laxative pe cale mecanică* sunt toate acelea de utilizare intestinală rea, dar cari fiind bogate în celuloză, stimulează peristaltismul intestinal.

În acest cadru avem: pâinea complectă, legumele verzi, fructele. Acest din urmă aliment intră în hygiena americanilor de nord, cari dimineața pe nemâncate, încep prin a consuma fructe.

Mămăliga se apropie de pâinea complectă; morile țărănești dau un mălai, care deși cernut, conține o cantitate apreciabilă de celuloză, din învelișurile bobului de porumb.

Dietetica constipației atonice va cuprinde deci: pâine complectă, multe legume verzi, multe fructe, lapte fermentat, făinoase puține (cartofii conțin celuloză), mult unt, unt-de-lemn (în salate), carne puțină odată pe zi.

Unii medici suprimă complect carnea din alimentația constipațiilor, metodă care se poate încerca transitoriu; dar individul cu viață activă, ar suporta greu un asemenea regim definitiv.

Iată cum se poate formula ¹⁾ dietetica în boala care ne ocupă:

La deșteptare: un pahar de apă minerală rece (după chimismul gastric) sau fructe (de încercat succesiv).

7½—8 a. m. ceai sau cafea cu lapte; pâine cu țărâțe, unt, marmelade sau miere.

1) Accentuez necesitatea, ca regimul alimentar să fie totdeauna formulat de către medic, fiind de multe ori mai important ca medicamentele.

12—1

ridichi sau măslina, sardela; multe legume verzi, carne puțină, cu salată și cartofi; multe fructe sau compot.

Pâine cu țărățe la toate mesele.

Băutură la mese: puțin vin alb cu apă.

Seara :

1 ou, multe legume verzi, iaurt, multe fructe sau compot

Este recomandabil ca bolnavii să ia pe la 4 p. m., iaurt, sau lapte bătut, sau kefir de o zi, dacă felul ocupațiilor le permite.

Boas mai consillază 2 linguri de unt-de-lemn la culcare, pe care însă nu-l suportă toți pacienții.

Bine înțeles această schemă dietetică convine în cazurile de constipație atonică a colonului stâng, cu chimism gastric normal sau vecin de normală, cu celelalte mari aparate în stare bună.

Hyperchlorhydria, apepsia accentuate, vor necesita regimul alimentar apropiat; tot astfel afecțiunile renale, hepatice, ale nutriției, care ar putea însoți constipația.

În materie de terapeutică clinică, indicațiunile majore, ne sunt date de afecțiunea cea mai serioasă.

Agenții fizici.

Masagiul systematic (electric sau manual), *hydroterapia stimulentă* (duși scoțiene), *sporturile* se vor rezerva pacienților cari au timp și mijloace să se îngrijească.

Restul bolnavilor (cei mai numeroși) pot recurge la o serie de mijloace simple, utile din punctul de vedere al hygienii generale și constipației obicinuite atonice.

Gimnastica abdominală, se poate realiza prin mișcări de flexiune ale trunchiului executate succesiv, în poziție șezândă și culcată.

Hydroterapia stimulentă, este lesne de îndeplinit cu un minimum de instalație, recurgând la așa zisul „tub” englez.

Pentru aceasta e nevoie de un lighian având un diametru de circa 1 metru, construit din tablă, sau din lemn (cu doage laterale ca albia moldovenească); recipientele de cauciuc sunt azi prea costisitoare. Individul așezat în lighian sau în picioare, își face abluțiuni reci pe tot corpul cu un burete muiat în apă luată din alt vas (un lighian obicinuit).

În realitate, acest procedeu de igienă, ajutat de spă-

lături, cu săpun, ar trebui să fie pus în practică de toată lumea, căci nu este permis unui om civilizat să nu-și spele în fiecare zi, întreaga suprafață a corpului.

Temperatura apei, poate fi modificată după indivizi, după rezistența lor nervoasă.

„Tubul“ va fi precedat de gimnastica abdominală și urmat de o *fricțiune* energetică cu o rufă aspră sau o mănășcă de bae; toate trei operațiile în câteva minute și pot fi îndeplinite dimineața, de omul cel mai ocupat.

Clisme.

Irigațiile intestinale reușesc foarte bine în atonia colonului, la unele persoane, cari le continuă o viață întreagă.

La altele, clismele scad după un timp reflexul evacuator și nu mai produc nici un efect.

În fine, unii constipați, prezintă în urma acestui tratament fizic, o adevărată recto-colită dureroasă, astfel că nu mai pot fi continuate.

Din aceste fapte, se poate vedea, că este greu de formulat o regulă absolută.

Vom consilia clismele de circa 500 gr. apă fiartă și răcită la temperatura camerei (tonice intestinale), pe câtă vreme produc efect evacuant și nu irită intestinul.

Aceasta bine înțeles, dacă dietetica rațională nu modifică constipația.

Atunci când irigațiunile intestinale nu mai sunt utile, vor fi înlocuite prin laxative.

Balneoterapia.

Indicațiunile apelor minerale în terapeutila intestinală, ne sunt cunoscute.

Constipația colonului stâng necesită un tratament hidromineral, care trebuie să țină socoteală de starea chimismului stomacal.

a) În cazurile cu *chimism vecin de normală* se pot prescrie apele *tonice intestinale*, *magneziene* de tipul *Borsec*, *Vâlcele*, cari prezintă mari analogii cu cele din *Châtel-Guyon*.

Totuși după cum am spus, rezultatele obținute cu apa de Vâlcele sunt inconstante, deși aceste izvoare, ar fi indicate din punctul de vedere al chimismului stomacal, pe care-l lasă aproape neschimbate (Băltăceanu).

Efectele laxative, sunt mult mai constante ca *isvorul No. 2 din Sărata-Monteoru*; deși această apă, scade puțin secreția gastrică (G. Niculescu), totuși nu este contra-indicată în cazurile cu chimism normal.

Tot în aceste din urmă cazuri, se pot încerca și izvoarele din Slănic No. 6 și 8 (stimulente ale secreției) 3 și 1 bis (deprimante), observând însă bolnavii de aproape.

b) Constipația atonică a colonului stâng, asociată cu *anachlorhydrie* reclamă izvoarele *chloruro sodice-bicarbonatate* de tip *Slănic (Moldova) No. 6 și 8*; apele *chloruro sodice-hypertonice*, de tip *Bușteni*.

Aceste cazuri constituiesc o indicație și pentru apa de *Zizin*, care stimulează secreția gastrică și peristaltismul gastro-intestinal (Cociaș)

c) *Hyperchlorhydria* gastrică supra-adăogată, necesită apele de *Slănic No. 3 și 1 bis*, poate și izvoarele alcaline predominente, de dincolo de Carpați, fără ca să am o certitudine absolută în acest sens, după cum am spus la capitolul de terapie generală.

La domiciliul bolnavilor putem consilia dimineața la deșteptare 200 gr. de apă minerală, din izvoarele indicate, ținând socoteală de starea gastrică.

Apele mai concentrate, în special cele cari conțin peste 9 gr. chlorur de sodiu la litru, nu pot fi continuate mai mult de 20-30 zile, urmate de o pauză de câteva luni.

Intr'adevăr, am văzut la mai mulți bolnavi, ușoare semne de iritație renală, trecătoare de altfel.

Izvoarele cu mineralizare mai slabă (*Slănic No. 1 bis și 8, Vâlcele, Borsec, Bodoc*, apoi *Zizin, Sărata-Monteoru No. 2*) consumate în doza de un pahar zilnic, nu prezintă nici-un inconvenient, chiar dacă sunt continuate multă vreme.

Credința mea, bazată pe fapte, este că apele minerale bine întrebuințate, sunt de un folos real în constipație.

Medicamente.

Toți medicii cu experiență sunt convinși că purgativele nu vindecă constipația, contrariu celor anunțate prin reclamele, cari însoțesc unele specialități.

În totdeauna trebuie să căutăm a modifica constipația prin *regimul alimentar*, prin *agenții fizici*; aceasta constituie o *necesitate imperioasă la copii, la indivizii tineri*.

După cum am mai spus, laxativele se rezervă pentru

cazurile vechi, la adulți și mai cu seamă în vârsta înaintată.

Medicamentele laxative se vor întrebunța în doza suficientă spre a nu obosei intestinul; apoi din cauza obliciunii, le vom schimba destul de des.

Sămânța de in nu constituie propriu zis un medicament; o vom încerca în primul rând, cu bune rezultate la unii atonici intestinali.

Dacă nu reușim, facem încercări cu *preparații de sene, de cascara, de săruri biliare* (ca *ovagol, choléine, choléokinase*) în doză crescândă, apoi descrescândă până la suprimare, când este vorba de indivizi tineri. De asemenea încercăm preparațiile de *agar (regulină, 1-3 lingurițe în apă, la culcare)*.

Pentru bătrâni sau în cazurile de atonie rebelă, trecem prin toată gama laxativelor cu acțiune asupra intestinului gros, recurgând la nevoe și la cele cu acțiune asupra intestinului subțire (formula dată cu *podofilin*).

Uneori, un anumit laxativ, stabilit prin încercări succesive, dă efectul dorit timp de luni și ani.

În cazul contrariu, recomandați să se ia 10-15 zile *sene*, apoi un timp egal *cascara* și așa înainte.

Adeseaori, este nevoe, să ajutăm acțiunea laxativului luat seara, cu o clismă administrată a doua-zi dimineața.

Medicația tonică intestinală și generală.

Foarte des constipați tineri prezintă pe lângă atonia colonului stâng și semne de dyspepsie nervoasă. Mai toți se plâng de oboseală, de inapținutudine la lucru, sunt foarte preocupați de starea lor.

Cu greu mă gândesc că acești bolnavi au fenomene de auto-intoxicație. Mai curând este vorba de o atonie intestinală pe bază nervoasă.

În asemenea cazuri, stîmulentele sistemului nervos cari lucrează probabil și asupra motilității intestinale, sunt indicate. Pe lângă tratamentul constipației, adaug totdeauna la acești bolnavi și tonice nervoase (*sirop Fellow, glycerofosfați cu strychnină etc.*), după formulele date la gastro-nevrose.

2) Tratamentul constipației rectale (dyschesie)

Dietetică.

A. Hertz, care a descris dyschesia afirmă că regimul

alimentar și laxativele sunt fără efect în această formă de constipație.

Cum este vorba de o atonie a rectului, ne vom întreba dacă nu este mai bine să dăm un regim cu reziduuri puține, spre a nu mări volumul materiilor, din acest segment intestinal. Dar un asemenea regim constipant ajută formarea de adevărați caproliți rectali, cari nu mai pot fi extrași decât de chirurg, după cum am văzut în vre-o câteva cazuri.

De acela, cred că este bine, să prescriem un regim alimentar, după schema indicată la constipația colonului stâng, cu alimente laxative pe cale chimică și mecanică.

Agentii fizici.

Clismele sunt absolut indicate în dyschesie, după cum arată *Hertz*.

Asupra acestui punct, nu mai încap discuție. Practicianul se va trudi să varieze într'un caz dat, formula clismelor, până va găsi pe cea mai eficace.

În cazurile mai ușoare încercăm *supozitorii de glicerină* (se găsesc gata în comerț), sau de *săruri biliare* (supozitorii de *Bilen* cu 0 gr. 30—0 gr. 50 de *choleinat de sodiu*), sau *microclisme* cu 10 60 gr. *glicerină* ținute la nevoie de seara până dimineața, spre a produce și ramolția scybalelor.

Glicerina, iritantă pentru unii bolnavi, este bine suportată de alții.

Dacă aceste procedee nu aduc golirea rectului, prescriem clisme cu 500 gr. apă la temperatura camerei, cu adaos de *săpun* și eventual 1-2 linguri *glicerină*

În caz de scybale dure, conglomerate, cari nu pot trece, se introduce seara, cu presiune mică, o emulsie analoagă celei prescrise de *Boas* :

250 gr. apă caldă ;

un bob de fasole de carbonat de sodiu (sodă pentru leșie);

2 linguri unt-de-lemn ;

2 linguri *glicerină*.

Alte formule de clisme, mai sunt cele cu săruri biliare prescrise de germani, sau cu 5 gr. de *pulbere de bilă* la 200 gr. apă, consiliate de căte *Bensaude*.

În fine, uneori recurgem și la clisme cu bază de *sene*, după formula indicată.

Electricitate.

Marele neajuns al clismelor, este rectita pe care o produc, deși repet, sunt mulți bolnavi cari le suportă luni și ani.

Clisma electrică, după tehnica indicată anterior, are de scop să redea tonicitatea rectului, evitând inconveniențele clismei obicinuite.

Acest desiderat este uneori îndeplinit prin tratamentul electric, foarte rațional în atonia rectală.

Am arătat tehnica, întrebuințată mai cu seamă în Germania, cu inversiuni frecvente de curent.

*Laquerrière*¹⁾ și *Delherm*, nu sunt de această părere; ei consiliază ședințe totale de 20-25 minute; la fiecare 4-5 minute, se răstoarnă curentul galvanic, prealabil adus la zero. Astfel se evită contracțiile dureroase.

Medicamente.

Hertz afirmă că în constipația rectală, clismele aduc servicii superioare laxativelor, cari sunt de prisos.

Dacă însă bolnavii au tendința la scaune foarte uscate, la coproliti este util să recurgem la unul din laxativele cunoscute (*sene, cascara, rhubarbă etc.*).

Aceste medicamente se vor administra seara, iar clisma a doua-zi dimineața.

Foarte rar bolnavii atinși de dyschesie vor avea evacuări numai cu laxative.

Apele minerale nu pot da rezultate strălucite în tratamentul constipației rectale, lucru despre care bolnavii trebuie să fie preveniți.

Indicațiile sunt aceleași ca pentru atonia colonului drept.

Intervenție chirurgicală.

Ruptura perineului după faceri este de obicei însoțită de constipație rectală, cu imposibilitate de a avea scaune în mod natural.

Perineorafia, modifică uneori în mod favorabil (*J. Ch. Roux*) starea intestinală; astfel intervenția este absolut indicată.

Obstrucția rectală necesită evacuarea digitală (cu mâ-

1) *Laquerrière et Delherm*. Journal médical français, Juin 1922, p. 271.

nușe de cauciuc) sau instrumentală a segmentului intestinal inferior.

Am văzut, între altele, cazul unei doamne atinsă de dyschesie, care se îngrija de altfel și, care de 2-3 ori pe an, trebuie să recurgă la D-rul Leonte spre a o scăpa de obstrucția rectală.

Această mică intervenție este indispensabilă, altfel nu se poate introduce o sondă, pentru administrarea clismei.

3) Tratamentul constipației dureroase sau spasmodice.

După cum am spus la introducerea clinică, tendința este să nu se mai admită constipația spasmodică, ca entitate morbidă.

Părerea mea este că această formă trebuie menținută din punct de vedere terapeutic, simptomul *durere* constituind alături de constipație, caracteristica ei.

Toate mijloacele de tratament, trebuie să tindă la dispariția durerii, care supără în mod constant pe bolnavi; unii dintr'înși au o existență intolerabilă.

Regim alimentar.

Fie că durerea colonului este produsă prin spasm fără leziune, fie că este datorită unei colite segmentare supra-adăogate (cu sau fără aderențe), regimul alimentar trebuie să fie cât mai puțin iritant pentru mucoasa intestinală.

În acest scop vom autoriza alimente laxative pe cale chimică; făinoase în cantitate apreciabilă spre a evita putrefacțiile intestinale prin colită posibilă; alimente cu mal puțină celuloză ca în atonia colonului fără dureri; iar fructele fierte și legumele verzi vor fi bine divizate.

Cum la acești bolnavi există un fond nevropat evident (secundar sau primitiv), adeseori cu semne de hyper-vagotonie, vom suprima toate băuturile de agrement, excitante (ceai, cafea, vin, alcool).

În schimb, infuziile calde, ușor sedative (ceai de floare de teiu, de mentă) se vor consilia aproape fără întrerupere.

Din câte am văzut un regim exclusiv de făinoase, ca în diaree, sub pretext de a combate putrefacțiile datorite constipației, exagerează durerile și greutatea evacurărilor intestinale.

Iată schema de regim care reușește mai bine în constipația dureroasă :

Dimineața : cafea de orz cu foarte puțin lapte, pâine prăjită, unt, marmelade.

La 12 : păsaturi de legume verzi (morcovi, spanac, mazăre verde), puțină friptură cu macaroane sau cartofi, compot.

Seara : supe groase cu legumele trecute prin sită, laurt sau brânzeturi proaspete (brânză de vaci, gervais românesc), compot sau budincă de griși, orez.

Băutură la mese : apă, sirop cu apă.

Pâine prăjită.

La culcare : ceai de floare de telu sau mentă (ismă).

Carnea dela ora 12, poate fi tăiată din regim, timp, de 10-15 zile, în cazurile cu dureri mari, în schimb se vor adăoga macaroane sau un păsat de leguminoase (lințe, mazăre) care se autoriză de către *Mathieu* și *J. Ch. Roux*, deși leguminoasele uscate favorizează putrefacțiile; dar făinoasele din cereale sunt un corectiv.

Ca și în constipația atonică, se va consilia pe la 4 p. m. un pahar de lapte bătut, kefir (de o zi), sau laurt dacă pacienții au posibilitatea să urmeze această prescripție.

Schema alimentară se va modifica în caz de turburări gastrice predominente.

Agenții fizici.

În tratamentul constipației dureroase, toate aplicațiunile de agenți fizici, generale și locale, trebuie să fie sedative, altfel exagerăm accidentele.

Repausul în pat, timp de câteva zile, poate fi util ca mijloc sedativ al sistemului nervos și al intestinului.

Local putem recurge la aplicațiuni calde pe regiunea dureroasă, o oră înainte de culcare și în plus în momentul durerii.

Generatorul de căldură va fi un *termofoar* de metal sau cauciuc cu apă caldă, sau un *termofoar electric*, sau populara cărămidă încălzită, înfășurată în șervete.

Compressa abdominală acoperită cu gutapercha și păstrată toată noaptea, este de asemenea folositoare și poate fi consiliată un timp limitat, căci este destul de incomodă pentru bolnavi.

Ca procedee de *hydroterapie* întrebuițăm *cearceaful umed calmant, duși călduțe* cu predominență abdominală, iar târziu când durerile s'au atenuat, utilizăm *jumătățile de băi*.

Am dat lămuririle tehnice necesare, în privința acestor procedee, la *terapeutica generală a boalelor stomacului*.

Toate aceste procedee de *hydroterapie* sunt de importanță capitală în tratamentul constipației dureroase, unde am impresia că turburările sistemului nervos central și vegetativ ocupă un loc de frunte.

Masagiul. Electricitatea.

Unii medici, consiliază masagiul electric sau manual și în constipația dureroasă.

Am văzut asemenea bolnavi, tratați prin masaj, în special cu sulul faradic, în stațiuni balneare străine; rezultatele nu au fost strălucite, de aceea nici nu prescriem acest tratament fizic.

Aplicațiunile de *curenți galvanici* pe abdomen (fără a răsturna curentul) *electricitatea statică*, pot avea o acțiune utilă, mai cu seamă de ordin psihic și se pot consilia bolnavilor cari dispun de timp și de mijloace.

Clisme.

Irigațiunile intestinale cu apă și adaose, cauzează de obicei dureri intolerabile în constipația dureroasă; colonul se contractă, iar clismele nu provoacă nici măcar scaune.

Clismele de unt-de-lemn călduț administrate la culcare după tehnica expusă anterior, sunt din contra de mare folos (*Fleiner*); pacientul are scaun a doua zi, iar durerile dispar.

Oleul de parafină (50-200 gr.), îndeplinește același rol și poate înlocui unt-de-lemnul. Dar acest ulei mineral, se poate lua cu folos și pe cale gastrică după cum vom vedea.

Clismele oleioase sunt destul de neplăcute; ele reprezintă o manoperă complicată pentru bolnavi (de obicei necesitatea unei alte persoane pentru administrare); apoi pătează rufe de pat; provoacă adesea ori scaune în cursul nopții.

De aceea se vor rezerva, pentru bolnavii cari au un desgust invincibil pentru oleul de parafină pe cale gastrică.

Ape minerale.

Izvoarele termale simple, radioactive, din *Plombières*, dau rezultate bune în constipația dureroasă; după cum am spus, s'ar putea face încercări analoge în stațiunile similare de lângă Oradea Mare (băile *Felix* și *S-tul Ladislau*).

Dar m'am putut convinge prin observațiile mai multor bolnavi că obținem modificarea constipației dureroase și prin alte ape minerale, ținând socoteală după cum am spus anterlor, de chimismul gastric. Respectând această indicație terapeutică, asupra căreia nimeni n'a insistat în destul, putem vedea ameliorarea sau chiar dispariția constipației și durerilor, într'o afecție care aduce la disperare pe bolnav și pe medic, prin tenacitatea ei.

Apele minerale cele mai indicate în constipația dureroasă, sunt aceleași pe cari le-am citat la tratamentul atoniei colonului stâng, având bine înțeles în vedere, chimismul stomacal; nu mai revin asupra celor spuse.

Medicamente.

Antispasmodice. Sedative.

Medicamentul clasic în contra enterospasmului, este *belladona* care dă bune rezultate în constipațiile dureroase, cu hypervagotonie și hyperchlorhydrie. Dar *belladona* (sau *atropina*) nu reușește bine în cazurile de aepsie concomitentă.

Atunci întrebuițăm *papaverină*, *bromuri*, *valeriană* după formulele date la terapeutică boalelor stomacului, la terapeutică generală a Intestinului, De altfel trebuie să facem mare uz de *bromuri*, de *valeriană* în această afecție cu fond nervos evident; de asemenea și de psihoterapie. Medicul trebuie să uzeze de multă elocință cu acești bolnavi.

Adrenalina nu a dat rezultate apreciabile în constipația spasmodică; iar încercările cu *uzarină*, *benzoat de benzyl* nu s'au încetățenit încă în terapeutică.

Laxative.

Dacă regimul, agenții fizici, antispasmodicele, nu modifică durerile și constipația suntem siliți să recurgem la laxative.

Oleul de parafină, foarte pur, este util în multe cazuri; se prescrie în doză de 1-2 linguri la culcare (la ne-

voe și dimineața) amestecat cu marmeladă. Există de altfel în comerț, asemenea amestecuri gata de luat. Din nenorocire nu toți bolnavii suportă acest medicament, care produce scaune fără colici. Cele mai indicate laxative după oleul de parafină sunt acelea care micșorează rezorția la nivelul intestinului subțire și mențin astfel scaunele mai lichide până în intestinul gros.

Vom încerca succesiv *agar-agar* și mai cu seamă *magnezie calcinată*, *lactoză* (1-2 linguri în cafeaua de orz, de dimineața) sau formula compusă dată anterior. Dar după cum am spus, magnezia, lactoza, dau bune rezultate mai cu seamă în constipațiile dureroase, însoțite de hyperchlorhidrie sau în orice caz cu chimism normal.

Atunci când există *anaclorhidrie* asociată, am încercat cu bune rezultate o formulă de *chlorur* și *bicarbonat de sodiu*, în proporțiile apei de Săni: No. 6, care din nenorocire se găsește greu în comerț.

Rp. bicarbonat de sodiu 6 gr.
chlorur de sodiu 12 gr.

Pentru un pachet No. 5 asemenea. De repetat.

D. s. Un pachet la 1 litru apă caldă, fiartă prealabil; 200 gr. din soluția caldută dimineața, la nevoe și la 6 seara.

Cu această soluție, am putut constata în numeroase cazuri, revenirea acidului chlorhidric absent la valori normale, dispariția durerii, scaune zilnice.

4) Tratamentul constipației colonului drept.

Regim alimentar.

Staza coecală (prin atonie, spasm al ascendentului, aderențe, ptoză) expune într'adevăr la putrefacții și rezorbții intestinale, după cum arată *J. Ch. Roux*, mai mult ca toate celelalte forme de constipație.

Regimul antiputrid energic, ar fi cel cu bază de cereale dat de către *Combe* despre care am vorbit la terapia generală a intestinului și pe care-l vom formula la dyspepsia intestinală prin putrefacții.

Dar un asemenea regim, nu poate fi consiliat decât în mod tranzitoriu, în perioadele subfebrile, cu auto-intoxicație evidentă, eventual după o zi de dietă hidrică, ca în enteritele acute.

De obicei, prescriem o dietetică analoagă celei formulate la tratamentul constipației spasmodice.

Ca diferențe, putem înlocui cafeaua de orz cu lapte, de dimineață, cu o supă (preparată din bullon de legume) groasă, de făină de ovăz, de orez, griși, tapioca; același preparatie culinară va înlocui supa de seară (cu legumele trecute prin sită).

Odată ce observația clinică și radiosopia, ne arată că staza coecală s'a ameliorat, putem trece la un regim după schema celui dat la constipația dureroasă, cu suprimarea cărnei, cât țin symptomele supărătoare de rezorbție (limbă saburală, cefalee, între altele).

Agenții fizici.

Constipația colonului drept este însoțită de obicei, de durere în fossa iliacă, în regiunea subhepatică, symptom de multe ori în legătură cu un spasm supra-adăogat.

Vom recurge la aceleași mijloace sedative, indicate anterior și în special la *aplicațiuni calde, la compresa Priessnitz*, păstrată toată noaptea.

Hydroterapia sedativă va fi de asemenea utilă, pentru a modifica symptomele nervoase secundare sau primitive.

Clismele au puțini sorți de izbândă, în această formă de constipație; de acela nici nu le vom întrebuița.

Balneoterapia.

Apele minerale pot fi de un folos real și în constipația colonului drept.

Indicațiunile generale sunt aceleași ca pentru formele precedente.

Ținând socoteală de chimismul gastric, putem înregistra succese apreciable.

Medicamente.

Antispasmodicele indicate la tratamentul constipației spasmodice, se vor întrebuița și în staza coecală însoțită de dureri

Laxativele cele mai rașionale, sunt *oleul de parafină*, apoi *magnezia calcinată*, *lactoza* dupe formula dată la terapeutica generală. În cazurile de constipația colonului drept cu dureri și *anachlorhydrie gastrică*, o soluție analogă apel de *Slănic* No. 6 ml-a dat bune rezultate. Iată pe scurt observația unei bolnave pe care am prezentat-o la curs.

Observație. Maria Ș., 35 ani, croitoreasă, intră în spitalul Brâncovenesc la 13 Martie 1922, pentru dureri în hypochondrul drept, în flancul drept și mai cu seamă în fossa iliacă de același parte, însoțite de constipație rebelă.

A. H. Nimic deosebit.

A. P. Nici o boală în prima copilărie, în adolescență. Căsătorită, a avut 3 sarcini la termen și 2 avorturi neprovocate; un copil a murit sub un an, de enterită.

În 1914 a avut timp de o lună dureri violente în regiunea epigastrică, cari iradiau în spate, la dreapta coloanei vertebrale.

Durerile veneau aproape zilnic, imediat după mese sau mai târziu, erau însoțite de vărsături. Bolnava nu avea arsuri stomacale.

În 1915 a avut un icter, fără dureri.

Din 1919, dureri timp de câteva ore, la 1-2 luni, cari se localizau în hypochondrul drept, cu iradieri până în spate.

Istoricul boalei actuale. De 1 lună, bolnava are dureri continue, în flancul drept, în fossa iliacă dreaptă; compresele fierbinți o calmau foarte puțin. Apetitul mediocru.

Pacienta era ușor constipată și mai înainte, dar de o lună are scaune la 5-6 zile.

Durerile zilnice și constipația persistentă, o fac să intre în spital, după ce a consultat mai mulți medici.

Stare prezentă.

Constituție bună, puțin slăbită.

Tub digestiv. Dinți buni. Limba ușor saburală.

Abdomenul ușor lax, cu numeroase vărgături.

Bolnava arată că durerea maximă este la nivelul fosei iliace drepte, de unde iradiază în tot abdomenul.

Palpația permite să se perceapă o coardă colică ascendentă, foarte dureroasă în întregime; durerea maximă la presune, este spre unghiul hepatic al colonului și la nivelul porțiunii vecine a colonului transvers, care alunecă sub mână ca o frânghie.

Există de asemenea sensibilitate, dar mai puțin vie, în regiunea apendiculară.

Analiza sucului gastric, făcută de către D-ra Polizu, dă: aciditate totală = 0,058 (la 100 în loc de 0,189).
acid clorhidric liber = 0.

Examenul coprologic, practicat de către d-l Dr. Băișolu, după un regim mixt, arată pe scurt: scaune neutre la tournesol; nu se văd resturi alimentare, nici mucus, cu ochiul liber. Examen microscopic: se găsesc membrane de celule vegetale; celulele de amidon sunt goale, digerate, cu soluție iodo-iodu-

rată. Nu se găsesc fibre musculare nedigerate, nici mucus, nici ouă de paraziți.

Examenul radiosopic, făcut de către d-l Dr. Dănulescu, arată; stomac mic, hipertonic, pylor permeabil, fără stază după 4 ore. Dilatație ușoară a coeco-ascendentului, dureros la presiune.

Plicatura primei porțiuni a transversului; la nivelul plicaturei, stază colică accentuată.

Ficat. Limita superioară în spațiul 6-lea intercostal drept; marginea inferioară nu depășește falsele coaste. Nu este dureros la presiune.

Splina, normală.

Aparat circulator, Un mic suflu mesosystolic, la locul de ecție.

Aparatele respirator, uro-genital, normale (ușoară ptoză renală dreaptă).

System nervos. Foarte preocupată de durerea din dreapta, care-i turbură și somnul.

Motilitatea normală. Nu are turburări sensitivo-sensoriale obiective. Reflexele cutanate, tendinoase, normale.

Reflux oculo-cardiac pozitiv (76 de pulsații înainte și 60 după compresiunea oculară).

Diagnostic: litiază biliară, constipație spasmodică coeco-ascendentă.

Tratament: Regim alimentar cu făinoase, laurt, compot. Aplicațiuni calde (termofor). Oleu de parafină (2-3 linguri pe zi). Pilule (prescrise înainte de analiza gastrică) cu extract de jusqulamă, extract de belladonă, pulbere de belladonă, *âa* 0 gr. 01; extract de valeriană 0 gr. 05 (2-3 pilule pe zi).

Zilele următoare, nici o modificare evidentă a durerilor și constipației.

Se suprimă medicația precedentă.

Se dă un pahar de 200 gr. dimineața, din soluția călduță obținută cu un pachet la 1 litru de apă, din bicarbonat de sodiu 6 gr., chlorur de sodiu 12 gr.

Zilele următoare, scaune naturale în fiecare zi; durerile mult atenuate, apol dispărute.

Examenul sucului gastric dă: A=0117; H=0,036.

Comentarii.

Această bolnavă avea un trecut evident de *litiază biliară*.

Este posibil ca plicatura arătată de radioscopie la nivelul primei porțiuni a transversului, să fie în legătură cu litiaza; *Tripier*¹⁾ și *Paviot* au găsit aderențe împrejurul

1) *Tripier* și *Paviot*, *Semaine médicale*, p. 30, 1903.

veziculei biliare la 75% din indivizii sucombați de orice boală.

Este iar posibil ca această plicatură să fi explicat *constipația dureroasă a colonului drept* prezintată de bolnavă.

Dar există la dânsa un element spasmodic evident (coeco-ascendent dureros, coardă palpabilă) cu hypervagotonie.

În orice caz, normalizarea scaunelor, adusă de o soluție analogă Izvorului de Slănic No. 6 a făcut să dispară și durerile.

Menționez în treacăt, bunele rezultate pe cari le-am obținut în litiază biliară însoțită de anachlorhydrie (coexistență pe care am semnalat-o în cursul meu de mulți ani), cu aceeași soluție chloruro-sodică bicarbonată; voi reveni asupra acestui punct la terapeutică boalelor ficatului.

Intervenția chirurgicală.

Coeco-ascendentul a devenit segmentul intestinal, asupra cărui (după apendice) s'au executat cele mai multe intervenții (*Lane, Jackson, Wilms, Stierlin, Duval, Grégoire* și de către alți chirurși).

Ruperea aderențelor, colo-fixația, colo-anastomoza, s'au practicat spre a modifica constipația dureroasă de care sufereau bolnavii și mai cu seamă femeile, căci ele au dat cel mai mare contingent de operate.

Rezultatele par să fie destul de bune, deși *Gatellier*¹⁾ recunoaște că „vindecarea nu vine dela început și că mai multe luni sunt necesare pentru o reeducație colică”.

Toată această chirurgie a coeco-ascendentului, s'a dezvoltat în urma informațiilor date de examenul radiosopic, mijloc prețios și indispensabil de examen clinic, dar cărui nu trebuie să-i cerem un diagnostic complet.

Faptul că acest examen ne arată existența unor aderențe pericolice, nu trebuie să atragă în mod reflex intervenția chirurgicală, căci *toți adulții și aproape toți copiii*, au aderențe peritoneale (statistica menționată a lui *Mollison și Cameron*).

Acest ghimpe la nivelul seroasei intestinului gros, poate favoriza pe un fond nevropat, livrea unei constipațiuni du-

1) *Gatellier*. Les indications chirurgicales dans le traitement de la constipation. Journal médical français, p. 258, Juin 1922.

reoroase. Dar observația bolnavei pe care am dat-o intenționat lângă terapia chirurgicală a constipației, ne arată că obținerea de scaune regulate, prin mijloace medicale, face să dispară și durerile.

Tot contra intervenției chirurgicale pledează și cazurile de constipație văzute înainte și după război, despre cari am vorbit, cu dispariția durerii în timpul campaniei.

De asemenea anomaliilor de poziție ale coeco-ascendentului constatate la ecranul radioscopic, nu vor atrage după ele intervenția chirurgicală prin simplul fapt, că bolnavul este atins de constipație rebelă.

Astfel, am văzut printre alți bolnavi, un tânăr M., de 24 ani, atins de constipație fără dureri, datând din adolescență, cazurile cele mai frecvente, după statistica lui *Hess Taysen*.

Pacientul era foarte preocupat de raritatea scaunelor; avea înaptitudine la lucru, oboseală vechnică, somnul turburat; stare generală destul de bună. La examenul fizic se constată gastroptoză (clapotagiu la ombilic), ptoză renală dreaptă; nimic apreciabil la palparea intestinului.

Examenul radioscopic arată o îndoitură în formă de trompetă a colonului ascendent și a transversului vecin, la nivelul unghiului hepatic.

Nu știu dacă această dispoziție a colonului drept, juca vre-un rol în geneza constipației; în orice caz, nu m'am gândit deloc la intervenția chirurgicală, căci mi s-a spus de alți bolnavi suferinzi de constipație atonică, nu au vre-o anomalie a intestinului gros. Am considerat pe acest pacient, ca fiind atins de *atonie colonului cu myastenle generală*, pe bază nervoasă și i-am dat un tratament în consecință.

v. Noorden, declară că în 30 ani de practică medicală nu a întâlnit vre-un caz de constipație funcțională, care să necesite operația.

Nu pot nega că există cazuri, în cari intervenția chirurgicală ar fi indicată; ele sunt însă foarte rari și terapia chirurgicală nu poate fi considerată ca un mijloc curent de a trata constipația colonului drept.

Rezumatul tratamentului.

1) Constipația colonului stâng.

Dietetică. *Alimente laxative pe cale chimică* (lapte bătut, lăurt; mere, marmelade; unt, unt-de-lemn); *pe cale mecanică* (pâine complectă, legume verzi, fructe).

Agenții fizici. Gimnastica abdominală. Loștuni sau

hydroterapie rece. Masaj electric sau manual. La nevoie clisme cu 500 gr. apă la temperatura camerei.

Balneoterapie. *Chimism gastric vecin de normală:* apele magnesiene de tip *Sărata-Monteoru*, isvorul No. 2; apele cloruro-sodice bicarbonatate de tip *Slănic No. 1*, apa chiar No. 3, No. 6, supraveghind însă bolnavii. *Hyposecreție sau anachlorhydrie:* apele cloruro-sodice bicarbonatate de tip *Slănic No. 6* și No. 8; apele cloruro-sodice hipertonică de tip *Bușteni*. *Hyperchlorhydrie gastrică:* *Slănic No. 3* și 1 bis.

Medicamente. *Laxative:* Agar, săruri biliare, sene, rheum, cascara; excepțional, podofilin.

Tonice intestinale și generale: glicerofosfați cu strychnină.

2) Constipație rectală (dyschesie).

Dietetică, ca în forma precedentă.

Agenții fizici: clisme simple, sau cu glicerină (și micro-clisme, supozitorii), săruri biliare, emulsie oleoase; cu sene. Clisme electrice.

Medicamente: ca în forma precedentă.

Ape minerale: idem.

Intervenție chirurgicală: perinorafie (ruptura perineului). Golirea rectului (obstrucție prin caproliți).

3) Constipația dureroasă sau spasmodică.

Dietetică: alimente laxative pe cale chimică; făinoase; puține alimente cu celuloză și numai fin divizate (păsaturi de legume verzi; marmelade sau puțin compot).

Agenții fizici: aplicațiuni calde; hydroterapie călduță; târziu jumătăți de băl.

Clisme de unt-de-lemn călduț sau de oleu de parafină.

Balneoterapie: ape minerale termale simple, de tipul *S-tul Ladislau* și *Băile Felix*. Izvoarele indicate anterior, ținând socoteală de chimismul stomacal (rezultate foarte bune).

Medicamente. *Antispasmodic.* *Sedative:* belladonă, papaverină, bromuri, valeriană.

Laxative: oleu de parafină, agar, magnezie, lactoză. În caz de anachlorhydrie: soluție analogă apei de *Slănic No. 6*.

4) Constipația colonului drept.

Dietetică: ca în constipația dureroasă, dar cu mai multe făinoase și suprimarea temporară a cărnii.

Agenții fizici: aplicațiuni calde, în caz de dureri.

Balneoterapie: aceleași indicațiuni generale ca în forma precedentă.

Medicamente Laxative: oleu de parafină, magnezie calcinată, lactoză. În cazuri de anachlorhidrie: soluție de bicarbonat și clorur de sodiu, analogă apei de Slănic No. 6.

Intervenție chirurgicală: rupere de aderențe, colo-fixație, colo-anastomoză, indicate rar și numai în cazuri grave, nemodificate prin tratamentul medical.

* * *

Tratamentul dyspepsiei intestinale prin putrefacție

Introducere.

Cu tratamentul acestei stări intestinale, începem terapeutică diareelor, capitol destul de complicat, în care cercetările moderne au adus puțină lumină și câteva rezultate practice importante.

Lumina parțială a venit în urma examenului coprologic, și este drept să recunoaștem rolul capital pe care l-a avut *A. Schmidt*, în lămurirea dyspepsiilor intestinale.

Până la dânsul, diareea era atribuită unei inflamațiuni a mucoasei intestinale, unei enterite sau entero-colite, pe bază toxică, infecțioasă, mecanică; unele cazuri de diaree erau atribuite factorului nervos.

Schmidt a arătat că poate exista diaree serioasă, tenace și fără inflamația mucoasei, traducându-se clinicește prin absența de mucus.

Pentru aceste cazuri a rezervat dânsul numirea de *dyspepsii intestinale*, datorite predominenței microbilor de putrefacție albuminoidă, sau de fermentația amylaceelor, microbii de altfel rău determinați.

De unde împărțirea în *dyspepsie intestinală prin putrefacție* și în *dyspepsie* prin fermentație; există însă și *forme mixte*.

Dar însuși *Schmidt* recunoștea că dyspepsiile pot prezenta uneori mucus în scaune, deci se pot complica cu inflamația mucoasei, cu enterocolită.

Apoi albumina solubilă din scaune, provenită din secreția mucoaselor inflamate, semn constant de enterocolită (alături de mucus) se întâlnește după *Schmidt*¹⁾ și *Lohrsch*, în dyspepsiile cu putrefacțiuni intense.

Pentru *Labbé*²⁾ și *Canat*, albumina solubilă din scaune, înseamnă totdeauna inflamație serioasă a mucoaselor, deci enterită.

Astfel diferențierea dintre dyspepsiile intestinale și enterite, nu mai este așa de lesne cum se credea la început.

Impresia mea este că aceste dyspepsii, reprezintă din punct de vedere clinic și anatomic, leziuni superficiale ale mucoaselor, pe când în enteritele din clasificarea lui *Schmidt*, alterațiile sunt mai pronunțate și starea generală a bolnavilor mai rea. Ar fi deci, numai o chestiune de grad.

Dar oricare ar fi adevărul, noțiunea putrefacției și a fermentației intestinale, dă excelente indicațiuni terapeutice în hypoteza dyspepsiei ca și în acela a enteritei.

Eram tentat pentru rațiunile expuse să fac un singur capitol din tratamentul dyspepsiilor și din acela al enterocolitei, sub denumirea de terapeutică enteritelor.

Totuși, saltul înapoi mi s'a părut cam mare și de aceea am adoptat o soluție eclectică: am introdus dyspepsiile intestinale, în rubrica *boalelor funcționale cu leziuni variabile*.

Etiologia dyspepsiei prin putrefacție.

Pentru *Schmidt* rolul capital în geneza acestei forme de diaree, îl joacă digestia gastrică insuficientă a țesutului conjunctiv dintre fibrele musculare, a membranelor albuminoide care înconjură celulele vegetale.

Astfel proteinele ajung nedigerate în intestinul gros, de unde putrefacție.

De acela el numește această formă și dyspepsie intestinală gastrogenă.

Dar numai 15% (*Ley*), 30% (*Tabora*) din cazurile de hypoaaciditate sau apepsie, se însoțesc de diaree.

Atunci când chimismul este normal sau hyperacid, *Schmidt* și *Lorisch*, admit că insuficiența digestiei este datorită evacuării precoce a stomacului, lucru care nu pare exact, căci hyperchlorhidricii au mai des evacuare pylorică întârziată.

1) *Ad. Schmidt* u. *Lohrsch*. *Spezialle Path. u. Ther. inn. Krankh.*, Krauss u. Brugsch, VI Bd, p. 105, 1916.

2) *Labbé* et *Canat*. *Presse médicale*, 26 Sept. 1918.

Factorul gastric (achylla) invocat anterior de *Oppler, de Einhorn*, joacă desigur un rol în geneza diareei prin putrefacție; este însă verosimil că mai sunt și alte cauze cari nu scapă.

Schmidt mai admite și probabil cu drept cuvânt, că alături de proteine alimentare nedigerate, *albumina solubilă* provenită din mucoasa intestinală inflamată, este un izvor important de putrefacție.

Autorii germani consideră ca nerezolvată bacteriologia dyspepsiilor prin putrefacție.

În Franța, cercetările mai vechi (1902) ale lui *Tissier* și *Martelly* (în *Mathieu* și *Roux*) tindeau să arate că speciile anaerobe sunt în cauză și mai cu seamă: *bacillus putrificus*, *bacillus Welchii*, *bacillus sporogenes*.

Lucrul nu ar fi de mirare, căci 50% din microbii intestinali normali sunt anaerobi (*Strassburger*).

Symptome.

S'a descris și o dyspepsie acută prin putrefacție după ingestia de carne, pește, avariate, care se traduce prin *diaree brună, fetidă*; fără mucus și fără albumină solubilă în scaune (caractere diferențiale cu enterită); adeseori există și vărsături.

Dyspepsia cronică prin putrefacție.

Turburările gastrice, cari pot lipsi, preced adeseori ivirea diareei (*Schmidt*) și se traduc prin semnele gastritelor acide (apetit scăzut, balonare până la dureri venind curând după mese, inapținutudine la lucru etc.).

Însă diareea este turburarea funcțională ce se află în primul plan, pentru care bolnavii consultă, diareea consistând în unul sau mai multe scaune pe zi, lichide (adeseori semi-lichide), uneori însoțite de colici. În general înainte de a ajunge la diareea cronică bolnavii au alternative bune și rele, cari pot ține săptămâni.

Starea generală nu este alterată de obicei; totuși bolnavii nu au aspectul florid.

Examenul macroscopic sumar al scaunelor dă medicului presupțiunii serioase, că este vorba de o diaree prin putrefacție. Într'adevăr culoarea brună a materiilor, fetiditatea lor, sunt caracteristice; în plus, hârtia de tournesol, arată o alcalinitate evidentă a scaunelor, care poate fi determinată, cu acest procedeu simplu, de orice pratician.

Resturile alimentare vizibile, nu au mare importanță, de oarece există, ori de câte ori tranzitul intestinal este accelerat.

Examenul coprologic macroscopic și microscopic, făcut la un laborator (sunt puțini specialiști în această materie), dă informațiunii mai complete. Acest examen trebuie făcut după o zi

de regim analog aceluia preconizat de *Schmidt*, coprinzând grosso modo: 1 litru de lapte, 2 ouă, friptură, supă de grîși, de ovăz (sau grîși obicinuit), păsat de cartofi cu unt proaspăt, pâine, compot.

Aceste alimente se vor împărți în trei mese, după obiceiul nostru.

Examenul sistematic arată: *țesut conjunctiv* în fragmente uneori mari (semn de valoare); *mucus absent* sau în cantitate minimă (diagnostic diferențial cu enterită).

Grăsimile sunt de obicei bine utilizate.

Există resturi de țesut muscular, de celule vegetale cu puțin amidon, dar nu în cantitate mare, cum se văd în insuficiența pancreatică (fibre musculare neatacate) în *dyspepsia* prin fermentație (numeroase celule cu amidon).

De altfel *dyspepsia poate fi mixtă*.

Un examen coprologic obicinuit *bine făcut*, dă informațiunii clinice îndestulătoare.

Probele mai sigure de existența putrefacțiilor intestinale se obțin, cu aparatul simplu consiliat de *Schmidt*, care după 48 ore la termostat, arată desvoltarea în fecale de gaze fetide.

Dar procedeul clinic, de dozajiu al amoniacului fecal, preconizat de *J. Ch. Roux* ¹⁾ și *Golffon*, dă rezultate mai precise.

Apreclerea putrefacțiilor intestinale, prin dozajiu în urină al eterurilor sulfo-conjugate, prin indicaturile (*Baumann, Joffé, Combe*), s'a arătat insuficientă.

Tratamentul *dyspepsiei* prin putrefacție

Dietetică.

Experiența clinică ne arată, că regimul de saturație a intestinului cu derivatele cerealelor, sistematizat de *Combe* vindecă cazurile de *dyspepsie* prin putrefacție.

Nenumărate observații pledează în acest sens.

Baza științifică a regimului este crearea unui mediu intestinal defavorabil florei proteolytice.

Iată câteva din schemele lui *Combe* ²⁾, care admitea o diviziune foarte complicată a auto-intoxicației intestinale, de puțină importanță pentru noi.

Același regim este indicat și în enteritele cu putrefacții.

1) *J. Ch. Roux et Golffon*. Archives des maladies du tube digestif, T. XI, No. 1, p. 44.

2) *Combe*. L'auto-intoxication intestinale, Paris, 1907, p. 370 și următoarele.

I) *Regim de supe*

(Convine în perioadele acute)

- 7¹/₂. Supă cu apă și făină de ovăz, orez.
- 10. Supă. Apă de Evian.
- 12¹/₂. Supă. Apă.
- 7. Supă.
- 10. Apă.

II) *Regim făinos fără carne.*

- 7¹/₂. Supă groasă cu făină de cereale sau făină lactată, fierte în apă sau lapte. Pesmeți. Unt proaspăt (se suprimă dacă provoacă diaree). Nici o băutură.
 - 10. Făină lactată.
 - 12¹/₂. 1-2 gălbenușuri de ou (fierți). Paste alimentare cu unt proaspăt. Budincă. Pesmeți. Unt proaspăt. Nici o băutură.
 - 3¹/₂. Făină lactată. Apă de Evian.
 - 7. Ca la 12.
- După 8-10 zile se adaogă cartofi (păsat sau copti).

III) *Regim făinos cu carne.*

- 7¹/₂. Supă făinoasă (cu lapte sau apă). Șuncă (50 gr.). Pesmeți. Unt.
 - 10. Cacao de ovăz cu lapte.
 - 12¹/₂. Friptură fără sos (50 gr). 1-2 gălbenușuri de ou. Paste alimentare sau orez. Cartofi (păsat sau copti). Budincă. Compot de myrtilele (afine). Pesmeți. Unt proaspăt. Nici o băutură.
 - 4. Ca la 10. Apă de Evian.
 - 7¹/₂. Ca la 12.
 - 10. Infuzie de mușețel sau mentă, tel, anis.
- Acest regim este continuat de Combe cam 6 luni.
- Schema IV-a cuprinde aceleași elemente, cu adaosul de leguminoase în păsat.

Regimul definitiv mai permite legume verzi trecute prin sită (spanac, cicoare, lăptuci, mazăre verde etc.) cu lapte sau unt; fructe în compot, marmeladă; rar fructe crude (mai mult struguri) consumate între mese.

Oblecțiunea care se poate aduce regimului Combe, este că saturația intestinului cu făinoase, utilă la început, nu trebuie continuată prea multă vreme, căci poate conduce la diaree prin fermentația amylaceelor. Apoi mucoasa iritată

de acizii de fermentație, secretă substanțe albuminoide, cari dau loc la putrefacții secundare (*Rosell, J. Ch. Roux*¹⁾).

Astfel se constituie un cerc vicios.

Mathieu și Roux, adoptă un regim aproape analog, dar fără ouă; iar după vre-o 15 zile, adaogă puțină carne de puu; apoi legume verzi (păsături, compot) dacă apare tendința la constipație.

Schmidt și Lohrisch, stabilesc în principiu că bolnavul trebuie tratat, făcând examene coprologice zilnice, lucru greu de realizat în practica curentă. De sigur însă, asemenea examene trebuiesc repetate, dacă diareea nu cedează cu regimul instituit.

Schmidt consiliază un regim mixt, cu alimente fin divizate, după schema pe care am dat-o la terapeutica achyliei gastrice. Dacă acest regim nu reușește (fibre musculare numeroase, putrefacțiuni intense), se institue un regim făinos cam după schema lui *Combe*, cu puțină ouă și fără carne.

*v. Noorden*²⁾ consiliază o dietetică, care în unele puncte îmi pare prea rațională.

Astfel dânsul indică:

I) 1-3 zile, de dietă hydrică, cu 150 gr. la 2-3 ore de infuzie muștel sau mentă.

II) 3-4, zile, dietă zaharată: de 5-7 ori pe zi, 150-300 cmc. de apă fiartă prealabil, conținând 10% zahăr obicinuit.

III) Se înlocuește progresiv apa zaharată, cu lăurt, kefir de 3 zile, sau lapte fiert.

După o săptămână se ajunge la 2 litri de lapte (simplu sau fermentat), la smântână; iar în săptămâna a doua a curei de lapte se adaogă supe de lapte cu făinoase, brânză proaspătă, puțin vin roșu, pâine prăjită.

Apoi se permit progresiv unt, ouă, carne, regimul total fiind 2-3 săptămâni în cazurile ușoare, 4-5 săptămâni în cazurile grave.

Am citat această dietetică, pentru că a fost recent consiliată, de către un medic cu autoritate.

Totuși regimul de lapte reușește foarte rar, în diareele de orice fel.

1) *J. Ch. Roux et Gouffon*. Arch. des maladies du tube digestif T. XI No. 1 p. 44.

2) În *Schmidt u. v. Noorden* loc. cit. p. 300.

*Boas*¹⁾ este tot de această părere, că laptele nu convine în asemenea împrejurări.

Veneratul meu maestru *Hayem*, a încercat uneori tratamentul prin kefir de trei zile, în diareele apeișiei, de sigur datorite putrefacției intestinale.

Am dat în vremuri regimul de kefir, în cazuri analoge și am văzut, ce este drept, uneori, suprimarea diareei, dar foarte rar și inconstant.

*Bensaude*²⁾ prescrie 125 gr. de kefir de 2 zile, la fiecare masă compusă din făinoase și puțină carne.

Regimul de făinoase dă rezultate bune aproape constante, bine înțeles fără a-l prelungi prea mult și modificându-l dacă dyspepsia intestinală este mixtă.

Insuccesele se observă, atunci când dyspepsia prin putrefacției însoțește alterații organice profunde ale mucoasei intestinale ca entero-colite grave, colita ulceroasă.

Iată schema dietetică pe care o consiliesc de obicei în dyspepsia intestinală prin putrefacție:

Dimineața : cacao de ovăz fiartă în apă (după ce dispare diareea, fiartă în lapte);

sau supe groase (din bullon de legume), cu griși, orez, pesmete pisat;

sau făină lactată fiartă în apă (târziu în lapte) sau ceai rusc;

franzelă prăjită; unt proaspăt (de încercat).

La mese : supe făinoase; macaroane, orez, cu puțin unt proaspăt, franzelă prăjită.

Puțin vin roșu la mese. Apă după mese.

4 p. m. Ca dimineața.

Cu dispariția diareei se adaogă progresiv : cartofi (copti, păsati); budincă de griși, orez; brânză proaspătă (sau gervais); carne puțină (pul, vițel), fără sosuri; legume verzi în păsati; lapte cu orez, griși; compot sau peltea de gutui.

Am însemnat pentru prima mâncare de dimineață, mai multe variante, pentru că unele produse străine nu se găsesc, sau sunt foarte costisitoare, iar alte alimente inspiră desgust bolnavilor; mulți nu suportă dimineața decât ceai.

Agenții fizici.

În boala care ne ocupă, agenții fizici nu joacă mare rol terapeutic.

1) *Boas*. Diätetik der Magen u. Darmkrankh, 1920, p. 101.

2) *Bensaude*. Gazette de hôpitaux, No. 33 et No. 34, 1921.

Pentru stimularea generală, vom consilia *fricțiuni alcoolice*, aproape uscate, pe tot corpul, cu o mânășă aspră sau de flanelă, după un tub de apă caldută.

Hidroterapia rece, nu reușește în nici o formă de diaree.

Aplicațiunile calde pe abdomen (termofor, cărămidă caldă între cărpe) sunt indicate în caz de dureri intestinale.

Clismele cu adaoase medicamentoase nu sunt de folos; de altfel recto-romanoscopia nu arată leziuni ale mucoasei în dyspepsia pură prin putrefacție (v. *Noorden*).

Balneoterapie.

Stările diareice sunt uneori bine modificate prin apele termale simple de tipul *Plombières*.

Izvoarele calcaroase, analoage *Căciulatei*, apel de *Tușnad* (izvoarele fără săruri de magnezie), pot fi un adjuvant al dieteticei, care rămâne mijlocul principal de tratament în dyspepsiele prin putrefacție.

Apele de *Tușnad*, feruginoase, pot fi utile și în contra anemiei bolnavilor; este însă bine ca bolnavii să ia apă caldută pentru ca CO_2 , care provoacă diaree, să se degaje. Uzul apel se va suprima la nevoie, rămânând beneficiul climatoterapiei.

Bacterioterapie. Sub influența lucrărilor lui *Metschnikoff*, s'a întrebuițat des în Franța și la noi, tratamentul diareelor prin putrefacție, cu *microbii iaurtului* (b. paracetic) în stare de puritate. O asemenea terapeutică, își propune schimbarea florei intestinale, în favoarea speciilor amylolytice.

Rezultatele sunt în general bune, deși bacterioterapia fără regim, nu este suficientă.

Fermenții iaurtului, în cultură lichidă proaspătă, se iau în doză de 1-2 linguri înainte de mese; iar comprimatele (lactobacilină, lacteol) 2-3, tot la aceleași ore.

Acid clorhydric. În cazurile de anachlorhydrie, bine stabilită prin analiza sucului gastric, prescriem Hcl. oficial (diluât) care este folositor. *Schmidt* consiliază doze mai mari, de 10-40 picături la o masă, luate în timpul mâncării (în mai multe ori).

Trebule însă preveniți bolnavii să înceteze medicamentul, dacă le provoacă arsuri sau dureri, lucru pe care l-am observat în mai multe rânduri.

Dyspeptina Hepp, pastilele de *acidol-pepsin* (specialitate) sunt indicate numai în cazurile de achylie absolută, adică de lipsă a fermenților gastrici.

Astringentele servesc de adjuvante ale regimului, când modificarea diareei nu vine destul de repede.

Vom recurge la preparații de *bismuth, tanin*, sau la formule asociate, pe cari le-am dat anterior.

Calmantele durerii vor fi rar întrebuințate. Totuși la nevoie vom recurge la *belladonă* uneori asociată cu mică cantitate de *opiu* (pilule cu un centigram de fieceare), după formulele indicate.

Purgative.

În tratamentul său, *Combe consilla* la 8 zile *salacetol* seara, iar a doua zi dimineața, o mică cantitate de *oleu de ricină*. Procedeu nu este recomandabil, căci am văzut astfel recidive de diaree.

Purgativele se vor rezerva pentru stările acute, intercurrente.

Rezumatul tratamentului.

Regim alimentar: Făinoase (cereale și derivate) în cantitate mare (saturația intestinului); apoi regim progresiv lacto-făinos, brânză proaspătă, păsaturi de legume verzi, puțină carne, compot de gutui.

Agenții fizici. Fricțiuni alcoolice pe tot corpul. Aplicații calde abdominale, la nevoie (colici).

Balneoterapie (De importanță secundară). Ape termale simple. Ape calcaroase.

Medicamente. *Bacterioterapie* cu fermenții iaurtului. *Acid chlorhidric* în caz de achylie gastrică. La nevoie și *pepsină*. *Astringente, calmantele durerii*, după nevoie.

* * *

Tratamentul dyspepsiei intestinale prin fermentație.

Această afecție a fost introdusă în patologie de către *Schmidt*¹⁾ și *Strassburger*, grație examenului coprologic;

1) *Schmidt* u. *J. Strassburger*. Deutsches Archiv. f. klinische Medizin 1901 Bd. 79, p. 570.

ei au stabilit că este vorba de o rea utilizare intestinală a amidonului, cu fermentație acidă consecutivă.

Etiologie. Patogenie.

Autorii citați, credeau la început că dyspepsia prin fermentație este datorită unei secrețiuni insuficiente de diastază, la nivelul intestinului subțire.

Astfel, amidonul trece neatacat în intestinul gros, unde suferă fermentația acidă, sub influența bacteriilor amyolytice.

Mal târziu s'a văzut că există diastază în scaunele bolnavilor atinși de dyspepsie prin fermentație.

Atunci *Schmidt* a emis părerea, că asemenea bolnavi, prezintă o digestie imperfectă a celulozei, pe bază constituțională.

Dar *v. Noorden* observă că numai amylaceele fin divizate sunt complet atacate de intestinul normal; că la mulți indivizi sănătoși, trec resturi amylacee în intestin (cartofi, fasole albă etc.) fără nici o turburare.

Dânsul este dispus să admită, că dyspepsia prin fermentație, este datorită unei iritabilități particulare a mucoasei, la unii indivizi, față de acizii grași.

Mathieu și *Roux* admit că în unele cazuri, este vorba de o izbucnire de enterită, cu micșorarea secrețiilor la nivelul intestinului subțire; ei dau observațiuni clinice în sprijinul acestei păreri.

Cum dyspepsia prin fermentație, nu compromite existența, anatomia patologică a afecției, nu se cunoaște.

Există o singură autopsie a lui *Schmidt* (moarte prin altă cauză), care arată lezuni inflamatorii foarte ușoare la nivelul intestinului subțire, pe cari autorul nu pune nici un temel.

În alte cazuri *Mathieu* și *Roux*, cred că există o insuficiență temporară a utilizării amylaceelor, cari sunt din nou bine tolerate, după ce au fost reduse câtva timp; cu drept cuvânt ei stabilesc analogia cu toleranța mărită a diabetului, față de hidrații de carbon, în urma unui regim sever.

După cum se vede, există incertitudini în privința etiologiei și patogeniei exacte, a diareei prin fermentația amidonului.

Symptome.

Dyspepsia intestinală acută prin fermentație, este datorită după *v. Noorden*, mai cu seamă abuzului de fructe în timpul verii.

Bolnavii au simptome gastrice variabile (până la vărsături) dar prezintă mai cu seamă diaree abondentă, de culoare galbenă deschisă, de reacție acidă. Scaunele conțin adeseori resturi vegetale, vizibile cu ochiul liber,

Dyspepsia intestinală cronică prin fermentație

Afecția evoluează adeseori cu perioade de diaree, simptomul capital, ținând săptămâni și luni, urmate de perioade normale variabile. În alte cazuri, diareea este continuă. Bolnavii au unul sau mai multe scaune semi-lichide pe zi, cu borborygme emislune abundentă de gaze, de obicei fără dureri. Totuși *Mathieu* și *Roux* dau o observație, în care flatulența excesivă era însoțită de dureri foarte vii, în fossa iliacă stângă.

Starea generată a acestor bolnavi este de obicei bună, în cazurile pure; mulți nu consultă decât după ani de boală.

Semne fizice.

Chimismul stomacal foarte variabil nu dă indicațiuni terapeutice importante.

Examenul scaunelor asigură diagnosticul.

Evacuările intestinale au de obicei *consistența păsăturii*; colorația lor este galbenă deschisă, cu aspect adeseori spumos, prin bule de gaze.

Scaunele nu au miros fetid (ca în dyspepsia prin putrefacție) ci acru (acizi acetic, butiric) iar reacția cu hârtie de tournesol este acidă.

Examenul coprologic microscopic, arată după regimul de probă, *nenumărate celule de vegetale* (de cartofi), conținând amidon (reacția cu iod), care se găsește și extra-celular. Flora bacteriană lodo-filă este abundentă.

Mucusul lipsește sau este în cantitate neînsemnată, în cazurile pure. Resturi de țesut conjunctiv în cantitate notabilă, atrag atenția spre aepsia concomitentă.

Proba fermentației scaunelor cu aparatul lui *Schmidt*, arată o degajare importantă de gaze, chiar după câteva ore de termostat.

Dozarea acizilor grași volatili, prin metoda lui *J. Ch. Roux* și *Goiffon*, arată augmentarea acestor acizi de fermentație.

Terapeutică dyspepsiei prin fermentație

Dietetică.

Schmidt a instituit în această afecție, după cum era și logic în urma examenului fecalelor, un regim cu *suprimarea hidraților de carbon* și în special a *amylaceelor*.

Dietetica este deci diametral opusă, aceleia care convine în dyspepsiele prin putrefacție.

Iată schema de regim, indicată de *Schmidt*:

Dimineața: ceai sau cafea (fără cafelnă), cu smântână sau puțin lapte; 2 bucăți de zahăr sau 2 lingurițe de dulceață (fără sămburi sau pellicule).

10 a. m. : bullon de ou, șuncă bătută.

12 : bullon simplu, pește cu unt, mușchiu fript.

4 p. m. : ca la 10, fără ou.

Seara : pul rece, carne de vițel cu unt, omletă (fără adaos de făină), cu puțin zahăr sau dulceață. Ceai sau vin.

Cu un asemenea regim, diareea dispare surprinzător de repede, în câteva zile, iar examenul caprologic arată scaune normale.

Atunci, după *Schmidt* și *Lorisch*, începem să adăogăm mici cantități de făinoase, cari în ordine descrescândă de toleranță sunt: făina de cereale preparată special, griși, pesmeți, macaroane, orez, pâinea albă.

Deci pâinea obișnuită se permite foarte târziu.

Cartofii, *leguminoasele uscate* cari după cum am văzut la terapeutică generală a intestinului, sunt chiar în stare normală rău utilizate, se autoriză după săptămâni de regim, în mici cantități și numai sub formă de păsaturi.

Legumele verzi sunt permise de *Schmidt* și *Lohrisch* numai trecute prin sită; tot astfel și *compoturile*, numai trecute (marmelade).

În privința *laptelui* și *derivatelor sale*, autorii citați spun că nu se pot formula reguli generale; totuși din câte am văzut, *brânza proaspătă*, constituită aproape numai din proteine (caseină), este bine suportată chiar dela începutul regimului.

v. *Noorden* institue o dietetică mai complicată pe care o rezum :

a) 1-2 zile de dietă hydrică.

b) *Dimineața*: 250-300 gr. de lapte fără lactoză, pentru diabetici (se găsește în comerțul german sub numele de Bonma Milch în sticle sterilizate) la nevoie cu ceai, 2 ouă mol.

10 : 150-200 gr. brânză proaspătă, amestecată cu 30-40 gr. unt, o ceașcă de bullon.

12 : bullon, carne friptă sau fiartă sau pește, gelatină de lămâie etc. îndulcită cu zăcharină, puțin vin roșu.

4 : 300-400 gr. lapte fără lactoză, 1 ou moale.

Seara : jumări din 2 ouă, șuncă, brânză de Olanda cu unt, sau gelatină, ceai sau vin.

Intr'o a doua perioadă, se adaogă supe de făină de cereale, cu lapte fără lactoză, cu sacharină.

In perioada treia, v. Noorden permite cantități progresive, până la 1500 gr. pe zi de lapte obicnuit, iaurt sau kefir de 3 zile; prăjituri din făină, unt, zahăr; păsaturi de legume verzi, cartofi, fructe. In plus, bine înțeles, fripturi sau rasol.

Regimul definitiv va cuprinde cam toate alimentele, cu evitarea celor bogate în celuloză.

Nu am vre-o experiență personală cu regimul lui v. Noorden, dar repet cele spuse la dyspepsia prin putrefacție, că laptele mai cu seamă fără adaos de făinoase (nepermise în cazul de față), întreține diareele cronice. Astfel mă întreb dacă marea cantitate de lapte obicnuit sau kefir, din perioada a treia, nu produce o recrudescență a diareei.

In privința regimului lui Schmidt, pot spune în cunoștință de cauză că dă foarte repede rezultate excelente.

Iată observația unei bolnave atinsă de dyspepsie intestinală prin fermentația amylaceelor, pe care am prezentat-o la curs, din care se vede acțiunea favorabilă a regimului într'un caz vechiu. Cazul mai este interesant și din punctul de vedere al etiologiei.

Observație. Bolnava E. G., soție de învățător, 46 ani, intră în spitalul Brâncovenesc la 15 Martie 1921, pentru diaree cronică, însoțită de dureri abdominale.

A. H. Tatăl mort; pacienta nu poate preciza cauza. Mama a sucombat cu metroragii; era astmatică.

A. P. A avut turburări menstruale în adolescență. Măritată la 18 ani, 2 sarcini normale.

Nici o altă boală anterioară.

Istoricul boalei actuale. Acum 6 ani, prin luna Malu, a fost cuprinsă de flor, dureri abdominale mai cu seamă în fossa iliacă stângă, diaree muco-sanguinolentă, cu 10-14 scaune pe zi.

Diareea s'a redus apoi la câteva scaune pe zi fără sânge, dar a ținut până în toamnă, când a dispărut.

La acea epocă bolnava a prezentat sete mare, foame și prurit vulvar; i s'au găsit 37 gr. de zahăr, la litrul de urină.

După șapte luni de regim, analiza de urină a fost normală.

Verile următoare a avut din nou câteva luni de diaree violentă.

Anul trecut diareea s'a continuat fără întrerupere și în cursul iernii, perzistând până la intrarea în serviciu. Pacienta care este inteligentă și se observă bine, afirmă că în unele zile

a avut până la 10 scaune pe zi, cu mucozități sanguinolente, cu dureri abdominale violente și chiar cu tenesme rectale.

Apetitul era conservat. Bolnava a consultat medicii în repetate rânduri și a urmat cu rigoare un regim cu bază de făinoase. Apa rece, *laptete* îi mărlau numărul scaunelor.

Diareea perzistând cu același intensitate, intră în spital.

Stare prezentă. Constituție bună, .chiar obeză. Tegumentele, mucoasele sunt ușor palide.

Tub digestiv. Dinții sunt buni. Limba nu prezintă nimic anormal.

Palpația abdomenului, arată un colon sub formă de coardă, sensibil în diferitele segmente și mai cu seamă în fossa iliacă stângă.

Tușeul rectal, nu arată nici o tumoare.

Examenul coprologic practicat de către *d-l Dr. Băișoiu,* după o zi de regimul lui *Schmidt,* arată: scaune păstoase galbene deschis; reacție ușor acidă; fibrele musculare bine digerate; mase compacte de amidon, intens colorate cu soluția Lugol; abondentă floră iodofilă; nu s'au găsit mucozități.

Celelalte *mari aparate* nu prezintă nimic apreciabil.

Urina nu conține nici zahăr nici albumină.

Tratament.

Se prescrie bolnavei un regim în limitele posibilităților compus din: ouă, friptură, brânză proaspătă, ceai și vin.

După câteva zile de regim, scaunele erau formate, iar numărul lor s'a redus la 1-2 în 24 ore.

Bolnava cere să părăsească spitalul; i se dă un regim acasă.

Comentarii.

Această observație, arată *eficacitatea grabnică a regimului fără hydrați de carbon,* în dyspepsia prin fermentația amylaceelor, lucru care constituie regula.

Dar observația bolnavei mai arată că debutul afecției a avut loc prin fenomene de colită dysenteriformă acută; că boala a evoluat sub formă de perioade rele în timpul verei, timp de 6 ani, pentru ca diareea să devie apoi continuă, prezentând la anumite epoci mucozități sanguinolente și tenesme.

Deci este vorba de un caz de dyspepsie prin fermentație, având la bază o enterocolită, evidentă ca anamneză.

Faptul că la un examen coprologic nu s'a găsit mucus, nu pledează în contra acestei păreri, căci și în enterocolite, această eliminare care traduce inflamația cronică a mucoasei poate fi discontinuă; lucrul este semnalat.

Această observație și altele, produc oarecare îndoială, în privința etiologiei pur funcționale a dyspepsiilor intestinale.

Dietetica în dyspepsiile intestinale mixte, prin fermentație și prin putrefacție.

În aceste forme, situația medicului este mai grea, căci proteinele expun la putrefacții, iar hidrații de carbon sunt izvor de fermentațiuni acide. Atunci cum alimentăm bolnavii? Suntem reduși la diete alternative, îndreptate succesiv în contra flocării forme de dyspepsie; cu mai multă greutate ca în cazurile pure, unde succesele sunt imediate, ajungem în general la rezultatul dorit la modificarea diareei.

După consiliile lui *Schmidt* și *Lohrisch*, începem tratamentul prin regimul în contra fermentațiilor, dar cu puțină carne fin tocată și cu celelalte alimente arătate mai sus. *v. Noorden*, bazat pe cercetările lui *Lembke* și alții, arată că acest regim trebuie continuat vre-o 5-6 zile, spre a putea influența flora microbiană amyolytică.

În urmă dânsul consiliază 1-2 zile de dietă hydrică; apoi trecem la un regim făinos timp de alte 5-6 zile (după schema lui *Combe*).

Examenul caprologic, ne va informa, care formă de dyspepsie rămâne în primul plan după aceste alternanțe de regim; iar dietetica se va institui în consecință.

Agenții fizici, balneoterapia.

Sunt de o importanță secundară în dyspepsiile prin fermentație; indicațiunile, reduse de altfel sunt aceleași ca în forma prin putrefacție.

Medicamente.

Acestea se vor întrebuița când dyspepsia intestinală prin fermentație, nu cedează destul de repede, sau când autorizarea de făinoase în mică cantitate, produce recidive (*Schmidt*). Atunci putem încerca *fermenți* ca *taka-diasstasa* sau *maltina* după formulele indicate.

Astringente. Preparațiile de *tanin*, de *bismuth*, sunt adjuvante utile, spre a combate diareea; *carbonatul de calciu* este viu consiliat de *v. Noorden*, în această dyspepsie cu acizi grași de fermentație. Am dat o formulă în care

întră *salicylat de bismuth, tanigen și carbonat de calciu*.
Antiseptice intestinale. Am arătat în treacăt că *benzonaphtolul* revine în onoare ca antiseptic intestinal.

Într'adevăr, bacteriile cari ocazionatează fermentația amylaceelor par mult mai influențabile prin antiseptice decât cele cari produc putrefacția albuminei.

Putem încerca 1-2 gr. pe zi de *benzonaphtol, betol*; de altfel *salicylatul de bismuth, tanigenul*, au și ele un efect antiseptic.

Introducerea de *oxygen* în duoden consiliată de *Schmidt* spre a influența anaerobii intestinali, nu este o metodă foarte practică.

Rezumatul tratamentului.

Dietetică: regim cu suprimarea hidraților de carbon, cu multe albuminoide.

Se adaogă progresiv mici cantități de făinoase.

In dyspepsiile mixte: regimuri alternative (5-6 zile fiecare), de proteine apoi de hidrați de carbon.

Medicamente: diastase, astringente (derivate ale tanninului, bismuth, carbonat de calciu); antiseptice intestinale (*benzonaphtol*).

* * *

Tratamentul entero-colitei muco-membranoase.

Această afecție are multe sinonime; termenul de *colică mucoasă*, întrebuintat de *Nothnagel*, este destul de potrivit, căci nu prejudică nimic în privința naturii sale.

Enterocolita deșteaptă imediat în spirit, ideea de inflamație, de leziune organică.

Etiologie. Patogenie.

Nenumărate cauze și teorii patogenice, au fost invocate spre a explica simptomatologia acestei afecțiuni (mucus în scaune, de obicei constipație dureroasă).

În rezumat pentru unii (*Mathieu, Schmidt, Boas etc.*) este vorba de o inflamație a mucoasei, de o colită cu spasm și constipație.

Pentru alții, în frunte cu *Nothnagel, Le Gendre* și alții, această afecție este o enteronevroză.

În limbajul mai modern colita muco-membranoasă este datorită unei hypervagotonii (*Eppinger și Hess*), cu insuficiență tyroidiană (*Trémolières*¹⁾). Mergând mai sus, putem adeseori găsi o stare neurastenică și chiar o psicho-nevroză în sensul lui *Dupré* având ca expresie periferică hypervagotonia.

v, *Noorden*, partizan al teoriei nervoase, admite că în unele cazuri, afecția se poate însoți de colită secundară. Dar în cazurile pure, recto-romanoscopia, nu i-a arătat aparența unei leziuni a mucoasei.

Colica mucoasă se vede mai des la femei (60-70% din cazuri).

Este greu de luat pozițiune în priviuța patogeniei afecțiunilor acestora.

Din cazurile pe care le-am văzut, am rămas însă cu impresia, că bolnavii atinși de colită muco-membranoasă sunt nevropați mari și mai probabil primitivi, iar nu prin rezorbții intestinale.

La acești bolnavi, sub influența constipației asociată adeseori cu leziunea unui organ mai depărtat (vezicula biliară, anexe uterine etc.), intestinul reacționează cu spasm, supra producție de mucus.

De sigur se poate adăoga o colită infecțioasă, dar acestea nu sunt cazurile pure.

Dar pentru că există discuțiuni asupra naturei boalei, am clasat-o în diviziunea boalelor funcționale ale intestinului, cu leziuni variabile.

Symptome.

a) Semnul caracteristic al afecției, este expulzarea de *mucus* mai rar în natură cu aparența albușului de ou, mai des sub formă de *mucus concret*, coagulat sub influența mucinasei, ferment studiat de *Roger*.

Acest mucus concret, expulzat în cantități uneori mari, are aspectul de *membrane* scurte (luate de bolnavi drept odescuamațe intestinală care-i sperle) sau adeseori foarte lungi (luate drept taenle, ascarizi).

Scaunul este constituit în întregime din aceste muco-membrane, amestecate în mod inconstant cu puține scybale dure.

Uneori există și nisip intestinal constituit din oxalați, fosfat, carbonat de calciu, asupra cărora a insistat *Combé*²⁾.

*Dieulafoy, Loeper*³⁾ tind să constituie din litiaza intesti-

1) *Trémolières*. Journal médical français Juin 1922, p. 231.

2) *Combé*. Le traitement de l'enterite muco-membraneuse, Paris 1906, p. 24.

3) *Loeper*. Leçons de pathologie digestive Paris 1910, p. 33.

nală o manifestare diatesică. Interpretarea acestui nisip intestinal, nu este ușoară; dar faptul pe care l'am văzut în mai multe cazuri este expulsivitatea de nisip cu muco-membrane.

b) Expulsivitatea membranelor poate avea loc fără dureri și aceasta se vede mai cu seamă când sunt scurte. Dar mulți bolnavi, după o depresivitate sau o excitație psihică mai mare, au dureri care pot fi de o *violență extremă*, de-alungul colonului, cu iradiații multiple.

Intestinul gros este găsit la palpație sub forma unui cilindru, foarte sensibil.

După un timp variabil, criza se termină cu expulsivitatea muco-membranelor uneori foarte lungi (care traduc intensitatea și întinderea spasmului intestinal); constatarea lor, asigură diagnosticul—șovăitor în timpul atacului. Acestele dureroase se pot repeta la intervale de zile, săptămâni; în intervalul lor, colonul rămâne sensibil, lucru care preocupă foarte mult pe bolnavi.

c) *Constipația* există de regulă în colica mucoasă și afectă mai totdeauna tipul *spastic* sau *dureros*, care ne este cunoscut, fapt important din punct de vedere terapeutic.

Crizele diareice pe care le prezintă unii bolnavi, cu scaune lichide în care se văd scybale, trebuiesc considerate ca *fașe diaree*, iar pacienții considerați ca fiind atinși de constipație.

Formele de colică mucoasă, cu scaun normal sau diaree continuă, există dar sunt rare.

d) *Starea nervoasă* se află la cei mai mulți pacienți în primul plan.

Pe un teren nevropat, repetarea acceselor dureroase, constipația și sensibilitatea abdominală dintre atacuri, fixează atenția bolnavilor asupra intestinului. Atunci începe o existență intolerabilă, pentru dânsii, pentru familia lor.

Auto-analiza tuturor senzațiilor, preocuparea de tot momentul despre starea lor, fac pe acești pacienți să-și reducă alimentația de teama durerilor; această sub-nutriție ajutată de insomnia frecventă, produce o slăbire repede. Intinși toată ziua, cu pielea abdomenului arsă de aplicații fierbinți, înveliiți cu tot ce găsesc, căci au mereu senzația de frig, plângându-se mereu de senzațiile abdominale și generale, înesc prin a da impresia unei boale organice grave.

Totuși am văzut asemenea bolnavi la cari psihoterapia bine condusă sau o schimbare de mediu, produceau vindecarea în câteva zile.

O boală organică ca de exemplu colita gravă nu ne răsață cu modificări așa de radicale.

Examenul din punct de vedere nervos, nu arată ceva deosebit, în afară de reflexul oculo-cardiac adeseori pozitiv.

e) *Afecțiunile asociate* colitei mucoase, pot fi simple coin-

cidente, cum este posibil să deslănțule accidente de vagotonie intestinală, pe un teren anterior nevropat. Femelle atinse de colică mucoasă, au de regulă enteroptoză; adeseori leziuni utero-anexiale.

Asociația cu lithiază biliară, cu un fond cholemic, se observă asemenea des.

Dar sunt destule suferinde de enteroptoză, de anexită, destul bolnavi atinși de lithiază biliară, cari nu au accidente intestinale de felul coliciei muco-membranoase; mai trebuie și altceva spre a realiza această stare intestinală.

S'a pretins că apendicita cronică întreține accidentele intestinale.

Când bolnavii atinși de colică mucoasă au dureri predominente la dreapta cu obsesia apendicitei consilier totdeauna extirparea apendicelui, spre a'mi degaja răspunderea.

Totuși afecția intestinală își continuă mersul ca și înainte de operație.

Combe citează 47 de asemenea intervenții fără folos.

Posed și eu un număr respectabil de cazuri.

Terapeutică colicei mucoase.

Dietetică. Regimul alimentar, ca și întregul tratament variază după idelle patogenice pe cari medicul le adoptă, în privința colicei mucoase. *Combe* fiind convins că cele mai multe cazuri de colică mucoasă sunt adevărate colite infecțioase, întrebuiința regimul făinos, antiputrid în toată rigoarea. Urmând exemplul său, foarte mulți medici au continuat să întrebuiințeze această dietetică, așa de folositoare în diareele putride.

Nu pot spune însă același lucru despre utilitatea făinoaselor în tratamentul colicei mucoase. Am văzut bolnavii îngrijiți, la Lausanne, pe când trăia *Combe*; mucozitățile, constipația, atacurile dureroase, nu se modificau mai de loc.

v. Noorden, plecând dela noțiunea că trebuie modificată constipația, spre a face să dispară secreția de mucus și enterospasmul, adoptă o dietetică cu totul opusă, bogată în celuloză și în alte alimente laxative.

Iată schema sa (fără unele mici detalii) analogă celei pe care am expus-o, la tratamentul atoniei colonului stâng:

Dimineața: 300 gr. lapte cu smântână, sau ceai (cafea) cu multă smântână, 50-70 gr. pâine cu țărâțe, 30-50 gr. unt.

11: supă de leguminoase (linte) cu slănină fiartă, pâine neagră, unt, vin.

1 : friptură cu multe legume, cartofi, fructe (și cele cu sămburi cu peliculă groasă), puțin vin.

4 p. m. ca dimineața.

7 seara: ca la 1.

9 seara: 300 gr. lapte cu smântână.

Cu acest regim tip (în care se introduc modificări la nevoie) v. *Noorden* și *Dapper* afirmă că obțin rezultate foarte bune.

De sigur că dietetica acestor medici exercită pe lângă efectul laxativ și o acțiune de ordinul psycho-terapiei; într'adevăr, când un bolnav, care își crede intestinul inflammat, distrus, vede că i se prescrie un regim mixt ca individului celui mai normal, dânsul dobândește încrederea în vindecare.

S'au ridicat obiecțiuni în contra acestui regim; în special s'a zis că poate fi iritant pentru intestin. Am văzut totuși bolnavi îngrijiți de *Dapper* la Kissingen, după acest system, cu rezultate favorabile.

Dar cred că este mai prudent, să prescriem un regim laxativ, cu puține făinoase, după indicațiunile și schema dată la tratamentul *constipației dureroase sau spastice*.

De altfel între colica mucoasă și constipația spasmodică, există toate analogiile clinice, mai puțin hipersecreția de mucus, în această din urmă afecție.

Când avem impresia că s'a produs o asociație de colică mucoasă, cu adevărată colită secundară, vom introduce în regim, modificările pe cari le vom indica la tratamentul entero-coltel organice.

Psychoterapie.

Suggestia verbală a medicului joacă un rol de frunte, în tratamentul tuturor boalelor funcționale.

Iu starea de psycho-nevroză, care însoțește adeseori colica mucoasă, acest factor terapeutic are o mare însemnătate.

Cazurile severe, necesită scoaterea bolnavului din mediul familiei și îngrijirea sa într'un sanatoriu sau spital bine organiza, dupe indicațiunile date la terapeutica gastro-nevrozelor.

Agenții fizici.

Repausul în pat este necesar numai în paroxysmele dureroase sau pentru bolnavii foarte slăbiți.

Altfel recomandăm o viață fizică obicinuită, cu 9-10 ore de ședere în pat și $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ de oră repaos după mese, în poziție horizontală

Aplicațiunile calde pe abdomen, se vor consilia în mod sistematic, timp de 1 oră înainte de culcare și în atacurile acute.

Hydroterapia, de mare folos, va cuprinde procedeele sedative, indicate anterior: cearceaful umed calmant, dușele călduțe, băi călduțe la culcare în caz de insomnie. Cu timpul ajungem la procedeele stimulante: cearceaful umed tonic, jumătăți de băi.

Electricitatea, redusă la bala statică, la curenți galvanici fără inversiune, poate fi un adjuvant al psihoterapiei și se va întrebuința când este posibil.

Clisme.

O simplă clismă cu infuzie de mușețel (camomillă) provoacă, după cum am văzut la mulți bolnavi, expulzarea unui pachet de muco-membrane.

Astfel irigațiunile intestinale pot fi nocive în colica mucoasă, măbind iritația intestinului gros.

Clismele de unt-de-lemn sau de *oleu de parafină*, sunt de obicei bine suportate, deși nu se poate generaliza.

Vom administra aceste clisme, după indicațiunile anterioare (50-200 gr.) și de preferință la 2-3 seri, când intestinul este prea spasmodic.

Medicamente.

Toate medicamentele cari-și găsesc întrebuințarea în tratamentul constipației dureroase, sunt indicate în colica mucoasă.

Și aci vom face uz larg de *belladonă* astociată sau nu cu *papaverină*, de *bromuri de valeriană*; sedativele generale și intestinale, sunt aproape indispensabile.

Ca tonice, vom prescrie *glycerofosfați*, *lecitină*.

Laxativele cu acțiune asupra intestinului subțire (*lactoză*, *magnezia calcinată*) sunt cele mai indicate; de asemenea *oleul de parafină* (1-2 linguri la culcare sau la mese cu marmeladă) când este tolerat de bolnavi.

Bila și sărurile biliare, stimulează după cum am văzut peristaltismul intestinului gros.

Aceste preparate, în clismă, provoacă de obicei colici și nu convin unui intestin spasmodic; pe cale gastrică însă, nu am văzut inconveniente, dar au o acțiune laxativă slabă.

Totuși se pot prescrie în colita mucoasă, de oarece după cum a arătat Roger, ficatul fabrică o antimucinasă, care împiedică coagularea mucusului intestinal.

Vom consilia *choleine*, *enterokynasa*, cu *săruri biliare* (ambele 4-6 perle pe zi) *ovogal* (2 capsule pe zi) și alte specialități.

În cazurile de *anachlorhydrie gastrică*, putem încerca soluția salină, analoagă apei de Slănic 6, care mi-a dat bune rezultate în constipația spasmodică.

Balneoterapie.

În Franța medicii trimit pe bolnavii constipați atinși de colită mucoasă la *Châtel-Guyon*, iar pe cei cari au și dureri mari la *Plombières*.

La tratamentul constipației dureroase, am dat indicațiunile necesare în privința apelor minerale românești, cari convin în acea afecție; aceleași indicațiuni sunt valabile și aci.

Schimbarea de mediu, pe care o reprezintă cura balneară la izvor, poate face mult bine bolnavilor atinși de colică mucoasă. Dar tratamentul prin apele minerale, trebuie condus cu multă prudență, când este vorba de nevropați, cu intestin extrem de iritabil.

Tratamentul acceselor acute.

Colita mucoasă, poate da loc după cum am spus, la dureri din cele mai violente, ca în accesele cele mai acute de lithiază biliară sau renală.

În asemenea împrejurări, indicația cea mai importantă este calmarea durerii.

Aplicațiunile calde, sunt de rigoare și se vor continua cât ține accesul. Dacă durerile sunt foarte mari, vom prescrie *supozitorii* cu 1 centigram de *morfină* (chlorhydrat) și 2 cent grame de *extract de belladonă* (1-3 în 24 ore).

Intensitatea durerilor, ne-ar tenta să recurgem la in-

jecții de morfină; dar mă feresc totdeauna de acest procedeu, în boalele cu accese repetate, la bolnavii cu fond nevropat. Am văzut, într'adevăr, destule cazuri de morfino-manie, în urma injecțiilor terapeutice.

Clismele cu unt-de-lemn, sunt utile spre a favoriza expulsiile masei de mucus și a scurta accesul; ele vor fi mai bine tolerate, după ce supozitorul a ușurat durerile.

Uneori atacul acut de colică mucoasă, este însoțit de *febră*, ceiace arată un element infecțios supra-adăogat.

În asemenea cazuri, vom da *oleu de ricină* (cu lingurița la oră până la efect), bine înțeles după ce durerile și-au pierdut din acuitate.

Vom institui în același timp, pentru câteva zile un regim cu *supă făinoasă*, la care adăogăm apoi iaurt, revenind cu încetul la regimul mixt, suportat de bolnav.

Rezumatul tratamentului.

Dietetică. Regim alimentar ca în constipația durosă (spasmodică).

Agenții fizici: aplicațiuni calde locale; hidroterapie sedativă. Clisme cu unt-de-lemn sau oleu de parafină.

Medicamente. *Sedative* (belladonă, papaverină, bromuri, valeriană).

Tonice nervoase: glycerofosfați, lecitină.

Laxative: oleu de parafină, magnezie, lactosă, săruri bilare.

Balneoterapie. Ape termale simple. Alte izvoare pentru uz intern, după chimismul gastric.

Tratamentul accesului acut. Aplicațiuni calde. Supozitorii cu morfină și belladonă.

Clisme de unt-de lemn.

La nevoie (febră): oleu de ricină, regim amylic.

II. Vicii de poziție ale intestinului.

Tratamentul enteroptozei.

Am studiat cu toate detaliile necesare, tratamentul enteroptozei, la terapeuica clinică a boalelor stomacului; coborîrea intestinului este inseparabilă din punct de vedere clinic și terapeutic, de gastroptoză.

A reveni asupra acestui subiect, ar însemna o repeti-

ție inutilă, căci acest tratat elementar de terapeutică, care apare în fascicole, este în realitate o lucrare unitară.

Anomalii congenitale.

Boala lui Hirschsprung.

Printre anomalii congenitale ale Intestinului, aceia care prezintă un interes mai deosebit, din punct de vedere medical este boala lui Hirschsprung sau *megacolon sigmoidian*.

Totuși această afecție nu ne va reține prea mult, de oarece tratamentul său eficace este de resortul chirurgiei.

Boala descrisă de *Hirschsprung* din Copenhaga în 1886 are ca substrat anatomo-patologic, o dilatație enormă a colonului pelvian, întinsă adeseori îndărătul acestui segment, până la coecum inclusiv; rectul nu este dilatat.

Indoitura megacolonului sigmoidian acolo unde se continuă cu rectul, formează ventil și împiedică trecerea materiilor.

În acest punct nu există o stenoză organică propriu zisă, căci prin simpla laparatomie, indoitura se îndreaptă și colonul sigmoidian se poate goli.

Etiologie.

Afecțiunea datează din copilărie; pentru aceste cazuri trebuie rezerat numele de boala lui *Hirschsprung* iar nu și pentru stenozele colonului pelvian, ce se întâlnesc la adult. S'au invocat o mulțime de teorii spre a explica dilatația considerabilă a colonului sigmoidian: anomalie congenitală de dezvoltare (*Hirschsprung*), lungime anormală a colonului (*Marfan*); anomalie neuro-musculară; spasm etc. Cum afecția datează adeseori din prima copilărie, o anomalie congenitală este probabilă.

Symptome

Bolnavii prezintă din primele luni ale vieții, *constipație rebelă* sau scaune insuficiente.

Abdomenul devine enorm și colonul mărit de volum își desinează forma, atunci când se contractă.

Examenul radioscopic, completează informațiile clinice și asigură diagnosticul.

Afecția are de obicei un sfârșit fatal, care vine după obstrucție prelungită (lipsă de scaune 2—3 luni), sau după o serie de obstrucțiuni.

Hertz vorbește de vindecarea prin spălături intestinale în cazurile recente; dar nu știm ce au devenit bolnavii mai târziu.

Terapeutică.

Dietetica, laxativele, au o importanță cu totul secundară în tratamentul megacolonului sigmoidian.

O terapie nesângeroasă paliativă, constă în introducerea unei *sonde intestinale* până la nivelul ansei sigmoide, urmată de *spălături*.

La nevoie sonda se lasă „à demeure“, sau cel puțin mai multe ore pe zi.

Din nenorocire însă, ventilul menționat, împiedică uneori trecerea sondei, chiar ajutați de recto-romanoscop. Atunci dacă accidentele de obstrucție sunt amenințătoare se recurge la formarea unui anus contra naturii. Dar intervenția cea mai rațională, constă în extirparea ¹⁾ ansei dilatate, practică într'o perioadă când starea generală a bolnavului este relativ satisfăcătoare. Mortalitatea operatorie este destul de mare, dar totuși intervenția este logică, fiind dat că nu există exemplul unui bolnav care să fi atins vârsta de 30 ani, cu un colon totdeauna dilatat. (*A. Hertz*).

III. Terapeutică boalelor organice ale intestinului cu leziuni constante.

Tratamentul enteritei acute.

Când vorbim de enterită, adică de inflamația mucoasei intestinale, aceasta înseamnă că procesul se întinde la toate segmentele intestinului. De aceea, termenul de entero-colită, ar fi mai exact. Totuși, cum vom consacra un capitol special de terapie, inflamației predominante a intestinului gros (colite), vom păstra denumirea de enterită, pentru cazurile în cari leziunile colonului deși existente, nu se află în primul plan.

Etiologia enteritei acute.

Vom elimina enteritele infecțioase specifice (febră tifoidă,

1) *G. Miginiac*, în a cărei lucrare se găsesc detalii operatorii și statistici mai recente, privitoare la megacolonul sigmoidian.

Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition T XII
No. 1 p. 22, 1922.

cholera) enteritele acute secundare (din febre eruptive, septice-mii etc.); vom elimina de asemenea leziunile toxice prin otrăviri (sublimat, arsenic, acizi minerali etc.). A îngloba aceste din urmă enterite, după cum fac unii autori, în acest capitol, ar fi să-l lungim fără sfârșit; terapeutica lor se studiază cu mai mult folos, la otrăviri.

Vom reține pentru studiul actual, *enteritele acute primitive de origine microbiană*.

Din acest punct de vedere, se stabilește uneori distincția între *intoxicațiile alimentare* prin lapte, ouă, carne, fructe, avariate și *enteritele microbiene* propriu zise. În realitate, alimentele de mai sus sunt nocive prin alterațiile lor, tot de natură bacteriană și în multe cazuri de intoxicație prin carne avariata, există și o infecție cu bacili paratifici sau cu alte specii microbiene.

De altfel, în stadiul actual, al cunoștințelor noastre, nu există un microb specific al enteritei acute.

În unele cazuri, pare să fie vorba de bacterii saprofite (*colibacil*, *enterococ*) ale intestinului, cari și-au exagerat virulența, prin asociații microbiene sau prin alte cauze, cari ne scapă. Din acest punct de vedere, se vorbește numai de infecțiunile intestinale cu saprofiți aerobi. Este totuși verosimil că și flora anaerobă care constituie 50% din bacteriile intestinului, își poate exagera virulența și poate juca un rol în geneza enteritelor acute; dar cercetările incomplete, asupra acestui chestiuni, n'au dat rezultate evidente.

Printre speciile introduse în intestin, s'au notat mai des, *bacilii paratifici A și B*, cari pot da infecțiuni intestinale scurte, cum ocazională și infecții tifoide lungi; apoi *bacilul enteritei Gärtner* și alte specii. S'au semnalat și enterite cu *spirili*.

Cauzele predispunătoare sunt mai cu seamă vârsta (copilăria) și anotimpul cald.

Symptome.

Forma ușoară.

După scurte prodrome (amețeli, oboseală generală, sudori) apar *colici intestinale*, uneori foarte violente, urmate de *evacuări* din ce în ce mai lichide și mai incolore.

Numărul scaunelor poate fi de 2—3 și chiar 20 pe zi; ele sunt *fetide, alcaline* și prezintă toate caracterele *diareelor prin putrefacție*. Materiile conțin *mucus* în cantitate abundentă, grămezile mici provenind din intestinul subțire, cele mari din colon.

Microscopul arată *fibre musculare nedigerate, grăsimi* (săpunuri), celule de amidon, semne cari demonstrează participarea intestinului subțire (*Schmidt și Lohrisch*) la procesul infla-

mator. Prezența de *albumină solubilă* este aproape constantă ; ea provine din secreția mucoasei intestinale, constituind masa lichidă a scaunelor diareice și izvorul principal al putrefacțiilor, după concepția lui *Schmidt*, care pare foarte exactă.

Ca semne somatice menționăm *limba saburală*, puțin *meteorism*, ușoară *sensibilitate* la presunea abdominală.

Starea generală arată adeseori slăbiciune mare. În alte cazuri fior, urmat de *temperatură* variabilă.

Stomacul este des în cauză (gastro-enterită acută), dând *greață*, *vărsături*.

Formele grave se clasează de obicei sub denumirea de *enterită choleriformă* (diaree apoasă, fenomene algide) ; *enterită tifoidă*, adeseori infecție paratifică.

Enterita dysenteriformă aparține colitelor.

Terapeutică.

Tratamentul enteritei acute, se confundă cu acela al gastritei acute simple, astfel că voiu repeta cu mici diferențe prescripțiile date anterior.

Tratament specific. Am spus că nu există un microb al enteritei ; s'au făcut totuși încercări de *vaccinoterapie* (injecțiuni subcutanate în timpul boalei, de corpuri microbiene omorâte), cu un amestec de *enterococ*, *colibacil* etc. Aceste încercări, sunt prea recente ca să ne putem pronunța ; ele intră mai mult în cadrul *proteino-terapiei* decât al tratamentului specific propriu zis.

Dietetică.

Dieta hydrică, este de importanță capitală, după cum am mai spus, în tratamentul gastro enteritelor acute. Această dietă, realizează întru câtva și un tratament causal, contribuind la aseptizarea intestinului prin supresiunea mediului de cultură alimentar.

În practică, consiliem 1—2 zile de supresiune a oricărei alimentații ; dăm numai 1000—1500 gr. pe zi, de apă fiartă, ceai, limonadă.

Acidul lactic (5—10 gr. la 1000), consiliat de *Prof. Hayem*, este foarte recomandabil, realizând o limonadă antiseptică.

V. Noorden și *Solomon*, prescriu până la 400 gr. zahăr pe zi, în soluție de 10%.

O asemenea dietă hydrică cu zahăr, reprezintă până

la 1600 calorii; pe de altă parte nu conține nici o substanță, care să favorizeze putrefacțiile intestinale.

Întrebarea este, dacă o așa mare cantitate de lichid și de zahăr, care posedă acțiune laxativă, nu întretine o diaree exagerată.

Dar autorii citați afirmă că dieta zaharată, suprimă repede evacuările intestinale.

Dieta amylacee.

După dieta hydrică, dăm *supe amylacee* preparate cu bulion de legume, în care se fierbe *făină de ovăz, de orez*.

În lipsă, *grîși* sau *orez* muiate prealabil în apă rece (câteva ore), apoi fierte cel puțin $\frac{3}{4}$ de oră; în fine trecute printr'o sită deasă. Prescriem 3—4 talere pe zi, din aceste supe, cari se vor continua 1—2 zile; mai mult dacă persistă febră și diaree putridă.

Rolul acestei diete amylacee, este după cum știm, crearea unui mediu impropriu putrefacției intestinale, dând în acelaș timp bolnavului o alimentație insuficientă, dar totuși apreciabilă.

Regim ulterior.

a) Dacă suntem în prezența unei enterite acute cu evoluție febrilă mai lungă, putem adăoga de la 4-a sau 5-a zi a boalei, pe lângă supele amylacee și puțin iaurt.

b) În formele scurte, adăogăm dela 4-a zi, supe lacto-făinoase sau iaurt; pâine prăjită.

Apoi autorizăm macaroane, orez, cari se continuă cât persistă diareea. În fine ajungem progresiv (pureuri, compot, carne fără sosuri) la regimul normal.

Toate aceste consilii dietetice își au importanța lor, căci o enterită acută rău îngrijită, poate trece în stare cronică și atunci vindecarea este mult mai grea.

Agenții fizici.

Aplicațiunile calde pe abdomen sunt folositoare, în contra durerilor cari pot fi intense.

Spălăturile de stomac, sunt utile, dacă persistă greață, fără vărsături eficace.

Clismele, nu sunt indispensabile, în formele obicinuite. Formele grave pot beneficia de clisme cu *ser fiziologic*

(1 litru), cari grăbesc evacuarea produselor toxice intestinale, fără a irita mucoasa colonului.

Medicamente.

Purgative.

Administrarea unui purgativ, grăbind evacuarea conținutului toxi-infecțios al intestinului, constituie un *tratament cauzal*.

S'au ridicat obiecțiuni în contra purgativelor pentru că adaugă o iritație chimică pe lângă inflamația microbiană a intestinului și pentru că micșorează puterea de apărare a mucoasei, față de bacteriile patogene.

Pe de altă parte, se mai poate crede, că diareea, fenomen de apărare, goleşte suficient intestinul, de substanțele nocive. Însă experiența clinică veche ne arată că evoluția unei enterite acute, este scurtată prin administrarea unui purgativ.

Am arătat că nu sunt de loc partizan al calomelului. Un purgativ salin, de tipul *sulfatului de sodiu*, este cel mai indicat în cazul de față, de oarece micșorează rezorbția la nivelul mucoasei, acțiune de mare preț, când intestinul este inundat de microbi și de produsele toxice, datorite vieții lor. 10—20 grame de *sulfat de sodiu*, reprezintă o doză suficientă, în contra diareei infecțioase. Spre a avea o acțiune repede, vom administra această doză în vehicul mai abundent, în vre-o două pahare de apă (400—500 grame), cu sirop sau zeamă de dulceață. Mulți bolnavi, prin faptul că obțin scaune apoase, pretind că n'au fost suficient purgați și continuă să ia evacuante intestinale, toate zilele următoare; alții urmează același procedeu, pentru că limba este tot saburală.

În realitate, administrarea subintrantă de purgative, nu este de loc indicată, căci astfel realizăm o enterită chimică pe lângă cea infecțioasă. Dacă în urma purgativului se instalează constipație, pentru câteva zile, recurgem la *clisme*.

Sulfatul de sodiu se va putea repeta cu intervale de 2—3, zile numai în formele febrile prelungite.

Antiseptice.

Astringente.

Odată intestinul evacuat, antisepticele intestinale pot fi de oarecare folos și mai cu seamă acelea care sunt în a-

ceiaș timp și astringente, (*bismuth*, preparații de *tanin*).
Intr'adevăr, substanțele astringente, în doză terapeutică, influențează după cum am spus, în mod favorabil procesul inflamator.

Dacă micșorăm secreția de albumină solubilă a mucoasei inflamate, facem să dispară simptomul diaree și atenuăm putrefacțiile intestinale.

Dar nici odată, nu vom administra astringente intr'o enterită acută, înainte de a da un purgativ.

Am dat anterior formule de astringente, cu bază de *salicylat de bismuth*, de *tanigen*.

Dacă persistă febra, putem formula sarea de *bismuth*, asociată *chininei*, ca în bulinurile următoare :

Rp. Salicylat de bismuth 0 gr. 50

Sulfat de chinină 0 gr. 20

Pentru un bulin. No. 6 asemenea.

D. s. 3 bulinuri pe zi.

În caz de tendință la constipație și febră în urma purgativului, înlocuim în formula de bulinuri, *bismuthul*, prin *salicylat de magnesie* (aceiași doză)

Bacterioterapie, prin *fermenții lactici*, nu a dat rezultate strălucite în enteritele acute ; indicația lor este mai mult în diareele cronice putride.

Bolus alba preconizat de *Görner* (după *Stumpf*) *cărbunele animal*, nu se întrebunțează des.

Totuși *cărbunele animal*, din cauza puterii mari de absorbțiune pe care o prezintă față de microbi și toxine, se poate consilia în doza de 2—3 lingurițe pe zi, când avem de tratat o enterită gravă, cum este cea choleriformă.

Medicamentul nu se va continua mai mult de 2—3 zile, din cauza posibilității unei formări de coproliți.

Starea generală poate fi gravă în enteritele serioase ; în contra fenomenelor algide, recurgem la injecțiuni subcutanate sau intra-venoase de *ser artificial* (500—1000 gr. pe zi) ; la obicinuitele injecții de *camfor*, de *cafeină*.

Calmantele durerii.

Opiul în cantități chiar foarte mici, calmează durerile acute violente, pe cari le au bolnavii atinși de enterită acută.

Acțiunea sa este și centrală, dar în cazul de față dis-

pariția durerii, este ocazionată și de moderarea peristaltismului intestinal.

Suprimarea bruscă a diareei prin opiu, nu trebuie căutată, căci astfel ocazionăm staza bacteriană în intestin.

De acela prescriem bolnavilor 5 picături de *laudanum Sydenham* și după câțva timp, *sulfatul de sodiu*.

Rar va fi nevoie să repetăm această doză în cursul zilei.

Inapetența din timpul convalescenței, se va modifica prin *tincturi amare* înainte de mese și *acid chlorhidric diluat*, după mese (terapeutică boalelor stomacului).

La nevoie recurgem la apele de *Slănic No. 6* (200 gr. dimineața, în caz de constipație asociată hyposecreției gastrice.

Rezumatul tratamentului.

Regim alimentar.

a) *Dietă hidrică*, 1—2 zile apă fiartă și răcită, ceal, limonadă lactică.

b) *Dietă amylacee*: supe de bullon de legume, cu făină de ovăz sau cu orez, griși (foarte bine fiert și trecut prin sită).

e) Se adaogă iaurt, sau supe lacto-făinoase; în urmă progresiv: pâsaturi de legume, marmelade, carne fără sos.

Agénții fizici.

Aplicațiuni calde pe abdomen. La nevoie, clisme cu ser artificial.

Medicamente. Purgativ salin (sulfat de sodiu).

Astringente (numai după purgativ.)

Calmante: la nevoie mici cantități de *opiu*.

În stările de colaps: injecții de ser artificial, camfor, cafeină.

* * *

Tratamentul enteritei cronice.

Etiologie.

Eliminăm din acest capitol enteritele cronice specifice (tuberculoase, sifilitice) spre a reține numai pe cele nespecifice.

Acestea pot succede unei *enterite acute*; posed multe observații de acest fel.

O altă etiologie, pe care *Schmidt* o crede frecventă, este *complicarea unei dyspepsii intestinale* cronice anterioare, prin fermentațiile sau putrefacțiile, cu inflamațiile cronice a mucoasei deci cu lezuni de enterită.

Evident că în asemenea cazuri, putem bănuși că la baza dyspepsiei intestinale, exista dela început o enterită ușoară, care s'a agravat ulterior, traducându-se prin mase mari de mucus, prin albumină solubilă. Nu se poate da o probă evidentă a acestei presupunerii; de aceea vom admite ca bună concepția lui *Schmidt*. S'a mai incriminat, *abuzul de purgative*, factor etiologic care se perpetuează dela un autor la altul, fără ca să fie o certitudine în această privință.

Sunt însă probabilități că uzul drasticelor, poate ocaziona enterita cronică.

Trec peste alte cauze invocate și menționez că paraziții intestinali (taenie, oxyurii, tricocefali) dau adeseori enterite cronice, cari reclamă în primul rând tratamentul parasiticid.

Symptome.

Diareea este principalul symptom în enteritele cronice, ca și în cele acute, precum și în dyspepsiile intestinale.

Scaunele în număr de 1—4 pe zi (în general) sunt însoțite de borborygme, rar de colici propriu zise.

Materiile sunt de *consistență semi-lichidă*, fiind mai apoase după infraționi de regim; perioadele de constipație, sunt după *Schmidt*, artificiale și datorite medicamentelor luate de bolnavi.

Examenul scaunelor, arată prezența de *mucus*, în flocoane mici (intestin subțire) și mari (intestinul gros) semnătura inflamației cronice.

Masele de mucus pot lipsi în epocile mai bune, perioadele dyspeptice alternând după *Schmidt*, cu cele de enterită.

Dar această variabilitate în eliminarea mucusului, nu este de natură să ușureze diagnosticul cu dyspepsiile intestinale și ar justifica concepția unicistă.

Prezența de *albumină solubilă*, pledează cu totul pentru o inflamație a mucoasei. Examenul coprologic complet, ne mai arată *scaune brune, fetide, alcaline*, cu *resturi de țesut conjunctiv* și celelalte caractere ale *diareei prin putrefacție* când *domină flora proteolytică*.

Dacă din contra *diareea prin fermentație* este în primul plan, vom avea *scaune deschise, nefetide, spumoase, acide* cu *numeroase celule de amidon* la examenul microscopic și floră iodofilă.

Evidenț că există și enterite cronice, mixte, *cu putrefacție și cu fermentație*, lucru care nu este de natură să ușureze tratamentul.

Examenul direct al abdomenului, nu dă vre-o informație deosebită.

Analiza sucului gastric se va practica în toate cazurile de *diaree cronică*; constatarea unei achyliei are importanță terapeutică.

Starea generală a bolnavilor este relativ satisfăcătoare, deși diareea poate ține de luni, de ani. Dar constatăm des, un oarecare grad de *slăbire*, de *anemie*, de oboseală generală.

Stabilirea intensă și repede, ne va face să bănuim și o insuficiență pancreatică (*Schmidt și Lohrsch*) care se va pune în evidență prin examenul coprologic.

Terapeutică.

Regim alimentar.

Cazurile învechite de enterită cronică, sunt destul de rebele.

De aceia *V. Noorden* și *Schmidt*, consiliază un tratament de 5—6 săptămâni, într'un sanatoriu special unde se poate supraveghia dietetica bolnavilor, cu ajutorul examenului coprologic, practicat în fiecare zi.

Evidenț că o asemenea îngrijire este folositoare pacienților; dar nu toți pot suporta sacrificiile materiale pe care le reprezintă un asemenea tratament. Apoi, repet, că în cazurile vechi și severe, succesul terapeutic nu este de loc sigur, căci ne aflăm în prezența unei leziuni anatomice a unei inflamațiuni cronice a mucoasei.

Dietetica enteritelor cronice se va conduce în modul următor:

a) *Dieta hydrică*, timp de 1—2 zile poate fi de un folos real (*v. Noorden*), de și afecția este cronică.

b) Câtă vreme există scaune foarte lichide, cu mult mucus, vom institui un regim analog acelu din enteritele acute (*Schmidt și Lohrsch*) însă ceva mai abundent.

Acești autori consiliază între altele: bulion de carne, supe făinoase, gelatină de carne (aspic), sau gelatină cu vin, puțină pesmeți; ceai, vin.

Mai târziu se adaugă puțină carne fin divizată, macaroane. *Boas* este de asemenea partizan al gelatinei în enterite.

Din câte am văzut, cred că este mai bine, ca timp

de 4—5 zile, după dieta hidrică, să prescriem un regim făinos, lesne digestibil, care modifică în mod favorabil, procesul inflamator subacut, adăogat celui cronic.

Astfel vom consilia, 3—4 talere pe zi de bulion de legume, în care se fierbe făină, sau griși de ovăz, griși obicinuit; în plus câteva felioare de franzelă prăjită (uscată la cuptor); ceai, puțin vin roșu.

e) Odată ce diareea este mai puțin fluidă, iar cantitatea de mucus vizibil cu ochiul liber, redusă, instituim în urma examenului coprologic, regimul antiputrid sau regimul fără amylacee, după indicațiunile date anterior. În cazurile pure, cele mai fericite pentru tratament, dietetica exclusivă nu se va continua la infinit.

Astfel în cazul de *diaree cronică putridă*, regimul făinos al lui *Combe* dă excelente rezultate, dar nu trebuie continuat 6 luni, după cum sfătuia acest medic disting. Odată diareea suprimată, vom micșora cantitatea de făinoase, introducând în regim și puțină carne, mic tălată și celelalte alimente, arătate la dispepsia prin putrefacție.

De asemenea, în enterita cronică cu *fermentația amylaceelor*, vom da un regim bogat în proteine, introducând însă amylacee, imediat ce diareea cedează.

În cazurile de enterită cronică, cu *fermentații și putrefacții* suntem reduși, după cele spuse anterior, la regimuri succesive de câte 5—6 zile fiecare, îndreptate în contra fiecăreia din turburările funcționale.

Aceste forme mixte, ne rezervă de obicei mari neplăceri.

Agentii fizici.

În orice formă de diaree, hidroterapia rece, nu dă rezultate bune; de aceea nici nu o vom consilia în enterita cronică, chiar dacă depresiunea nervoasă și starea generală, ne-ar tenta să ne gândim la acest tratament.

Fricțiunile generale stimulante, cu un ciorap de lână, ușor îmbibat de alcool, sunt din contra inofensive; de asemenea *dușile calde*, spălarea întregii suprafețe a corpului cu apă caldută.

Clismele nu sunt de folos, când enterita nu predomină la nivelul colonului.

Balneoterapie.

Mal toți medicii sunt de părerea că apele minerale nu

dau rezultate evidente în tratamentul diareelor cronice, prin dyspepsie sau enterită. Numai diareea nervoasă, dispăre ca prin farmec, cu apele de tip *Plombières*.

La *Carlsbad* se prescriu (după cum am spus) mici cantități de ape, de mai multe ori pe zi, spre a combate enterita. Rezultatele sunt variabile. *Mathieu* și *Roux*, recomandă de 2—4 ori pe zi, 1 lingură până la 1 lingură jum. (15—20 gr. dimineața, 10 a. m., 4 p. m.) de apă de *Carlsbad* (*Mühlbrunnen*), uneori cu rezultate bune.

Am încercat asemenea doze de apă de *Carlsbad* sau de *Vichy* (luată caldă), în enteritele cu diaree și chimism normal sau puțină hiperchlorhidrie; apa de *Kissingen* în cazurile de hiposecreție. Nu pot totuși formula o judecată definitivă, asupra acestui mod de tratament.

În vremuri, *D-l Dr. A. Babeș*, colaboratorul meu pentru partea chimică, în cercetările făcute asupra acțiunii izvoarelor din *Slănic*, a sugerat ideea *D-rului Vasiliu* (*Roman*) să încerce aceste ape, în contra achyliei gastrice pelagrose. Se pare că enterita gravă, care se vede des în pelargă, s'a modificat în mod surprinzător sub influența izvoarelor 6 și 8. Aceste cercetări merită să fie reluate și întinse la toate apele iudigene, cu acțiune asupra tubului digestiv. Fiind dată influența puternică a apelor minerale, asupra secreției gastrice; fiind dată importanța chimismului gastric asupra stărei intestinale, cred că cercetările metodice, vor duce la rezultate practice satisfăcătoare. Impresia mea este, că adeseori cercetători de prima ordine, cum era *Schmidt* n'au prețuit acțiunea apelor minerale în enterite la justa ei valoare.

Până la aceste lucrări metodice, dacă prescriem apele calcaroase, de tipul *Căciulata*, nu putem avea surprize neplăcute, fiind dată acțiunea moderatoare a calciului asupra inflamației intestinale.

Medicamente.

Astringentele cunoscute, modifică desigur diareea în enteritele cronice; dar vindecarea, când o obținem, se datorește regimului alimentar.

Bacterioterapia cu fermenți lactici, se va încerca numai în forma putridă; am văzut adeseori rezultate bune.

Acidul clorhidric, pepsina, sunt indicați în formele putride, cu achylie gastrică unde pot fi de un folos real.

Pancreatina, pancreonul, se vor prescrie, dacă examenul coprologic arată fibre musculare nedigerate, numeroase; la nevoie facem și proba nucleilor a lui *Schmidt*; acest semn, arată chiar în lipsa scaunelor grăsoase, o insuficiență pancreatică.

Calmantele durerii, își vor găsi rar întrebuințarea și nici nu vom abuza de *opiu*, în enteritele cronice.

Atropina, adrenalina întrebuințate mai mult contra diareei (moderatoare ale peristaltismului), n'au dat nici un rezultat apreciabil.

Rezumatul tratamentului.

Dietetică: regim alimentar ca în enteritele acute; apoi regim anti-putrid, sau în contra fermentației amyloacelelor; regim alternant în formele mixte.

Balneoterapie: ape calcaroase: mici cantități de ape alcaline, chloruro-sodice, după chimismul gastric.

Agenți fizici: fricțiuni alcoolice.

Medicamente: astringente. Fermenți lactici în formele putride. Acid chlorhidric (în formele putride). Pancreatină (la nevoie).

* * *

Tratamentul apendicitei.

Terapeutică inflamației apendiculare acute și cronice, este de ordine chirurgicală. Rolul medicului se termină odată ce a putut fixa diagnosticul și momentul cel mai propice pentru intervenție, care trebuie să fie practică, mai curând sau mai târziu.

Etiologie.

Apendicita se observă la toate vârstele dar cu un maximum de frecvență, la tineri, la copii.

Cercetările de anatomie patologică ale lui *Aschoff*, arată că de 75%, apendicele prezintă urmele unei inflamații anterioare.

a) Inflamația microbiană, cauza apendicitei, poate fi în unele cazuri de *origine generală*; *Faisans*, a atras atenția asupra relațiilor dintre gripă și apendicită.

b) *Propagarea inflamației intestinale cronice*, la apen-

dice, a fost de mult susținută de *Reclus* și cu drept cuvânt, în unele cazuri.

c) *Corpurile străine* (peri din perile de dinți, semințe de fructe, cașcule stercorale) se întâlnesc destul de des și nu pot fi decât o cauză ocazională. De asemenea și *paraziții intestinali*, ca oxyuri, ascarizi, *tricocefali*; aceștia din urmă se găsesc cu o mare frecvență, fapt asupra căruia a insistat *Guiart*,

Bacteriologie. În cavitatea apendiculară, în puroi, s'au întâlnit ca specii microbiene predominente: pneumococul, streptococul, (enterococul lui *Thiercelin*), colibacilul asociat ca unul din microbii precedenți. În apendicitele gangrenoase, *Veillon* și *Zuber*, au constatat asociația de anaerobi cu aerobi. Proliferarea micro-organismelor și exagerarea virulenței, este favorizată de obliterarea orificiului apendicular, prin mucus, cașcule, realizând astfel un „vas închis” (*Dieulafoy*).

Acest factor este admis și azi (*Aschoff*).

Bacilul tuberculos este adeseori în cauză (*Letulle*), dând mai multe forme cronice de apendicită; în asemenea cazuri există și alte focare tuberculoase, uneori puțin evidente din punct de vedere clinic.

Symptome.

Symptomatologia apendicitei este destul de variată; totuși există mai în toate cazurile, un fond clinic comun care permite în general, recunoașterea afecțiunii. În trăsăturile generale, semnele apendicitei acute, sunt acelea ale unei peritonite localizate (forme ușoare) sau generalizate (forme grave).

a) Apendicita inflamatorie simplă.

Se traduce prin *durere* bruscă, ca o lovitură de cuțit în *fossa iliacă dreaptă*.

Dar cam în jumătate din cazuri, *durerea spontanee începe la nivelul epigastrului*, în regiunea peri-ombilicală (*Riedel*) și tocmai după multe ore, este acuzată în *fossa iliacă*; de unde erori de diagnostic, posibile, mai cu seamă din partea familiilor bolnavului, care administrează dezastruosul purgativ, crezând că este vorba de o deranjare de stomac.

Am văzut numeroase cazuri de acest fel.

Vărsăturile există de regulă, în formele mai accentuate; lipsesc numai în cazurile foarte ușoare.

Constipația este aproape constantă. Însă existența *diareei*, nu exclude apendicita: am văzut între altele, un caz ajuns la supurație și operat de *Prof. Gerotă*, unde diareea a existat cu symptom inițial și a continuat multă vreme (entero-colită acută asociată).

Semne fizice.

Durerea la presiune, își are sediul la nivelul punctului lui *Mac Burney*, lui *Lanz* (pe linia billiacă, spre terțul extrem drept). Anomaliile apendiculare (apendice retro-coecal; sau cu dezvoltare pelviană; rar conținut într-o hernie inguinală sau crurală) dau un *sediū anormal al durerii*.

Apărarea musculară, la palpație, în regiunea dureroasă, prezintă mare importanță. Semnele lui *Rovsing* lui *Blambey* (durerea prin decomprimare bruscă; durere în fossa iliacă dreaptă, dupe apăsare în fossa iliacă stângă), *aboliția reflexului abdominal drept* (*Sicard*), au însemnătate mai mică; totuși ultimul semn este destul de constant.

Balonarea abdominală se observă de regulă.

Starea generală.

Bună în formele ușoare, apyretice; prostrație, în general, când temperatura depășește 39°.

Evoluție.

Accidentele pot ceda după câteva ore, în așa zisa *colică apendiculară*.

În formele mijlocii, se constată după 24—48 ore, în locul durerii, *fenomenul împăstării* datorit aglutinării anselor.

Exsudatul inflamator se poate rezorbi (*rezoluție completă*) în câteva zile, cum poate evolua spre *supurație*.

Această terminare, este anunțată de *accentuarea semnelor locale*, de *febră cu oscilații*, de *leucocytoză*. Supurația în apendicitele acute simple, dă un *abcès* circumscriș prin aderențe peritoneale; mai rar o peritonită generalizată secundară și tardivă.

b) Apendicita perforantă cu peritonită inkys-tată.

Această formă, dă tot simptomele celei precedente, cu manifestări generale și locale mai accentuate. Colecția purulentă formează o masă bine limitată, în fossa iliacă dreaptă.

b) Apendicita perforantă cu peritonită generalizată.

Aci este vorba de gangrena apendicelui, cu perforație, aderențe, în plină cavitate peritoneală.

Semnele locale sunt analoge celor descrise anterior, dar cu durere și apărare musculară, întinse la tot abdomenul.

Apoi *starea generală* este extrem de gravă; *alterație enormă a expresiunii feței*, sughit, puls peste 120; uneori *lypotomie*.

d) Apendicita cronică.

Acest diagnostic nu prezintă greutate, când persistența durerii locale (uneori evidentă numai la presiune), turburări gastrice, subicter (*Poenaru-Căpălescu*), stare generală rea, sunt urmarea unui atac acut de apendicită.

În forma *cronică de la început*, suntem adeseori în neputință de a diferenția apendicita, de o constipație coecală spastică, de o colită coeco-ascendentă, de aderențe peri-coecale. Nici examenul clinic complet, nici radioscopia, nu pot adeseori lămurii chestiunea, afecțiunile citate ale coeco-ascendentului producând adeseori durerea tipică pe care o găsim în apendicita cronică.

Și totuși adeseori apendicele nu este cauza suferinței; *Howkins (în Hertz)*, a văzut 11 bolnavi atinși de enterospasm cu dureri la dreapta, la cari extirparea apendicelui, n'a adus dispariția acestora.

Posed numeroase observații analoge (peste 25), notate în carnetul meu de consultație, de extirparea apendicelui din cauza inflamației sale cronice „d'émbleé”, fără nici o modificare a durerilor din fossa iliacă dreaptă.

Terapeutică medicală.

În timpul atacului de apendicită, putem fi de mare ajutor bolnavilor, printr'o serie de mijloace simple, destinate să-i pună în cele mai bune condițiuni, pentru intervenția chirurgicală, totdeauna necesară.

Regim alimentar.

Dieta hydrică (apă, ceal, limonadă), este de folos în perioada acută a apendicitei, spre a pune intestinul în repaos. Cât ține intoleranța gastrică, băuturile se vor da rar, în mică cantitate (cu lingura) și reci, spre a nu provoca noi eforturi de vărsături.

Unii medici și chirurghi, continuă dieta hydrică, cât ține perioada febrilă, celace este prudent, dar poate exagerat. Într'adevăr, sunt cazuri terminate prin rezoluție, în cari febra, descrescândă ține și peste 10 zile; a fortiori, temperatura se menține în eventualitatea supurației, până la deschiderea abcesului apendicular și chiar în urmă. Bolnavul suportă 10 zile și mai mult de regim hydric, însă cu prețul unei denutrițiuni mari. De acela cu începere dela ziua 5-a, a 6-a, când aderențele protectoare se constituie, putem autoriza un pahar de lapte pe zi, tăiat cu apă; sau

209 grame laurt. Zilele următoare mărim această cantitate, până la 500 grame (cât perzistă febra) și adăogăm dacă lucrurile merg bine, o ceașcă de bulion de legume cu făină de ovăz, de orez.

În fine ajungem progresiv la alimentația normală, după indicațiunile date la dietetica enteritelor acute.

Odată atacul trecut, vom consilla până la intervenția „à froid“, un regim destinat să combată constipația, sau fenomenele de colită existente.

În general vom prescrie o dietetică, analogă celei arătate la terapeutică constipației spasmodice.

Agentii fizici.

Repausul în pat în decubit dorsal și fără schimbări de poziție, este indispensabil cât ține perioada acută.

Punga de gheață, peste un servet în patru, constituie un procedeu de tratament clasic și folositor, pentru atenuarea fenomenelor inflamatorii. Cercetările de termometrie profundă ale lui *Zondek*, citate la terapeutică generală, arată că punga cu gheață aplicată pe piele, scade temperatura peritoneului subjacent cu peste 4°.

Apoi aceste aplicațiuni au și o acțiune analgesică locală; durerea se atenuază mult, după așezarea pungei de gheață.

Acest tratament se poate continua fără întrerupere, cât ține starea acută.

Clismele nu sunt indicate, decât de la ziua 5-a—6-a înainte; mai de vreme, dacă febra a căzut curând.

Primele clisme se vor face cu cantități mici (250—300) de apă caldută.

Dacă balonarea este mare, o sondă rectală introdusă cu intermitențe poate fi de folos.

Medicamente.

Purgative. Tratamentul inițial al atacului de apendicită cu purgative, (*Robin*) sub formă de oleu de ricină, calomel, aproape nu mai are partizani. Într'adevăr, toată terapeutică medicală a inflamației apendiculare, își propune să imobilizeze intestinul, spre a ușura formarea aderențelor peritoneale. Purgativele nu pot fi considerate că ajută circumscriserea peritonitei locale.

Mathieu afirmă că un bolnav atins de apendicită,

poate fi lăsat 6 și 8 zile fără a avea scaune și aceasta fără inconveniente apreciabile.

Vom începe evacuarea intestinului cu ajutorul clismelor, după indicațiunile de mai sus.

Purgativul propriu zis se va rezerva pentru momentul când apyrexia este aproape completă, sau când abcesul apendicular a fost deschis.

După obiceiul chirurgilor franceji, vom da *oleu de ricină*, cu lingurița la oră, până la efect.

Opiul se prescrie în scop de a imobiliza intestinul și de a ușura durerile, cari pot fi intense.

Inconveniente sunt : mascarea fenomenelor dureroase, care ne dă o falșă securitate ; apoi mărirea balonării abdominale.

Totuși 5 gute de laudanum Sydenham, 1—3 ori pe zi ; sau 1—4 pilule în 24 ore, cu *un centigram* de *extract thebaic* ; sau tot atâtea pastile de *Pantopon*, nu pot avea neajunsuri serioase.

Dar opiul nu se va prescrie în mod systematic.

Dacă durerea devine suportabilă, în urma repausului și pungei de gheață, opiaceele se vor lăsa de o parte.

Injecțiile de morfină, de pantopon, provoacă des vărsături ; de acela este mai bine să nu le întrebuițăm.

Electrargolul, în injecții subcutanate (5—10 cmc pe zi) este indicat în apendicitele cu fenomene toxice (subicter, delir, stare generală rea) ; nu este însă vătămător nici în apendicitele mai benigne, dar cu temperatură ridicată.

Fenomenele de colaps (hypotermie, puls mic și foarte accelerat) necesită întrebuițarea *camforului*, *cafeinei*.

Dar când paralizia vaso-motorilor este accentuată, și nclăeri nu este mai pronunțată ca în peritonitele acute, vom recurge la *adrenalină*.

Vom prescrie 20 de picături, din soluția de 1 la 1000 (un miligram), într'un litru de *ser artificial*, care se va introduce fie pe cale intra-venoasă (*Heidenhain*), foarte încet ; fie mai bine în clemă picătură cu picătură, după metoda lui *Murphy*.

Intervenție chirurgicală.

Orice apendice atins de inflamație acută sau cronică, trebuie extirpat ; momentul ablațiunii variază dupe cazuri.

Cred că această regulă, nu trebuie să sufere excepții, deși mulți medici admit că un atac solitar de apendicită nu constituie o indicație formală pentru extirpare.

Dacă aproape toată lumea este de acord asupra necesității intervenției, greutățile încep atunci când trebuie să *fixăm momentul actului operator*.

Acum vre-o 25 de ani când îmi făceam studiile medicale, diagnosticul de apendicită acută, atrăgea după sine în mod reflex, intervenția chirurgicală imediată, oricare ar fi fost stadiul de evoluție al afecției.

Dacă un bolnav de apendicită, intra noaptea în spital, chirurgul de gardă era chemat și practica operația urgentă, după cum ar fi intervenit pentru o hernie strangulată.

Entuziasmul lui *Dieulafoy* pentru extirparea apendicelui, nu a contribuit puțin la adoptarea acestei soluțiuni radicale. În urmă, s'a văzut că intervenția, în orice zi a boalei, nu dă rezultate prea strălucite și unii medici, au ajuns la excesul contrariu, la prohibirea operației.

Astfel *Robin*, cu totul partizan al tratamentului medical cita în sprijinul părerei sale, statistica armatei germane dintre 1880—1900, cu 6061 cazuri tratate fără intervenție și 3, 4% mortalitate, pe când 235 de operații au dat cifra de letalitate, de 28%.

Țiimpul făcându-și opera, s'a ajuns la concluzia că multe cazuri de apendicită, sucombă la unul din atacurile următoare. Astăzi se pot stabili următoarele indicațiuni, privitoare la momentul intervenției.

a) În primele 24 ore, când aderențele nu sunt constituite, unii chirurghi franceji și aproape toți cei germani, intervin imediat.

Avantajul intervenției, este suprimarea unui apendice pe cale de perforație posibilă și evitarea aderențelor tardive, uneori foarte supărătoare pentru bolnavi.

Conduita chirurgilor noștri, este mai mult pentru temporizarea în acest stadiu, afară numai dacă semnele unei apendicite perforante, nu comandă intervenția imediată (durere și contractură abdominală generalizată, discordanță între puls și temperatură, alterație mare a stărei generale).

b) după 24 de ore, chestiunea operației sistematice nu se mai pune, căci am putea rupe aderențe protectoare și însămânța cavitatea peritoneală.

Atunci, se intervine în cazurile cu semne peritoneale generalizate. În celelalte se continuă tratamentul medical supraveghind bolnavul de aproape; agravarea comandă intervenția imediată.

Abcesul colectat se incizează, fără a aștepta prea mult și fără a căuta apendicele.

Intervenția în apendicita cronică.

Orice caz de apendicită, vindecat prin tratament medical, se va opera la rece după câteva săptămâni, (5—6 de obicei).

Nu facem nici o excepție la această regulă, în afară bine înțeles de ivirea apendicitei la un cachectic, la un cardio-renal, care n'ar putea suporta o intervenție.

Am văzut atâtea cazuri de apendicită perforantă mortală, la accesele următoare, încât nu pot admira destul curajul medicilor, cari mai așteaptă alte atacuri acute, spre a consilia intervenția la rece.

Pe de altă parte, nici un regim și nici un tratament între accese, nu este într'adevăr eficace; cunosc cazuri, în cari asemenea tratamente (regim anti-putrid, laxative, bacterioterapie, antisepsie intestinală) au fost urmate cu multă rigoare, spre a evita intervenția; și totuși repetarea crizelor acute, au silit pe bolnavi să se opereze.

În intervalul de câteva săptămâni, care separă trecerea atacului acut de intervenție, unii chirurghi și în special Roux (din Lausanne) obicinuesc să prescrie *băi sărate naturale*. Putem consilia și băi artificiale, cu 2—3 kilograme de sare. Scopul lor este, reducerea aderențelor, cari pot îngreua ablația apendicelui.

Tot în acest interval instituim și un tratament în contra *paraziților intestinali*, dacă examenul fecalelor arată prezența de ouă.

Expulzarea completă a tricocefalilor, a oxyurilor, cari se numără cu sutele, este foarte grea; apoi nu este probat că apendicele odată inflammat, nu va ocaziona mai târziu un atac perforant.

Vom interveni deci și în cazurile în cari se găsesc paraziți intestinali.

Dar rostul tratamentului este de a modifica enterita, anemia, pe care o prezintă mulți bolnavi cari au tricocefali. Apoi expulzarea lor cât mai completă, poate preveni

și unele complicațiuni operatorii, foarte rari, dar totuși posibile.

Astfel, în vremuri, fiul unui mare chirurg francez, a fost operat la rece pentru apendicită cu repetiție, de către *Terrier*, care era întemeetorul asepției în Franța și om de o conștiință profesională fără pereche. Bolnavul a sucombat după câteva zile. La autopsie s'a găsit peritonită generalizată și tricocefali introduși în sutura apendicelui.

În *apendicitele cronice primitive*, adică fără atacuri acute anterioare, intervenția este de asemenea indicată; dar trebuie să avem semne locale (durere spontană, sau cel puțin la presiune), de existența inflamației cronice, altfel este greu să luăm o hotărâre. După cum am spus mai înainte, durerea din fossa iliacă dreaptă, se observă în afecțiunile coeco-ascendentului și ablațiunea apendicelui nu o surprimă. Totuși, cum am văzut vre-o două cazuri de apendicită mortală, la bolnavi atinși de colită evidentă, consilier totdeauna intervenția, când durerea există în fossa iliacă dreaptă. Pacienții vor fi însă preveniți, că durerile pot continua și după extirparea apendicelui, dar că operația, reprezintă securitate pentru dânsii, pentru medic.

Rezumatul tratamentului.

Terapeutică medicală. Regim alimentar :

dietă hydrică la nevoie și 5—6 zile.

Agenți fizici : repaos în pat ; pungă cu gheață :

Clisme mici de la 5-a—6-a zi.

Medicamente : purgative numai după faza acută ; opiu în caz de dureri mari. Electrargol în formele toxice. În contra colapsului : adrenalina, camfor, cafeină.

Terapeutică chirurgicală.

Intervenție imediată în cazurile de apendicită gangrenoasă (semne de peritonită generalizată).

Intervenție pentru deschiderea abcesului apendicular localizat.

Temporizare în apendicitele simple, urmată de extirpare „la rece”.

Ablațiunea apendicelui în cazurile cronice primitive,

Tratamentul colitelor acute și cronice.

Dacă cum am spus la tratamentul enteritelor, inflamația mucoasei colonului este de regulă asociată, cu aceia a intestinului subțire.

Dar există cazuri, în cari leziunile intestinului gros, se află din punct de vedere anatomic, clinic și terapeutic, în primul plan.

De aceia trebuie să consacram un capitol special, acestei localizări a inflamației intestinale.

Etiologie.

Vom elimina din acest cadru, colitele acute și cronice specifice, cum sunt dysenteria bacilară și cea amibiană; colitele cu alți protozoari (lamblii); iritațiile colonului întreținute de paraziți animali.

Cele nespecifice, recunos aceleași cauze pe cari le-am arătat la etiologia enteritelor, cu aceleași specii microbiene.

S'au semnalat des, infecții *colibacilare* sau cu microbi vecini de grupul *dysenteriei*.

Localizarea infecțiunii la nivelul colonului, este favorizată de starea anterioară a intestinului gros (ptoză, constipație veche cu iritația mucoasei). Acești factori sunt mai cu seamă importanți, pentru a explica ivirea colitelor segmentare, localizarea lor la nivelul coecului, pe ansa sigmoidă etc.

Symptome.

Colitele acute difuze (*Schmidt, M. Labbé*).

Sub acest titlu se descrie, inflamația superficială a mucoasei întregului colon, care se traduce prin tabloul clinic descris mai de mult sub numele de *enterită dysenteriformă*. Denumirea de *colită dysenteriformă*, adoptată de *Mathieu* și *Roux*, este mai exactă și poate fi menținută și azi.

Debutul este adeseori febril, cu greață, vărsături, cari pot lipsi.

Curând în urmă, bolnavii au *colici intestinale*, urmate de *evacuări diareice* moderate. După câteva ore sau după 2—3 zile (*Mathieu*), apar *tenesme*, iar scaunele devin *muco-sanguinolente*.

Numărul lor nu este așa de mare ca în dysenteria adevărată; totuși bolnavii pot avea 10—15 evacuări pe zi. Uneori se observă hemoragii îngrijitoare (*Mathieu*). Am văzut două cazuri de colită gripală în marea epidemie din 1918, cu hemoragii profuze.

Dacă procesul inflamator atinge puțin coecul și colonul transvers, diareea lipsește sau se atenuază; atunci bolnavul elimină cu tenesme, numai mucus, și rar *câteva materii tari*.

Palparea abdomenului deșteaptă *dureri*, de-a lungul colonului, care se simte sub forma unei coarde, foarte sensibile la presiune.

Examenul caprologic, arată o bună utilizare a diferitelor categorii de alimente (*Schmidt*); această e o probă că intestinul subțire nu participă la procesul inflamator.

Recto-romanoscopia permite să se vadă o mucoasă congestionată, acoperită cu mucus, cu rari eroziuni superficiale, cari nu se observă decât în cazurile intense.

Afecțiunea *durează câteva zile*, apoi totul intră în ordine.

Un mers mal prelungit (10—12 zile), este foarte suspect de dysenterie bacilară adevărată.

Colite cronice difuze.

Toți partizanii etiologiei organice a *colitel muco-membranoase*, (*Mathieu, Schmidt* și alții) consideră această afecție ca o inflamație cronică a mucoasei intestinului gros. Dar pentru rațiunile expuse, am preferat să intercalez colica mucoasă, printre turburările funcționale ale intestinului, cu lezuni variabile. La acel capitol, am studiat tratamentul afecției, cu toate detaliile necesare. Alături de această formă, există de sigur și o *colită cronică*, o inflamație cronică a mucoasei intestinului gros.

Descripția clinică dată de *Mathieu*, sub numele de *colită mucoasă*¹⁾, cu scaune neformate sau diarelice, corespunde descripției pe care am dat-o, la simptomele enteritei cronice, unde există o inflamație difuză a mucoasei intestinului subțire și gros. Dacă a-și reveni asupra celor spuse, ar fi o repetiție inutilă. Menționez că o asemenea colită cronică, poate fi întreținută de paraziți intestinali; de unde consiliul de a face un examen coprologic complet, cuprinzând și ouăle de paraziți, în toate diareele cronice.

Colitele cronice localizate, vor fi studiate în capitolul următor.

Colite acute și cronice segmentare.

Pericolite acute și cronice.

Typhlita acută.

Inflamația localizată a coecului, mult mai rară ca apendicita, există totuși,

1) Nu trebuie confundat termenul de *colită mucoasă* adică afecție organică, cu acela de *colică mucoasă*, denumirea pe care *Nothnagel* a dat-o enterocolitei muco-membranoase, din autorii francezi.

Typhlita acută se observă de obicei la bolnavii cari aveau de mult semnele unei constipațiuni a coeco-ascendentului, cu durori mici permanente în fossa iliacă dreaptă. La un moment dat se instalează *dureri* violente în același loc, *febră*: constipația persistă ca și mai înainte.

Palpația arată o *tumefacție coecală* (typhlita stercorală a vechilor autori), *dureroasă* la presiune.

Diagnosticul diferențial cu apendicita este foarte greu.

Am văzut mai multe cazuri de apendicită supurată, verificate prin intervenție, în cari colecția întinsă îndărătul coecului, simula întocmai o typhlita stercorală; se simțea sub mână, un cilindru tare, dureros, care desina forma coeco-ascendentului.

Perityphlita acută, cuprindea înainte de lucrările chirurgilor americani, toate cazurile de apendicită. În urmă, nu s'a mai vorbit de această afecție. Totuși inflamația peri-coecală există, poate ajunge la supurație și se vede în cazurile de typhlita gravă, ulceroasă.

Semnele sunt analoage celor descrise la apendicita acută cu aceleași reacții generale și locale, ocazionate de inflamația peritoneului coecal; însă plastronul exsudativ, se percepe mai sus. Dar lucrul se poate întâmpla și în apendicită.

Diferențierea ambelor afecțiuni este aproape imposibilă și numai intervenția sau necropsia, lămuresc chestiunea.

Typhlita și perityphlita cronică, dau symptomele constipației dureroase a coeco-ascendentului, asupra căreia am dat anterior toate detaliile necesare.

Sigmoidite acute și cronice. Perisidmoidite

Inflamația colonului ilio-pelvic, a fost bine descrisă de Mayor¹⁾ (Geneva), care a rezervat numele de *sigmoidită*, inflamațiilor interstițiale ale acestui segment, uneori cu participarea seroasei, mergând până la supurație. Mayor nu face să intre în acest cadru leziunile primitive ale mucoasei. Cercetările ulterioare i-au dat în mare parte dreptate.

Într'adevăr Graser²⁾ a descris diverticulele destul de mari ale mucoasei sigmoidiene, cari pătrund până sub peritoneul ansei ilio-pelvine; pe secțiune histologică, dau impresia unor formațiuni kystice, căptușite de epitehiu. Inflamația acestor diverticule, realizează sigmoidita pe care Graser o numește *diverticulită*. Afecțiunea vine de obicei la constipații cronice.

1) Prima descripție a lui Mayor, *Arch. des maladies du tube digestif et de la nutrition*, 1907 pl. 578.

2) Graser. *Münchener med. woch* 1899 p. 721.

Symptomele sigmoiditei acute sunt acelea ale unei apendicite, cu diferență că *durerea* este localizată în fossa iliacă stângă.

Vărsăturile, accelerarea pulsului, alterarea faciesului, nu lipsesc din tabloul clinic.

Constipația se observă de regulă : mai târziu se pot ivi scaune muco-sanguinolente. Uneori există adevărate fenomene de ocluzie intestinală.

Febra poate fi ridicată.

La palpație, se constată *apărare musculară*, care permite câte odată și greu, palparea unei *coarde colice iliace* extrem de *sensibilă* la presiune.

Dacă sigmoidita evoluează spre supurație, se percepe un *plastron* între fossa iliacă stângă și ombilic ; alte ori supurația este mai mult pelviană (*Mathieu și Roux*).

Perisigmoiditele cronice dau loc unei constipații dure-roase a colonului stâng, cu *indurație cilindrică* în fossa iliacă de aceeași parte. Diferențierea de tumorile maligne este grea și de multe ori suntem reduși la impresia clinică pe care o dă bolnavul, sau la așteptarea evoluției.

Pericolita acută și cronică, mai poate ocupa orice punct al intestinului gros, dând naștere la symptome analoge celor descrise pentru coecum și ansa ilio-pelviană.

Terapeutică.

Tratamentul colitelor difuze și al celor segmentare, nu ne va reține prea mult, de oarece metodele generale de tratament ne sunt cunoscute din alte capitole. Vom adăoga indicațiunile speciale, cari le reclamă fiecare din formele clinice citate mai sus.

Terapeutică colitelor acute difuze.

Dietetica.

Incepem cu 1—2 zile de *dietă hydrică*.

În urmă, continuăm un regim analog celui indicat în enteritele acute, cu *supe făinoase* apoi *lacto-făinoase*, puțin *iurt, macaroane, orez*.

Ajungem progresiv la regimul normal, cu excluderea alimentelor de rea utilizare intestinală (legume verzi, leguminoase uscate, fructe crude), cari dând resturi abondente în intestinul gros, pot favoriza putrefacția sau fermentația.

În orice caz este necesar să recurgem la controlul coprologic dacă se instalează o diaree prelungită.

Agenții fizici.

Aplicațiunile calde pe abdomen, se vor consilia în contra durerilor, uneori intense ; chiar în colitele difuze, durerile sunt mai cu seamă intense spre fossa iliacă stângă.

Clisme.

Multe colite dysenteriforme ușoare trec fără *clismele medicamentoase* pe cari le indic în acest capitol, de oare ce reprezintă un mod de tratament mixt (fizic și chimic).

În cazurile mai severe, acest mod de tratament local, poate fi un adjuvant prețios.

Trebue să ne ferim însă, de a mări procesul inflamator, cu soluțiunile concentrate. Astfel am observat într'un caz de colită acută, dureri intolerabile, provocate de *hypermanganatul de potassiu* în soluție de 1 la 4000.

Același medicament în diluția de 1 la 10000, este de obicei suportat

Totuși este mai bine să nu întrebuițăm aceste clisme medicamentoase, decât după câteva zile, când inflamația și-a pierdut din acuitate și afecția amenință să se lungască.

Clismele cu ser fiziologic calduț administrate cu presiune mică, realizează o spălare mecanică a mucoasei și nu sunt iritante. *Mathieu* și *Roux* le consiliază în mod sistematic.

Clismele cu nitrat de argint, în soluție de 1 la 10000, sunt indicate ca și cele de permanganat, în colitele acute prelungite și nu de la început. Administrăm o clismă de 1 litru, zilnic sau la 2 zile. Rezultatele sunt uneori surprinzătoare; după o singură clismă tenesmele cedează, iar scaunele muco-sanguinolente se răresc simțitor. Din cazurile pe cari le-am văzut, am avut impresia că hypermanganatul de potassiu este mai iritant ca nitratul de argint, în același diluție.

Clismele cu 2 grame *dermatol* în 250 gr. julep gumos, au fost prescrise de către *A. Schmidt*, care consiliază adaosul câtorva picături de *tinctură de opiu* ; astfel lichidul este ținut cât mai mult.

Medicamente.

Ser antidysenteric.

Dacă inflamația acută a colonului se ivește în mod

sporadic și cedează repede, după câteva zile de tratament, este vorba de o colită banală

Când însă afecția se observă în mod epidemic, ține peste 8—10 zile, trebuie să ne gândim la posibilitatea unei dysenterii bacilare, cele ambiene fiind, la noi, extrem de rare.

Izolarea bacilului Shiga-Kruse, nu este ușoară și un examen negativ, nu este concludent. Dacă o colită acută dysenteriformă, având caracterul epidemic, se însoțește de peste 20—30 scaune pe zi, cu tenesme violente, nu mai așteptăm un diagnostic cert și facem injecții zilnice de ser *antidysenteric* (20—25 cmc. și mai mult.

Acest tratament nu prezintă nici un inconvenient pentru bolnav (în afară de boala serului); din contra, proteino-terapia cu oricărui ser este utilă în infecțiuni.

Purgative.

Sulfatul de sodiu se va preferi oricărui alt purgativ, de oarece micșorează rezorbția la nivelul intestinului; această acțiune se întinde până la colon. Fiind vorba de o afecție cu diaree, 10—15 grame în 400 gr. apă, reprezintă o doză suficientă.

Chestiunea repetării purgativului (mai exact laxativ în această doză), este discutată.

Medicii germani opresc această repetare în colitele acute, spre a nu mări tenesmele. Această regulă, foarte bună în enterita acută este aplicabilă și în colitele acute banale, cari țin 2—3 zile.

Dacă însă, este bănuială de adevărată dysenterie bacilară, cred că este mai bine să dăm aproape zilnic, 10 gr. *sulfat de sodiu*, după vechea metodă franceză, care dă rezultate excelente.

Adminstrarea se continuă, până când scaunele și-au pierdut caracterul muco-sanguinolent, dysenteric.

De altfel eventuala mărire a durerilor prin laxativul salin, se ușurează prin calmantele pe cari le indicăm mai jos.

Calmante.

Opiul în mici cantități liniștește peristaltismul Intestinului subțire ca și al celui gros. Vom prescrie în contra tenesmelor 5 picături de *laudanum Sydenham* până la 2—3 ori pe zi.

Atropina, în injecții de $\frac{1}{2}$ milligram, cari se pot repeta, este consiliată de *V. Noorden*, ca un mijloc suveran în contra tenesmelor. *Mathieu* le recomandă la rândul său. Asociația micilor cantități de opiu, pe cari le-am indicat cu injecții de atropină, este recomandabilă.

Adrenalina, a fost întrebuințată în tratamentul colitelor acute, mai cu seamă sub formă de micro-clisme, de către *Strassburger*. În clismele de ser artificial, despre cari am vorbit, putem adăoga 1 cmc. din soluția de 1 la 1000 de adrenalină (1 milligram); astfel micșorăm congestia mucoasei și liniștim peristaltismul intestinal.

Kho-sam, fructul unei plante din Indochina (Brucea sumatrana) unde este un remediu antidysenteric popular, a fost întrebuințat de *Mathieu* cu rezultate bune în colitele hemoragice grave; tenesmele se modifică repede.

Preparațiile de *uzara*, despre cari am vorbit la terapia generală a intestinului, s'au întrebuințat tot în contra tenesmelor cari însoțesc colită acută. Medicamentul nu este încă prescris în mod obicinuit.

Rezumatul tratamentului.

Dietetică: ca în enteritele acute.

Agentii fizici, Aplicațiuni calde pe abdomen.

Clisme cu ser artificial călduț și 1 milligram de adrenalină. Mai târziu (forme prelungite), clisme cu nitrat de argint 1 la 10000.

Clisme (de păstrat) cu dermatol.

Medicamente. *Purgative:* sulfat de sodiu.

Se repetă în doză laxativă (10 gr.), dacă bănuim dysenteria adevărată.

Calmante: opiu (doze mici); injecții de atropină.

Ser antidysenteric, dacă bănuim o dysenterie bacilară.

* * *

Tratamentul colitelor cronice difuze.

Acest tratament se confundă cu acela al enteritelor cronice, de oare ce am spus că și symptomatologia este aceeași. Este deci inutil să ne repetăm. Adaog numai, că dacă există tenesme, eventualitate rară în enterocolita cronică difuză (de regulă în forma ulceroasă pe care o studiem de-

osebit), vom încerca tratamentul prin *clisme medicamentose*, după indicațiile date mai sus.

* * *

Tratamentul colitelor segmentare.

Terapeutică typhlita acute.

Cum diagnosticul diferențial cu apendicita este foarte greu, nu vom începe cu purgative, după cum se trata în vremuri typhlita stercorală. Vom proceda întocmai ca în inflamațiile acute ale apendicelui, cu *dietă hydrică* inițială *repausul în pat, pungă cu gheață*; recurgem la *clisme*, la *purgative*, după atenuarea procesului acut.

Perityphlita supurată, dând loc unui abces în fosa iliacă dreaptă, reclamă deschiderea colecției, urmată de drenaj.

Typhlita cronică, se va trata după indicațiunile date la terapia constipației coeco-ascendente.

Tot astfel **perityphlita cronică**, care uneori necesită intervenții chirurgicale serioase și nu fără pericol. Dacă însă durerile sunt intolerabile, auto-intoxicația de origine intestinală evidentă, starea generală rea, trebuie să ne hotărîm pentru intervenție (rupere de aderențe, exclusie coecală prin anastomoză ileo-colică).

Tratamentul sigmoiditei acute.

Vom pune în acțiune același tratament ca pentru typhlita acută, pentru apendicită; inutil să ne repetăm.

Intervenție chirurgicală.

S'a propus extirparea ansei bolnave, în plină inflamație (*Mays, Körte* etc.), procedeu care nu pare de loc recomandabil.

În caz de ocluzie inflamatorie acută, crearea unui anus contra natură, mai sus de obstacol este o intervenție de necesitate. Dar după observațiile lui *Mayor* cu toate aparențele foarte grave, pronosticul perisigmoiditelor acute nu este rău.

Dacă afecția ajunge la supurație, de obicei se formează adherente protectoare și colecția se deschide ca un abces apendicular.

Am cunoscut un bolnav diabetic, în vârstă, care a pre-

zentat o sigmoidită supurată, pe când se afla în Elveția ; a fost operat și s'a vindecat destul de repede.

Perisigmoidita cronică, se va trata ca o constipație cronică dureroasă. În mod excepțional se va ajunge la operație, care consistă în extirparea ansei ileo-pelviene, în anastomoze, toate intervenții serioase, când este vorba de un organ cu un conținut septic.

* * *

Tratamentul colitelor ulceroase grave.

Această formă de colită gravă, trebuie separată de studiul colitelor cronice obicinuite, de care diferă din toate punctele de vedere. Substratul anatomo-patologic consistă într'o inflamație cronică întinsă la tot colonul, sau la ultimile segmente, cu ulceratii de dimensiuni variabile, dar mai bine limitate ca în dysenteria cronică.

Etiologie.

În primul rând s'a căutat în cazurile de colită ulceroasă, dacă nu este vorba de o dysenterie cronică bacilară sau amibiană. Dar cercetările, cele mai multe clinice, au rămas negative.

Totuși dysenteria cronică trebuie să joace un rol în multe cazuri de colită ulceroasă. *Zweig*¹⁾ admite că ivirea afecției este favorizată, de achylia gastrică.

Dar *Rosenheim* nu este de această părere. Totuși factorul gastric, pare să joace un rol în geneza colitelor ulceroase, ca și în toată patologia intestinului. Astfel *Anschütz*²⁾ a semnalat din 1912, după intervenții asupra stomacului, colite ulceroase mortale, cu mucoasa intestinului gros acoperită în întregime de ulceratiuni confluențe.

Iar *Erich Hess*³⁾ (Petrograd) a publicat de curând cazuri de ileită și colită gangrenoasă, după intervenții gastro-duodenale. Dânsul le atribuie condițiilor de subnutriție din Rusia, dar și scăderii acidității gastrice, după operație. De atunci, dă acid chlorhidric în mod profilactic, în cazuri de rezecții stomacale, de gastro-enterostomii.

1) *W. Zweig*. Archiv. f. Verdauungskrakh. 1908, p. 284.

2) *Anschütz*, în *Ploos van Amstel*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten des Med. u. d. Chir, 33 Bd., H. 4, p. 448, 1921.

3) *E. Hess*. Mitt. aus d. Grenzgeb. d. M. u. Ch. 35 Bd., H. 1-2, p. 205, 1922.

Mulți autori printre cari și *Albu* admit că în colita ulceroasă este vorba de o infecție specifică, cu agent necunoscut. Într'adevăr este puțin probabil, ca streptococul, paratificul B, colibacilul, cari s'au semnalat uneori, să fie cauza reală a boalei. Bacilii din grupul dysenteric au fost de asemenea observați.

Strauss crede mai mult în dysenteria cronică și în infecția paratifică.

În realitate, etiologia colitei ulceroase grave, este obscură.

Symptome.

Debutul afecției este de obicei acut, febril, ca într'o colită dysenteriformă.

Scaunele diareice, uneori și formate, conțin în mod constant, *mucus, sânge, puroi* vizibil și cu ochiul liber.

Hemoragiile sunt uneori profuze.

Numărul scaunelor poate să ajungă la 15 pe zi; scaunele sunt însoțite de *tenesme*, când există ulcerații sigmoidiene și rectale, cari se observă de regulă.

Examenul cu recto-romanoscopul, arată prezența de ulcerații în număr variabil; alte ori când sediul leziunii este mai sus, se vede numai congestia mucoasei, secreție purulentă venită de mai sus.

Palpația abdomenului arată des o *coardă colică stângă* dură și foarte sensibilă.

Temperatura este variabilă. Cazurile cu temperatură ridicată, cu oscilații mari, arată o întindere notabilă a leziunelor și sunt de un pronostic rău.

Mersul afecției este cronic. În unele observații, boala există de mai mulți ani.

Când mersul este subacut bolnavii mor într'o stare de cachexie extremă; alții sucombă prin peritonită în urma perforării unei ulcerații.

Afecția este foarte gravă, căci *Schmidt* dă o statistică, cu 20% mortalitate, 39% vindecați, iar restul staționari sau amellorați.

Terapeutică.

Dietetică.

Vom institui un regim alimentar mixt, care să nu întrețină diareea și care să dea cât mai puține resturi în intestin.

Astfel vom da supe amylacee (și de carne), orez, macaroane; cartofi puțini și numai sub formă de păsat; carne

mic tăiată, odată pe zi; prăjituri uscate; laurt (de încercat); franzelă prăjită: puțin vin roșu.

Examenul coprologic va arăta dacă amylaceele fermentează și atunci schimbăm regimul în consecință.

Tratament local.

Atunci când există ulcerații vizibile cu recto-romanoscopul putem recurge la un fel de pansament local, care dă adeseori rezultate bune.

Zweig întrebunțează o pulbere compusă din *dermatol*, *tannin*, *chlorur de sodiu*.

Mathieu și *Roux*, preferă pasta următoare din care se introduce cu ajutorul recto-romanoscopului:

Dermatol	5 gr.	
Oxid de zinc	10 gr.	
Cretă preparată	}	ā a—q s.
Vaselină albă		

Dar un asemenea tratament nu poate reuși decât pentru ulcerațiile situate jos; apoi s'au semnalat și perforații mortale ale intestinului ocazionate de recto-romanoscop.

În cazurile de ulcerații sigmo-rectale: am întrebunțat des o formulă de clismă, analogă aceleia a lui *Schmidt* dar în plus cu oxid de zinc:

Rp. Julep gumos 200 gr.
 Dermatol 3 gr.
 Oxid de zinc 1 gr.

Tenesmele scad în general cu acest amestec.

Clismele cu nitrat de argint, rămân poate mai utile, deși în cazurile grave nu obținem vre-o modificare serioasă, nici cu acest tratament. Începem cu soluția de 1 la 10000, pe care o concentrăm progresiv până la 1 la 4000.

S'au consiliat o mulțime de alte adaose medicamentoase în clisme; mă limitez a cita *carbonatul de bismuth* (10—20 gr. la 1 litru de apă); *dermatol* în aceleași doze.

*Von Anistel*¹⁾ dă câteva observații, de colite cronice ulceroase, durând de câțiva ani, deci nu prea grave, în care a obținut vindecarea, consiliând de 3 ori pe zi clisme, cu

1) *Von Anistel*. loc. cit.

50 gr. de *norit* (pare să fie o preparație de *cărbune medical*); în același timp administra 25 gr. pe cale gastrică.

Cărbunele animal a fost de altfel întrebuințat și de *Klemperer* în colitele ulcerose.

Incerări de tratament specific.

Am spus că cercetările privitoare la bacilul dysenteric nu sunt ușoare în dysenterile cronice bacilare; găsirea amibelor și a kysturilor ambiene este uneori destul de grea.

De acela, vom face încercări de tratament specific, chiar atunci când examenul fecalelor nu este concludent. Într'adevăr, colita ulcerosă are un pronostic prea întunecat, ca să nu facem toate încercările de tratament. Serul antidysenteric, nu dă rezultate apreciable chiar în dysenteria cronică sigură.

Vaccinoterapia cu bacili Shiga-Kruse omorți, a dat *D-rului Banu*, rezultate bune, în dysenterii cronice grave, din timpul războiului. Aceste încercări merită să fie reluate și în colitele ulcerose, cu diagnostic etiologic nesigur. De altfel se poate încerca *vaccinoterapie*, cu speciile predominente izolate prin cultură din intestinul bolnavului atins de colită ulcerosă; astfel se realizează mai mult o *proteino-terapie*, dar care poate fi de oarecare folos.

Dacă nu obținem nimic cu aceste tratamente, încercăm și o *chimio-terapie specifică*, în sensul dysenteriei ambiene: injecții subcutanate de *sulfat* sau *clorhidrat de emetină* (0, gr. 04—0, gr. 06 pe zi); în același timp doze mici de *neosalvarsan* intra-venos, în contra kysturilor ambiene posibile.

Medicație simptomatică.

Ca în toate cazurile de diaree cu dureri vom întrebuința *astringentele* cunoscute, *calmanele peristaltismului* și ale *durerei*, cari ne sunt cunoscute din capitolele anterioare.

Intervenție chirurgicală.

Atunci când tratamentul medical nu dă vre-un rezultat satisfăcător, lucru care se întâmplă des, consiliem stabilirea unui *anus contra natură coecal*.

Astfel punem colonul ulcerat în repaos și putem continua spălături modificatoare mai eficace, de sus în jos.

Apendicostomia este mai puțin utilă. S'au citat rezultate bune, în urma fistulei coecale; dar în cazurile grave, procesul ulceros, cu rezorbțiile consecutive, își continuă mersul.

Rezumatul tratamentului.

Dietetică.

Tratamentul local: clisme cu nitrat de argint; dermatol și oxid de zinc; carbonatul de bismuth, cărbune animal.

Inercări de tratament specific: în contra dysenteriei bacilare, sau amibiene, care poate fi în cauză.

Medicație simptomatică, a diareei, a durerii.

Terapeutică chirurgicală: anus contra natură coecal.

* * *

Terapeutică ulcerului duodenal.

La tratamentul ulcerului gastric, am dat toate detaliile practice, cari sunt indicate fără nici o diferență și în terapeutică medicală a ulcerului duodenal.

Într'adevăr tratamentul ambelor afecțiuni este identic, în timpul hemoragiei, în perioada care urmează acestui accident, apoi într'o epocă mai departată.

Nu este de nici un folos să mă repet. Voiu adăoga numai câteva fapte mai noi, apărute în literatura medicală, de când am dat la imprimat fascicolul întâi și cari pot avea o importanță terapeutică.

Astfel citez printre altele o lucrare a lui *Christophe*¹⁾ relativă la etiologia și profilaxia ulcerului duodenal și gastric.

Dânsul arată că la clinica *Mayo* (Rochester, Statele-Unite), *Rosenow* găsește în mod aproape constant un streptococ la nivelul ulcerului; că acest agent provine dintr'un abces dentar, din amygdale, din sinusite.

Streptococul izolat din pyorea dentară, dă pe animal ulcerații experimentale la nivelul duodenului, stomacului.

Concluzia practică este că suprimarea acestor focare

1) L. Christophe. Arch. des maladies du tube digestif et de la nutrition. T. XII No. 4, p. 232, 1922.

de supurație, împiedică ivirea ulcerului gastro-duodenal, sau recidiva sa, care este explicată tot prin mecanismul infecțios.

De altfel această etiologie, care pasionează mult lumea medicală, americană, a mai fost semnalată anterior (*Dieulafoy, Gandy, Letulle*).

Oricare ar fi adevărul, îngrijirea dinților, nu poate constitui decât un avantajiu.

*Singer*¹⁾, alături de prescripțiile cunoscute, recurge în tratamentul ulcerului duodenal, la un amestec de *carbonat de bismuth* o parte și două părți de *perhidrat de magneziu*. Aceste prafuri, cari înlocuiesc alte alcaline, se iau cu lingurița în timpul zilei.

Am arătat la terapeutica stomacului, rațiunea pentru care medicii de limbă germană, au renunțat aproape la bicarbonatul de sodiu (acțiune excito-secretorie tardivă), și am spus că acest medicament este totuși util, dacă se întrebuițează cu anumite precauțiuni.

Apoi *Singer* examinează pe larg, importanta chestiune a *intervenției chirurgicale* pentru ulcer duodenal. Concluziile sale, sunt aproape aceleași pe cari le-am dat la terapeutica ulcerului gastric, adică: intervenție în caz de perforație, stenoză, hemoragie mare sau hemoragii repetate; apoi în ulcerul duodenal care nu cedează tratamentului sistematic, care recidivează neconținut.

Toate aceste concluziuni sunt foarte judicioase, numai intervenții în hemoragiile mari rămâne discutabilă, față de rezultatele imediate rele, ce se observă când intervenim la bolnavii exsanguini.

Poate că intervenția, practică numai cu anestezie locală (*Finsterer*) să schimbe aceste rezultate.

În privința tehnicii, mai toți chirurgii școlii din Viena, practică *rezecția* ulcerului duodenal și a unei bune părți din stomac (*Finsterer*), singura intervenție, care pune la adăpost, după aprecierea lor, de recidive și de formarea ulcerului peptic jejunal.

Haberer dă cu această tehnică (rezecția ulcerului) o mortalitate operatorie de 4%; *Finsterer* (rezecție gastro-duodenală), de 5%, iar în ultimile 71 de intervenții numai de 1,4%.

1) G. Singer. Spezielle pathologie n. Therapie inn. Krankh. (Kraus u. Brughsch, VI Bd., 1 Hälfte. p. 625, 1922.

Wydler¹⁾ dând într'o lucrare amănunțită rezultatele obținute la clinica lui *de Quervain* (Berna), ajunge la aceleași concluziuni, adică superioritatea rezecției gastro-duodenale, asupra altor intervenții.

Gastro-enterostomia rămâne pentru chirurșii menționați o intervenție de necesitate, când sediul ulcerului (lângă papila lui Vater) sau aderențe pancreatice întinse, nu permit rezecția duodenală.

* * *

Tratamentul cancerului intestinal.

Tumoarea epitelială, carcinomul, este cea mai frecventă dintre neoformările intestinului.

Sarcomul este mult mai rar; iar *tumorile lymfatice* constituie un epifenomen în decursul leucemiei.

Fibromul, lipomul și alte tumori benigne sunt rarități.

Etiologie.

Originea reală a cancerului este tot obscură.

Cauzele cari predispun la ivirea cancerului intestinal, sunt vârsta mai înaintată (după 40 ani), cu excepțiuni de altfel, și iritațiunile locale.

Neoplasmul epitelial se poate manifesta în oricare punct al intestinului subțire și gros; totuși se constată cu un maximum de frecvență, la nivelul ansei ilio-pelvine, la nivelul rectului. Aceste regiuni sunt mai des traumatizate, de materiile fecale dure.

Symptome.

După cum am spus și la terapeutica neoplasmului gastric, debutul clinic al cancerului intestinal nu corespunde celui anatomo-patologic.

Atunci când diagnosticul este stabilit, cancerul ajunge la un grad de evoluție, în care rezecția porțiunii intestinale atase se realizează cu greutate mari, sau este imposibilă.

Diferitele cercetări asupra sângelui neoplazicilor, despre cari am vorbit la cancerul gastric, se fac și în vederea neoplasmului intestinal, cu aceleași rezultate nesigure.

1) *Wydler*. Grenzgeb. d. Med. u. d. Chirurgie Bd. 35. H 1-2, p. 103, 1922.



Rămân deci ca semne importante, tot acelea pe cari le obținem prin examenul clinic obicnuit, ajutat de examenul fecalelor, de radioscoape. Nu vom înzista de altfel mult asupra acestui capitol.

Constipația cu durere abdominală fixă, sau din contra o diaree cronică; slăbirea generală, anemia uneori accentuată, venind la un individ în vârstă, ne vor face întotdeauna să ne gândim la posibilitatea unui cancer intestinal.

Atunci, constatarea în mod obicnuit de *hemoragii oculte* în fecale (fără hemoroide, fără colită ulceroasă), tușeul rectal ajutat de recto-romansocope, de examenul radioscoape, vor permite uneori stabilirea existenței unui cancer, la nivelul rectului, sau pe alt segment al intestinului. Când evoluția este înaintată, apar fenomenele de *stenoză intestinală*, mergând până la *obstrucție*, cu *peristaltismul intestinal exagerat*, vizibil sub perețele abdominal, însoțit de *dureri mari*.

Dar în cancerul ulcerat, obstrucția nu este fatală.

Tumoarea palpabilă constituie un semn tardiv.

Durata clinică a neoplasmului localizat pe intestin nu depășește un an și bolnavul se stinge într-o cachexie extremă sau printr'o complicație locală (obstrucție, hemoragii, perforație).

Terapeutică medicală.

Radioterapia se va întrebuința totdeauna în cancerul intestinal inoperabil, precum și după intervențiile reușite. Tratamentul cu razele Röntgen, se izbește în cazul prezent de greutatea, că aplicațiunile slabe excită desvoltarea tumorii, iar radioterapia profundă, ocazionaază enterite grave.

Cu un dozajiu apropiat aceste inconveniente sunt evitabile.

Rezultatele sunt mai bune pentru cancerul rectal; în neoplasme situate mai sus, obținem adeseori atenuarea durerii, lungirea evoluției.

Radiumterapia este aplicabilă neoplasmului rectal jos situat.

Efectele imediate sunt bune, cu vindecări aparente, dar urmate de evoluția tumorii în vecinătate sau în profunzime.

Tratament simptomatic.

Regimul alimentar va fi cu resturi neutilizate cât mai puțin, spre a nu irita tumoarea intestinală și a nu grăbi obstrucția.

Vom da supe cu adaose (făinoase, gălbenuș de ou) carne puțină, uneori păsaturi de legume, lapte fermentat, marmelade, vin.

Medicamente.

Injecțiile de *seleniu coloidal* (*seleniol*, în fiole) nu au dat nimic evident.

Injecțiile de *cacodylat de sodiu* pot fi de oarecare folos în contra anemiei neoplazice. Arsenicul dă mai multă rezistență globulelor roșii, față de diferitele hemolysine,

Inapetența se va trata cu *lincturi amare*, cu formule de *acid clorhydric* și *pepsină*, arătate la terapeutica stomacului.

Durerea se va combate prin anestezice locale (cancerul rectului) prin calmantele cu acțiune cerebrală. Putem începe cu pastile de *pantopon* (1—5 pe zi); apoi picături de *chlorhydrat de morfină* (formulă indicată); în fine recurgem la *injecții de morfină* în cantitate progresivă, la nevoie până la doze enorme, căci în neoplasmul inoperabil, nu putem face altceva decât să ușurăm suferințele.

Intervenția chirurgicală.

Înainte ca și după radioterapie, terapeutica chirurgicală rămâne tot în primul plan, când este vorba de cancerul intestinului.

Rezecția intestinului pentru neoplasm, mai cu seamă pentru cancerul colonului, dă totuși o mortalitate ¹⁾ care se apropie de 50%. În cazurile pe cari le-am văzut de cancer al coecului, al transversului, al ansei sigmoide, intervenția practică de chirurgi eminenți români sau străini, nu a dat nici odată succes.

Totuși aceasta nu mă împiedică de a consilia intervenția, în toate cazurile operabile, căci astfel bolnavul are de partea sa, câțiva sorți de scăpare. Un diagnostic precoce, ameliorează mult statistica.

Entero-anastomoza, este mai des practică de chirurgi, ca operație paliativă, căci realizează o excludere relativă a tumoarei și poate lungi cu mult existența bolnavului.

1) *Okinczyc*, în raportul său la Congresul francez de chirurgie (Oct. 1927), dă o mortalitate de 39% pentru resecția cancerului localizat pe intestinul gros.

Extirparea rectului canceros, dă o mortalitate mai mică, aproximativ de 10%: de unde marele interes al unui diagnostic precoce.

Crearea unui anus contra natură, deasupra tumoarei, constituie intervenția inevitabilă, atunci când s'a realizat obstrucția intestinală.

* * *

Tratamentul tuberculozei intestinale.

Etiologie.

Localizarea bacilului Koch la nivelul mucoasei intestinale este rar *primitivă*; totuși există observațiuni sigure în acest sens (*H. Martin, Wyss și alții*),

Cercetările moderne arată în aceste cazuri primitive, o infecție cu bacilul de tip bovin, realizată prin lapte de vacă bacilifer sau prin derivatele sale.

Dacă statisticele germane relative la frecvența bacilului tuberculos în unt sunt exacte, atunci este de mirare, cum tuberculoza intestinală primitivă nu este și mai frecventă. În orice caz, untul proaspăt, consumat pe pâine, preparat ca de obicei din lapte crud (se poate prepara și din lapte fiert), ar trebui complet suprimat din alimentație.

Tuberculoza intestinală secundară, așa cum se vede în baciloza pulmonară înaintată, este o complicație obișnuită datorită deglutiției de bacili.

Symptome.

Tuberculoza intestinală întinsă.

a) Enterita tuberculoasă așa cum se vede la cavitari, se traduce prin *diaree cronică, dureri, febră hectică, slăbire repede*; ivirea complicației intestinale grăbește sfârșitul.

b) *Tuberculoza ileo-coecală*, realizează uneori o *tumoare voluminoasă* în fossa iliacă dreaptă, cu semne de stenoză intestinală. Vârsta, semnele pulmonare, mersul subfebril, găsirea bacililor în scaune, lămuresc diagnosticul.

c) *Rectita tuberculoasă*, cu ulcerări multiple vizibile la recto-romanoscop, dă tenesme, dureri intolerabile. Am cunoscut un medic, care a trebuit să ajungă la crearea unui anus contra natură (iliac stâng) din cauza intensității durerilor. A trăit astfel vre-o 10—12 ani; devenise în același timp morfinoman și ingera 3—4 grame de morfină pe zi.

Tuberculoză intestinală discretă.

Aceste cazuri sunt importante de cunoscut din punct de vedere practic.

a) boala afectă des tipul unei *constipațiuni dureroase rebele*, așa cum se vede în *constipația spasmodică*, descrisă de *Fleiner*. Colonul se prezintă ca o *coardă* și unul din segmentele sale (ascendentul, transversul, colonul iliac stâng) este *dureros la presiune*.

Starea generală este destul de bună. *Examenul pulmonar nu arată nimic concludent*.

Totuși există temperatură subfebrilă (37° , $2-37^{\circ}$, 3), dacă atragem atenția bolnavilor în acest sens. Am văzut mai multe cazuri analoage, în special la domnișoare din internate. În două cazuri, examenul fecalelor, practicat de către *D-l Dr. Baroncea*, a arătat prezența bacilului Koch. În altele, examenul a fost negativ, dar bolnavele revăzute peste șase luni, un an, aveau enterită tuberculoasă evidentă și ramoliște pulmonară.

b) Alte ori găsim la un tuberculos pulmonar sigur, dar cu stare generală bună, *scaune păstoase, colici*. Este probabil vorba tot de o baciloză intestinală discretă; dar nu trebuie să ne grăbim cu formularea unui pronostic fatal. Am văzut între altele, o asemenea bolnavă, cu *D-l Dr. Irimescu*, căreia D-sa îi practicase un pneumotorax artificial stâng, pentru o tuberculoză pulmonară cu ramoliște. Accidentele intestinale, au cedat după mai mult timp, iar bolnava s'a restabilit complet. În acest caz, este posibil să fi fost o colită banală, la o tuberculoză pulmonară.

c) *Stenoza intestinală* în vecinătatea valvulei ileo-coecale, se poate observa și fără tumoare în acea regiune. Am văzut un asemenea caz în spitalul Filantropia, la un bărbat de vreo 50 de ani, la care indurația vârfului drept, ușor exsudat la același bază, puțină temperatură, ne-au făcut să ne gândim la o tuberculoză intestinală stenozantă. De altfel strictura era pronunțată, căci bolnavul avea dureri mari, peristaltism evident.

Prof. Juvara l'a operat cu succes, practicându-i o enteroanastomoză. Leziunea intestinului subțire era minimă.

d) *Rectita tuberculoasă*, poate fi de asemenea discretă. O bolnavă de aproape 60 ani, din spitalul Brâncovenesc, avea *tenesme, hemoragii rectale* mari, constipație obișnuită. În plus tuberculoză pulmonară.

D-l Dr. Băișoiu, a găsit cu recto-romonoscopul o singură ulcerăție rectală la 8—9 centimetri de anus. În urma clismelor cu dermatol și oxyd de zinc, a eșt din spital, mult ameliorată.

Fistulele anale sunt în general tot tuberculoze discrete ale rectului.

Terapeutică. Tuberculoza intestinală întinsă.

În enterita tuberculoasă gravă, care însoțește de obicei tuberculoza pulmonară cavitară, spre finele evoluției, nu este lucru mare de făcut. Tratamentul instituit, va avea de scop să ușureze simptomele prea supărătoare și mai cu seamă să susțină moralul bolnavilor.

Dietetică. Enterita tuberculoasă se însoțește de obicei de o diaree prin putrefacție (*v. Noorden*). De aceea vom da un regim cu bază de făinoase (supe de carne cu griși, făinuri; macaroane; orez; budinci), carne mic tălătată, brânză proaspătă, pâine prăjită, vin roșu. Cum nu este nimic de pierdut, nu vom fi prea severi în privința regimului.

Medicamente. Vom lua pe rând toate substanțele *astringente*, cu succes de altfel mediocru, căci diareea tuberculoasă este foarte rebelă.

Opiul sub formă de *extract thebaic*, se va întrebuiți în doză progresivă și fără rezervă; astfel calmăm durerile și atenuăm diareea; apoi influențăm și tusea,

În plus recurgem la *antitermice* (cryogenină, piramidon) spre a combate febra; la *tonice* cu bază de alcool (vin de quinquina, poțlune Todd) spre a da o stimulare fatică.

Tuberculoza intestinală discretă.

Am stabilit această diviziune clinică mai cu seamă din punctul de vedere al tratamentului. Într'adevăr, dacă enterita tuberculoasă întinsă justifică tot pesimismul, nu tot astfel stau lucrurile, când este vorba de o atingere intestinală mai ușoară. Aci avem tot dreptul să sperăm, că ridicând starea generală a bolnavilor, putem obține cicatrizarea leziunii intestinale.

Atrag din nou atenția asupra *constipației de tip spasmodic*, care la adolescenți va fi considerată ca suspectă de tuberculoză, de câte ori starea generală este rea. Vom pune pe bolnavi să-și ia temperatura zilnic și vom face examene multiple de fecale, în vederea bacilului tuberculos. Dacă există o ușoară mișcare febrilă, chiar fără semne pulmonare sigure, chiar fără bacili în scaune, vom institui *cura de aer, de repaos*, cu toată rigurozitatea, ajutate de *helio-terapie* abdominală, de fricțiuni alcoolice pe tot corpul.

S'a consiliat și *radioterapia* în scop de a favoriza scie-

roza leziunelor tuberculoase intestinale. Dar este îndolos că putem avea o acțiune sigură.

Supra-alimentarea, se va realiza în limitele putincioase. În orice caz, nu vom suprima carnea și vom prescrie un regim analog celui arătat la capitolul constipației spasmodice.

Medicamente. Vom prescrie în rândul întâi, medicamente în contra procesului tuberculos; *pulbere de recalcificare*; injecții de *cacodylat de sodiu*, când temperatura nu este mare.

Ca formulă de prafuri, putem consilia :

Rp. Glycerofosfat de calciu 10 gr.
Phosphat tribazic de calciu ()
Carbonat de calciu () a 45 gr.

D. s. $\frac{1}{2}$ —1 linguriță la mese, în puțin lichid; se continuă 2 luni; apoi 15 zile da, 15 zile nu. În fine *laxativele* (oleu de parafină, magnezie calcinată, perhidrat de magnezie) *calmantele* (belladonă), se vor întrebuița după nevoie.

Intervenție chirurgicală.

Terapeutică chirurgicală se impune în cazurile de *stenoză intestinală tuberculoasă*, unde cu tratamentul medical nu putem fi de nici un folos.

Tumoarea tuberculoasă ileo-coecală, a fost tratată prin rezecția porțiunii bolnave de intestin. Mortalitatea operatorie este destul de mare (*Okinczyk*, 20%). Intervențiile mai conservatoare, consistând în entero-anastomose, sunt poate de preferat.

* * *

Terapeutică syphilisului intestinal.

Există o *enterită syphilitică secundară*; *Prof. Hayem* a observat chiar o formă gravă cu diaree și febră mare. Această formă este pusă la îndoială de autorii germani.

Syphilisul intestinal terțiar, cu leziuni sclero-gomose, are o existență sigură.

Ne vom gândi la această localizare, dacă găsim o tumoare intestinală bine delimitată, mobilă (*Bard*) cu stare generală relativ bună, la un individ cu syphilis anterior sau cu reacție sanguină pozitivă (fără anamneză precisă).

De altfel, chiar în cazurile de tumoare intestinală, clinicește malignă este prudent să ne gândim la posibilitatea unui syphilis și să facem tratament de încercare.

Când nu există tumoare, dispariția unei diarei cronice, cu terapeutică anti-syphilitică instituită pentru alte manifestări, ne va face să ne gândim retrospectiv, la existența unui syphilis intestinal. Am văzut câteva cazuri de acest fel, în cari accidentele intestinale erau probabil de natură syphilitică; o certitudine nu se poate avea.

Tratamentul antisiphilitic, se va institui ori de câte ori avem, nu certitudine, dar chiar bănuială, de syphilis intestinal.

Terapeutică simptomatică, ajutătoare, este de mică importanță.

Terapeutică actinomycozei intestinale.

Localizarea cea mai frecventă a actinomycozei, se observă la nivelul coecului, unde produce o tumoare dură, însoțită de dureri, de alternative de constipație și diaree.

Apoi tumoarea suferă o ramoliție parțială și se deschide în organele vecine, la pele.

În puroi se găsesc *grăunțele galbene*, cu ciuperca lesne vizibilă la microscop.

Tratamentul constă în doze mari de *Iodur de potassiu* (4—10 grame pe zi).

Radioterapia, ar fi de oarecare folos (*v. Noorden*).

Terapeutică ocluziei intestinale.

Strămtorarea calibrului intestinal, sau ocluzia absolută, aparțin teraputiceii chirurgicale. Rolul medicului, se reduce ca și în apendicită, la stabilirea unui diagnostic cât mai

complet, lucru care nu este totdeauna ușor. Tratatamentul medical al ocluziilor și stenozelor este de importanță secundară, cu excepția obstrucțiilor stercorale fără leziune organică.

În obstrucția paralytică a intestinului, terapeuțica medicală își are de asemenea importanța.

Etiologie.

a) Ocluziunea acută, poate fi realizată în mod acut prin *vicii din poziție* ale intestinului (*volvulus, invaginație*); prin strangularea într-o *foseță peritoneală* (*Th. Ionescu*).

O *coardă* (bride) *peritoneală*, reșguat al unei inflamații-uni mai vechi, un *calcul biliar voluminos* joacă același rol. În fine orice *stenoză intestinală cronică* se poate complica la un moment dat, cu o ocluzie acută.

b) *Ocluziunea cronică*, numită des *obstrucție intestinală* este în general consecința unei stenoze de origine variabilă (*cancer* în primul rând, *tuberculoză*, *syphilis*, *pericolite segmentare*).

Corpurile străine (calculi biliari), mai cu seamă *coproliti* constipației cronice realizează des obstrucția, care se mai vede și în *compresiunile* prin tumori vechi.

c) *Paralyzia intestinului* (ileus paralytic) produce de asemenea oprirea evacuării intestinale, cu fenomene de obstrucție sau ocluzie. Paralyzia secundară a intestinului, constituie unul din *symptomele cardinale* ale peritonitei acute.

Dar această paralyzie se mai observă după intervențiile mari abdominale, în pancreatitele acute, în torsionile pediculului unui kyst ovaric; apoi însoțește des, ca și paralyzia gastrică, infecțiunile grave, (pneumonie, tyfoidă, tifos exantematic) unde se asociază cu paralyzia vaso-motorilor).

Colica nefretică foarte violentă, se poate însoți de fenomene de ocluzie intestinală acută din cele mai caracterizate. Un tânăr confrate a și suferit laparatomia, în Paris; iar după intervenție care n'a arătat obstacol, a expulzat un calcul urinar.

Symptome.

b) Ocluziunea acută se traduce printr-o *durere* extrem de intensă, localizată, la care se adaugă *paroxysme dureroase* în tot abdomenul; ele traduc lupta intestinului în contra obstacolului.

Curând în urmă apar *vărsături alimentare* cari devin mai

1) Am insistat asupra acestei asociațiuni, la terapeuțica dilatațiunii acute a stomacului (fascicolul 1, p. 124).

târziu fecaloide, symptom capital de ocluzie, alături de *suprimarea scaunelor* și a *gazelor*.

Balonarea abdominală există totdeauna, iar la inspecție se văd *anse intestinale contractate* intermitent. Când peretele este subțire, forma lor (colon, anse subțiri suprapuse) ne dă indicațiuni asupra punctului unde se află obstacolul.

Pulsul mic și accelerat, paloarea feței, hypotermia, alterația feței constituiesc o adevărată stare de colaps și traduc paralyasia vaso-motorilor.

Moartea vine după câteva zile (colaps, peritonită) dacă nu restabilim cursul materiilor intestinale.

Cauza ocluziei acute, ne scapă în general iar *sediu* se poate bănuși, după forma contracțiilor intestinale.

Radioscopia ar fi utilă, dar un bolnav atins de ocluzie acută, nu poate suporta diferitele manopere necesitate de un asemenea examen. Nu vom neglija nici odată examenul rectal. Cauza și sediul precis, se determină prin intervenția chirurgicală, atunci când obstacolul este așezat sus.

b) *Ocluziunea cronică*. În această formă, putem avea accidente sub formă de crize, asemănătoare intrucâtva ocluziei acute: *dureri violente, vărsături alimentare* (nu fecaloide) ținând câteva ore; apoi totul intră în ordine, până la o nouă criză, care poate fi fatală după observația foarte exactă a lui *Mathieu*.

În intervalele cari separă crizele există de obicei *dureri moderate*, într'un punct al abdomenului și *colici supra-adăogate*.

Când durerea este la maximum, bolnavul percepe *borborygme*, cari se aud la distanță, după cari colica se ușurează. Bolnavul spune că tot atunci, simte cu mâna o *întăritură* un ghem, într'un punct al abdomenului; iar dacă examinăm bolnavul în acel moment, vedem într'adevăr o *contractie intestinală* localizată.

Aceste semne (*durere sub formă de colici, borborygme, peristaltism intestinal localizat*), au o mare valoare și constituiesc *syndromul lui Koenig*; ele ne arată și sediul stenozei.

Mathieu a mai adăogat alte două semne importante: *clapotagiul intestinal și matitatea declivă (falșă ascită)*.

Constipația există de obicei; diareea însă, nu exclude existența unei stenoze.

Examenul radioscopic, indispensabil în stenozele cronice, asigură diagnosticul de strictură intestinală și precizează *sediu* ei.

În privința *naturei* unei stenoze, suntem reduși la impresia clinică și la informațiile pe cari ni le dă examenul complet al bolnavului.

c) *Paralyasia intestinului (Ileus paralytic)*.

Și aci avem câteva din *symptomele cardinale* ale ocluziei:

oprirea materiilor și a gazelor, vărsături (cari devin rar fecaloide), *balonare abdominală* foarte supărătoare; paralyasia vaso-motorilor (paloare, puls mic, accelerat, colaps) asupra căreia am insistat la terapia dilatației acute a stomacului. Lipsesc însă *contractiile* intestinale (peristaltism exagerat), *durerile* (numai senzațe de tensiune care îngreuează respirația), afară numai dacă afecția inițială (colică nefretică, necroză pancreatică) nu este dureroasă. Adevărul este, că paralyasia intestinală se poate diagnostica lesne, când se observă după o intervenție abdominală, sau în cursul boalelor infecțioase acute, grave. În celelalte cazuri, erorile de diagnostic sunt numeroase,

Terapeutică.

a) Tratamentul ocluziei acute.

Terapeutică chirurgicală. Nu există decât un tratament al ocluziei intestinale acute: intervenția chirurgicală (laparotomie) pentru ridicarea obstacolului, sau dacă nu este posibil (tumoare) crearea unui anus contra natură.

Intervenția se va practica cel mai târziu în primele 48 ore sau mai bine în primele 24 ore; întârzierea compromite rezultatele intervenției. Excepțiile la această regulă sunt *obstrucțiile stercorale acute și calculele biliare*; acestea din urmă ies adeseori pe căile naturale, după câteva zile de symptome alarmante.

Astfel un domn din provincie, care suferă de mult de colici hepatice, mi-a adus trei calcule enorme; articulate împreună, aveau dimensiunea unei vezicule biliare.

Aceste calcule au fost expulzate, după opt zile de obstrucție intestinală cu dureri ca de facere.

Tratamentul medical.

Acest tratament se va institui mai mult pentru ca bolnavul și familia să-și dea seamă că intervenția chirurgicală se impune.

Dietetică. În ocluziile intestinului subțire, tot ce ingeră bolnavul este dat afară; deci chestiunea dietetică nu se pune. Vom da bucățele de gheață, ceal, înghețată de fructe.

Agenți fizici.

Spăldurile de stomac sunt utile, căci micșorează tensiunea intra-abdominală.

Printr'acest mecanism, spălăturile au facilitat uneori dispariția unei ocluziuni, eventualitate foarte rară.

Spălăturile intestinale, sunt de folos în contra obstrucției stercorale.

Clismele de 1000—1500 gr., administrate cu o sondă lungă vor conține săpun și 2—3 linguri de glicerină și se vor repeta de mai multe ori.

Clisma purgativă cu sene și cu sulfat de sodiu, se va încerca de asemenea, în scop de a stimula peristaltismul intestinal.

Clismele cu sifon erau consiliate de *Schmidt* în același scop.

Dacă bănuim un calcul biliar, adăogăm 5 grame de *chloroform* în lichidul introdus.

Clisma electrică, aplicată după indicațiunile date anterior, se va încerca dacă lucrul este posibil.

Medicamente.

Toți medicii sunt de acord că *purgativele* pe cale gastrică, nu pot face decât rău în ocluziile acute.

Totuși familia bolnavului va fi cu greu convinsă, că pacientul poate fi operat, înainte de a încerca un evacuant intestinal.

La nevoie, dăm un singur purgativ, 30—40 gr. de oleu de ricină și nimic mai mult. Numai dacă avem aproape o certitudine că este vorba de obstrucție fecală (antecedente, tumoare stercorală), putem repeta administrarea.

Opiul este mai discutat ca în apendicită; ca și în acea afecție se obiectează tratamentului prin opiu, că dă bolnavului o falsă euforie, care ascunde gravitatea situației.

Însă 2 centigrame de *extract thebaic* cu o cantitate egală de *extract de belladonă*, într'un supozitoriu, nu pot aduce mare rău. Din contra, după observația vechilor clinicieni, opiul atenuază mult fenomenele inițiale de shock (*Nothnagel. Boas*).

Injecțiile de atropină ($\frac{1}{2}$ milligram de 2—3 ori pe zi) se vor încerca fără inconvenient. După nevoie recurgem la obicnutele injecțiuni, în contra stărei de celaps: *adrenalină, camfor, cafeină*.

b) **Tratamentul ocluziunii cronice.**

Această formă este datorită mai mult unei stenoze intestinale.

Aci *intervenția chirurgicală*, apare ca o scadență necesară, dar mai depărtată. După împrejurări, operația va fi radicală sau paliativă (entero-anastomoză, anus contra natură).

Terapeutică medicală. Ocluzia cronică ne permite un studiu mai aprofundat al sediului, al naturii obstacolului. Până la intervenție, instituiam următorul tratament medical.

Dietetică.

Ținând socoteală de existența stenozei, vom da un regim cu alimente laxative pe cale chimică, și cari să dea un minimum de resturi neutilizate: supe amylacee, ouă, carne puțină, pureuri trecute prin sită, iaurt, brânzeturi proaspete, marmeladă.

Agenții fizici.

Clismele (cu săpun, glicerină) se vor întrebuința după nevoie.

Spălăturile de stomac, sunt indicate când există stază gastrică, prin strictura intestinului subțire.

Medicamente.

Purgativele nu sunt admise de toți medicii, de teama măririi spasmului intestinal.

Totuși este greu să ne dispensăm complet de uzul evacuanțelor.

Oleul de parafină (2—4 linguri pe zi) se va prescrie atâta vreme cât produce efect.

Oleul de ricină, reușește destul de bine; dăm doză just laxativă (1—2 lingurițe dimineața), care se poate continua multă vreme.

Calmantele peristaltismului.

Opiul se va întrebuința în mod tranzitoriu, când există dureri violente.

Papaverina asociată cu *belladonă*, în supozitorii, pot fi continuate multă vreme. De asemenea putem recurge la injecții ($\frac{1}{2}$ miligram) de *sulfat de atropină*, cari reușesc și în cazurile de spasm accentuat (ileus spasmodic).

c) **Tratamentul paraliziei intestinale** (ileus paralytic).

Dietetică.

În paralyza intestinală gravă, post-operatorie, vom da ca și în ocluzia acută, bucățele de gheață, băuturi reci. Paresia care însoțește boalele infecțioase acute, permite continuarea alimentației cu lapte, supe fără adaos.

Agenții fizici.

Clisma electrică, este absolut indicată, în cazul de față; la nevole se pot face 2-3 ședințe în 24 ore.

Clismele obicnuite, cele cu *basă de sene*, sunt de asemenea indicate.

Spălăturile de stomac se vor întrebuița, când există stază gastrică, vărsături.

Băile ferbinți, la 40°, timp de 10 minute, au dat lui v. Noorden, rezultate bune.

De altfel tratamentul cu băi calde, se întrebuițează de mult în toate ocluziile, cu succes variabil.

Medicamente.

Neohormonalul, despre care am vorbit la terapeutila generală, nu a devenit un mijloc terapeutic curent.

Am spus că s'au semnalat cu acest produs mai mult cu hormonalul vechiu, accidente anafilactice.

Extractul de hypophysă (pituitrină), injectat în doză de o fiolă, pe cale intravenoasă, sau poate mai bine subcutanată, a dat rezultate încurajatoare.

Atropina în doză terapeutică, stimulează după cum am spus peristaltismul intestinal prin intermediul plexului lui Auerbach, calmând spasmul ocazionat de acțiunea vagului. Atropina s'a consiliat în paralyza intestinală; totuși este mai bine să recurgem la *hypophysină*, la alți agenți.

Physostigmina (eserina), a fost întrebuițată cu rezultate variabile de către v. Noorden. În orice caz, uzul acestei substanțe este logic, din cele spuse la terapeutila generală.

Se injectează $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ de miligram de *salycilat de eserind*, pe cale subcutanată.

Injectiile de *strichnină* (câte $\frac{1}{2}$ miligram, până la 2-3

milligrame pe zi), se pot de asemenea încerca, deși nu au o bază științifică serioasă.

Anestezia lombară, cu 0 gr. 10 *tropococaină*, a fost consiliată de *Wagner*¹⁾, ca un mijloc sigur de a provoca scaune, în paralyasia intestinală. Lucrul este posibil, dar am văzut după anestezia lombară, câteva cazuri de constipație atonică, din cele mai rebele, cari durau de peste un an.

Purgative.

Acestea au puțin sorți de reușită, în paralyasia intestinală.

Totuși putem recurge la administrarea a 30—40 gr. de *oleu de ricină*, fără inconvenient.

Intervenție chirurgicală.

Dacă toate mijloacele indicate, nu restabilesc cursul materilor, nu mai rămâne decât crearea unui anus contra natură, așezat cât mai sus.

Rezumatul tratamentului.

a) **Terapeutica ocluziei acute.**

Intervenție chirurgicală în primele 24—48 ore.

Tratament medical. Spălături stomacale.

Clisme simple și purgative (mai cu seamă pentru ocluzia prin mase stercorale).

Clisma electrică.

Medicamente. *Purgative*, în obstrucția stercorală.

Opiu în mică cantitate.

Injectii de *atropină*. Injectii în contra *collapsului*.

b) **Tratamentul ocluziei cronice.**

Regim alimentar : cu puține resturi.

Clisme după nevoie.

Medicamente : *Purgative* : oleu de parafină, de ricină.

Calmante : papaverină, atropină.

Intervenție chirurgicală : pallativă sau completă.

1) *G. Wagner*. Berl. Klin. Woch. 1919, p. 1922.

Tratamentul paraliziei intestinale (ileus paralytic).

Agenți fizici. Clisma electrică. Spălături de stomac.
Băi ferbinți.

Medicamente: Injecții de pitruitină, eserină strychnină.

Purgative: oleu de ricină.

Intervenție chirurgicală: anus contra natură.

* * *

Tratamentul în contra paraziților intestinali.

Vermii intestinali, pot da loc la o serie de symptome, printre cari figurează și *diareea* cronică.

Adeseori *taenia saginata* sau *sollum*, provoacă acest inconvenient.

Am văzut multe cazuri asemănătoare, printre cari un domn de 40 ani, care la 5—6 luni, expulza câțiva metri de taenle.

Acest pacient avea de 2 ani, diaree cronică, cu slăbiciune notabilă.

Expulzarea completă a parazitului, a făcut să înceteze imediat diareea.

Examenul coprologic, nu arată o dyspepsie intestinală definită; este mai mult vorba, de o diaree, realizată prin hipersecreție și peristaltism intestinal exagerat, de origină mecanică și poate toxică.

Am văzut asemenea diaree cronice, întreținute în alte cazuri, de *ascarizi*, de *tricocefali* și chiar de *oxyuri*,

Toți paraziții intestinali dau *easinoftie* și unii produc *anemii intense*; batriocefalul este bine cunoscut pentru hemolysinele sale.

Dar și *tricocefalul* produce o anemie notabilă, dupăcum am văzut într'un caz din spitalul Brâncovenesc. Anemia cu eosinofilie, stabilită de către d-l Dr. Băișoiu, era datorită *tricocefalilor*, căci d-sa a găsit și ouăle caracteristice în scaune.

Am vorbit anterior despre rolul important al *tricocefalilor*, al oxyurilor în geneza *apendicitei*.

Ascarizii, mai pot ocaziona accidente de obstrucție, perforații mortale și alte complicațiuni depărtate asupra cărora nu putem înzista.

Paraziții al căror tratament expulziv, îl vom studia în

câteva cuvinte sunt acela cari se întălnesc și în țările noastre : *taenia* (și *botriocefalul*), *ascarizii*, *oxyurii*, *tricocefalii*. La aceștia voi adăoga și *anchylostomum duodenale*, care dă o anemie gravă, observată mai des la *lucrătorii din minele* de cărbuni.

a) *Taenia*.

S'au consiliat destule tratamente (Kusso, coaje de rodie etc.), cari se găsesc în formulare.

Medicamentul cel mai des prescris, este *extractul etherat de filix mas*.

E absolut necesar, ca produsul să fie de bună calitate și proaspăt. Înainte de război, bolnavii cărora le prescriam acest medicament, expulzau întotdeauna *taenia* sau *botriocefalul*, în totalitate. De curând însă, am avut bolnavi purtători siguri de *taenie*, cari luând extract aetherat de *felix mas*, nu au scos nici un fragment.

Doza obicinuită este de 8 gr. pentru bărbatul adult, 6 gr. pentru femei.

Este preferabil din punctul de vedere al expulziunii, ca această doză să fie luată într'odată sau în două ori, ca într'o formulă veche a lui *Hérard*, după care se dă un purgativ.

Extract etherat de filix mas	8 gr.
Gumă arabică pulv.	8 gr.
Sirop de ether	40 gr.
Apă de mentă	100 gr.

Dar acest mod de administrare, de sigur eficace, produce uneori grețuri, lypotimii. Este poate mai bine să recurgem, la prescripția următoare, analogă metodei lui *Trousseau*, care dă rezultate excelente, dacă produsul este de bună calitate.

1) Dimineața, după un ceai, se ia din 5 în 5 minute una din capsulele următoare :

Rp. Extract etherat de filix mas 0 gr. 50.

Pentru o capsulă de gelatină No. 16 asemenea.

2) După ultima capsulă, se ia conținutul flaconului :

Rp. Sirop de ether 40 gr.

3) $\frac{1}{4}$ de oră mai târziu, se ia conținutul flaconului :

Rp. Tinctură de jalap compusă ()
Sirop de mană (aî 20 gr.

b) Tratamentul contra ascarizilor.

Medicamentul de eficacitate sigură, este *santonina*, în doză mijlocie de 0 gr. 20 pentru un adult.

Rp. *Santonina* 0 gr. 05.
Lactoză q. s.

Pentru un buln. No. 12 asemenea.

D. s. 4 bulnuri pe zi (la 3—4 ore interval, după mese) timp de 3 zile.

În ziua patra, prescriem un purgativ salin (30-40 gr. de *sulfat de sodiu*).

c) Oxyuri.

Acești paraziți sunt mult mai greu de expulzat; rămân ouă sau indivizi, cari în urmă reinfectează intestinul gros.

Santonina reușește în general bine; dar trebuie repetată la câteva săptămâni.

Tratamentele succesive sunt indispensabile.

În același timp, consiliem în fiecare seară, o clismă cu 30 picături de *ichtyol*, căci la acea epocă a zilei, paraziții se cobor spre rect.

S'au consiliat nenumărate alte medicamente.

Loeper a observat că tratamentul cu bismuth al ulcerului stomacal face să dispară și oxyurii. Dacă nu reușim cu *santonina*, cu *clisme*, prescriem timp de 10 zile, câte 4 grame de *carbonat* sau *subnitrat de bismuth*, dimineața și seara.

Dăm în plus *magnesie calcinată*, în caz de constipație.

Cura se va repeta la nevoie, cu intervale de 3—4 săptămâni.

d) Tricocefali.

Acești paraziți, pot fi ca și oxyurii, foarte numeroși în intestin (câteva sute); expulzarea lor completă este de asemenea grea și tratamentele succesive sunt indispensabile.

Santonina dă rezultate satisfăcătoare.

Benzina în clisme (1 lingură la 1 litru de apă) este dupe *Mathes* un foarte bun paraziticid.

Thymolul are o acțiune mai radicală, dar trebuie administrat cu precauțiuni, suprimând din alimentație toate dizolvantele sale (*alcool, grăsimi, lapte*).

Altfel putem avea accidente toxice grave.

Prescriem :

Rp. Thymol pulv, 1 gr.

Pentru un bulin No. 9 asemenea.

Bolnavii iau dimineața 3 bulinuri, la $\frac{1}{2}$ —1 oră interval ; se repetă trei dimineți în șir. Ziua a treia, se dau după ultima doză, 40 gr. de *sulfat de sodia*.

În cele trei zile, bolnavii se vor alimenta cu ceal, carne *fără sos*, cartofi *fără unt*, fructe. Fără : *vin, lapte, unt*.

2) Anchylostomum duodenale.

Expulziunea tuturor paraziților este grea, ca și pentru speciile precedente.

Se întrebuițează de obicei *thymolul*, conform prescripției de mai sus, repetată de multe ori.

Oleul de chenopodium este mult mai întrebuițat în America, în *doza* de 10—15 picături, repetată de trei ori, la 2—3 ore interval. Apoi după câteva ore se dă *oleul de ricină*.

Medicamentul în doză mare produce accidente nervoase și în special surditate.

* * *

Terapeutică nevrozelor intestinale.

Intestinul ca și stomacul, poate prezenta turburări funcționale nervoase, adică fără nici o leziune apreciabilă. Aceste turburări (de sensibilitate, de motilitate, de secreție), pot constitui o nevroză intestinală în aparență *autonomă*, sau reprezintă un epifenomen, în decursul unei *nevroze generale* (neurasthenie, pyliatizm).

Alteori, turburările nervoase intestinale, sunt *reflexe*, cu punct de plecare variabil.

La terapia gastro-nevrozelor, am arătat *etiologia* și *patogenia* acestor afecțiuni, care se aplică și enteronevrozelor.

În acel capitol am expus, cum cercetările moderne tind să arate, că determinările nervoase viscerale, au la baza lor un dezechilibru între acțiunea nervului pneumogastric

(mai exact systemul autonom cranian și sacrat) și acela a marelui sympatic.

Am arătat apoi mijloacele principale de a pune în evidență stările de *vagotonie* și de *sympaticotonie*.

Am accentuat apoi, că mergând mai departe, putem găsi la baza turburărilor prezentate de systemul nervos vegetativ, un viciu de funcționare al glandelor cu *secreție internă*.

Toate aceste date, sunt aplicabile și entero-nevrozelor, deci nu le mai repet. Dar după cum spuneam la gastro-nevroze, toate aceste cercetări relative la systemul nervos vegetativ, nu au destul în vedere faptul, că turburărilor periferice, pot fi expresia unei turburări centrale, unei *psycho-nevroze*.

Colita muco-membranoasă, vine de obicei la nevropați evidenți și este puțin probabil ca *vagotonia* constatată uneori să fie cauza depresiei, amestecată cu iritabilitate, a auto-analysei de tot momentul la care se supun acești bolnavi. Cum se poate explica altfel decât admitând o *psycho-nevroză*, cazul bolnavului citat la tratamentul colicel mucoase, care imediat ce a plecat într'o călătorie, s'a vindecat de toate accidentele,

De asemenea atonia intestinală, nu se poate explica numai prin turburări vegetative, căci imediat ce depresivitatea centrală se ameliorează, constipația se modifică la rândul ei.

În privința teraputiciei generale a enteronevrozelor, trimet iarăși la tratamentul turburărilor nervoase gastrice, unde am dat toate lămuririle, privitoare la *psychotherapie*, *agenții fizici*, *dietetică* (cura de îngrășare) *medicamente*.

Toate acele mijloace stimulente sau calmante ale systemului nervos, sunt aplicabile și nevrozelor intestinale. Vom trece acum în revistă, câteva enteronevroze mai frecvente.

Nevroze de motilitate

Unii autori studiază în acest capitol, *atonia* și *spasmul intestinului*.

Dar la teraputica constipației obicnuite, am vorbit pe larg de acești factori, ca să nu mai revin asupra celor spuse.

Agitația peristaltică nervoasă (tormina nervosa).

Această nevroză, care se traduce prin contracții in-

testinale vizibile sub peretele abdominal, poate afecta în același timp și stomacul.

Bolnavii au senzația unei agitațiuni continue în abdomen, cu sau fără dureri și în general cu borborygme sgomotoase. Scaunele pot fi absolut normale. Afecțiunea este destul de frecventă și se observă de obicei la femei cu enteroptoză, deprimare din punct de vedere nervos, slăbite.

La Filantropia am prezentat la curs o bolnavă E. C. de 38 de ani, care avea enteroptoză și agitație peristaltică foarte pronunțată, dar fără dureri.

În spitalul Brâncovenesc, am văzut de curând o bolnavă dela țară, în vârstă de vre-o 50 de ani, cu enteroptoză.

Pacienta a avut 16 copii („un sat întreg” după cum spunea dânsa). Ondulațiile peristaltice, întinse la tot intestinul și stomac, erau vizibile la distanță și foarte dureroase.

Examenul radiologic, examenul coprologic, nu au arătat nici o leziune organică.

Era deci vorba de o agitație peristaltică intestinală dureroasă, pe când bolnava precedentă nu suferia de loc.

Tratament. În asemenea cazuri, trebuie să obținem ridicarea stărei generale, prin cura de *îngrășare*, de *repaos*.

Cearceaful umed calmant, *cearceaful umed tonic*, *jumătățile de băi*, se vor întrebuița succesiv.

Portul unei *centure abdominale* este util.

Ca medicamente tonice, vom întrebuița injecțiunile de *cacodylat de sodiu*, *glycero-fosfați* (fără strychnină). În plus vom recurge la *calmantele* nervoase centrale (bromuri, valeriană).

Flatulența nervoasă.

Bolnavii atinși de flatulență nervoasă, au o senzație nesuferită de balonare abdominală, deși obiectiv nu se vede un meteorism notabil. În același timp au emisiuni abundente de gaze, însoțite adeseori de colici. Acești pacienți sunt nevropați evidenți, aerofagi. Trebuie totuși să eliminăm dyspepsia prin fermentație, care după cum am spus, este însoțită de o mare cantitate de gaze intestinale.

Tratamentul general este acela al tuturor stărilor nervoase, cu un amestec de procedee tonice și calmante, în același timp. În privința flatulenței, vom întrebuița medicamentele arătate la terapia generală a intestinului.

Pseudo-tympanism pithiatic (hysteric).

Există cazuri de abdomen foarte voluminos, simulând o peritonită tuberculoasă cu ascită, o paralyzie intestinală, dar unde totuși examenul amănunțit și evoluția lucrurilor, permit eliminarea unei afecțiuni organice. În asemenea împrejurări trebuie să admitem o turburare funcțională, o nevroză de motilitate, analogă celor descrise de mult de către *Bernhelm* (Nancy), mai de curând de către *Denéchau*¹⁾

Acest din urmă autor a observat în cursul războiului mai multe cazuri de „abdomen mare” fără leziune organică, apărând și dispărând cu înlesnire; coborîrea diafragmei, constatată la ecranul radioscopic, ar explica în parte mărirea de volum a pântecului.

În Moldova, am văzut și eu, în timpul războiului, câteva cazuri de abdomen voluminos. Cum am observat afecția la tineri soldați, prima impresie era în sensul unei peritonite tuberculoase, cu ascită notabilă. Dar examenul ulterior, mi-a arătat că nu exista nici urmă de lichid în peritoneu, că nu putea fi vorba de cât de un pseudo-tympanism hysteric.

Terapeutică acestei stări, va consista în consilierea agenților fizici și medicamentelor, cari ne sunt cunoscuți de la tratamentul gastro-nevrozelor; în plus, vom recurge la suggestia verbală, la faradizarea energetică a peretelui abdominal, practică tot în vederea psycho-terapii.

Nevroze de sensibilitate.

Enteralgia nervoasă.

Înainte de a afirma nevroza intestinală de sensibilitate, trebuie să procedăm la un examen amănunțit al bolnavului

Vom elimina boalele organice centrale (tabes, radiculite specifice) Intoxicațiile (plumb, mercur) boalele organice ale intestinului și viscerelor abdominale; vom elimina *enteronevritele* (*Loeper*²⁾) cari nu sunt de un diagnostic ușor.

Tratamentul general al stărei nervoase, va fi și aci în primul plan.

1) *Denéchau*. Pithialisme abdominal, Journal médical français, Juin, 1919, p. 245.

2) *Loeper*. Journal médical français. Juin, 1919, p. 241.

Iar în momentul accesului, vom recurge la *aplicațiuni calde*, la *clisme calde* cari reușesc uneori, foarte bine.

Vom da *bromuri*, *valeriană*, *belladonă*; ne vom feri însă de opiacee, din cauza obiceiului, posibile.

Nevroze de secreție.

În acest cadru ar intra și *colita muco-membranoasă*, cu hipersecreția de mucus, care îi este specială. Dar pentru că există discuții în privința naturii sale exacte, i-am studiat tratamentul, la boalele funcționale cu leziuni variabile.

Diareea nervoasă.

În privința acestei afecțiuni nu încap discuțiile; originea nervoasă, mai exact psihică, nu face îndoială.

Crizele diareice, ocazionate de frică sunt bine cunoscute și se caracteriză prin repeziciunea și violența lor

Descripția lui Zola din „La Débâcle“, foarte naturală, corespunde realității lucrurilor.

Dar la unii nevropați, nu numai frica, dar orice emoție, contrarletate, simpla așteptare, sunt de ajuns spre a provoca criza diareică.

Tratamentul acestor crize nu este ușor, fiind vorba de un *system nervos impresionabil*, de o stare constituțională, pe fond hereditar.

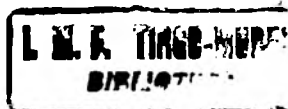
Psychoterapia va juca un rol capital. Suggestia verbală, îmbărbătarea, pot modifica acest fond nevropat, dar numai într'o oarecare măsură.

Vom întrebunța apoi *agenții fizici* calmați și apoi tonici; *medicamentele* calmante.

Ne vom feri de opiu, dacă crizele se repetă des.

De altfel scaunele diareice, nu se repetă imediat; după evacuare, totul intră în ordine, până la o nouă emoție, care deslănțule accidente.

— F I N E —





Prețul **30 lei**