

CV 1244

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN CLUJ

No. 264

8654

SINDROMUL NEURO-REFLEX, NAZO-UTERIN

(Raportul dintre organele genitale femești și nas)



**PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN 10/III..... 1926.**

DE

MENDEL WEISS

1 9 2 6

**SINDROMUL
NEURO-REFLEX,
NAZO-UTERIN**

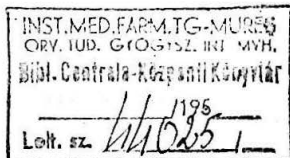
(Raportul dintre organele genitale femeiești și nas)



**PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN 10/XII 1926
DE**

MENDEL WEISS

24 MAY 2005



1926

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN CLUJ

Decan : D-nul Prof. Dr. *Titu Vasiliu*
Prodecan : D-nul Prof. Dr. *I. I. Nițescu*

Profesorii titulari :

Patologia generală și experimentală	D-1	Dr.	<i>Botes M.</i>
Istologie și embriologie umană	"	"	<i>Drăgotu I.</i>
Clinica infantilă	"	"	<i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetrică	"	"	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istoria medicinei	"	"	<i>Gulart I.</i>
Clinica medicală	"	"	<i>Haștegan I.</i>
" chirurgicală }	"	"	<i>Jacobovici I.</i>
Medicină operatoare }	"	"	<i>Jacobovici I.</i>
Farmacologie și farmacognozie	"	"	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	"	"	<i>Michail D.</i>
" neurologică	"	"	<i>Minea I.</i>
Medicină legală	"	"	<i>Mitovici N.</i>
Igienă și igienă socială	"	"	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	"	"	<i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	"	"	<i>Nițescu I. I.</i>
Chimia medicală	"	"	<i>Ostrogovici A.</i>
Farmacăia chimică și galenică	"	"	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	"	"	<i>Papilian D.</i>
Clinica dermato-venerică	"	"	<i>Tataru C.</i>
Chimia biologică	"	"	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	"	"	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	"	"	<i>Vasiliu T.</i>

Profesor agregat :

Clinica oto-rino-laringologică }	D-1	Dr.	<i>Predescu-Rion I.</i>
" stomatologică }	"	"	"

Profesori suplimentari :

Bacteriologie	D-1	Dr.	<i>Baroni V.</i>
Patologie	"	Docent	<i>Dr. Teșosu E.</i>

Conferențarii :

Semiologia medicală	D-1	Conf. def.	<i>Dr. Gota I.</i>
Toxicologie	"	"	<i>" Orient I.</i>
Tehnica infantilă	D-na	prov.	<i>" Negru E.</i>
Fizică	"	supl. Dr.	<i>Dienes-Goetz I.</i>
Chimia analitică	"	"	<i>" Rippan R.</i>

Docenți :

Medicina legală	D-1	Dr.	<i>Kernbach M.</i>
Anatomia descriptivă	"	"	<i>Velluda C.</i>

Juriul de promoșune :

Președinte : D-nul Prof. Dr. *Predescu-Rion I.*

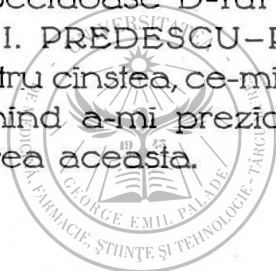
Membrii :	{	D-1	Prof. Dr.	<i>Grigoriu Cr.</i>
	"	"	"	<i>Gane T.</i>
	"	"	"	<i>Minea I.</i>
	"	"	"	<i>Nițescu I. I.</i>

Părinților mei,

închin această lucrare,
în semn de dragoste și
recunoștință.



Aduc mulțumirile mele
respectuoase D-lui Prof.
Dr. I. PREDESCU-RION,
pentru cinstea, ce-mi face,
primind a-mi prezida lu-
crarea aceasta.



Introducere

Prin acesta mică lucrare, pe lângă adunarea materialului diseminat și fără conexiuni din marea literatură a științelor medicale, am ținut, ca țintă, înaintea ochilor mei datoră, de a atrage atenția medicilor noștri, asupra nevrozei reflexe, utero-nazale, care proces morbid este la noi în cele mai multe cazuri neglijat; cred, că aceasta neglijare, ce pretinde mari sacrificii din partea bolnavelor, își are origina sa în necunoașterea acestei nevroze, care astăzi poate, face mai mari ravagii, decât până acum.

Și dacă prin munca mea de un an mi-s'a dat posibilitatea de a aduce câteva observări noi în explicarea și tratarea acestei nevroze, voi fi mulțumit, prin faptul, că și eu, cu puterile mele începătoare am concluzat la mărirea altarului propășirii medicale.



Definiție

Înainte de a da o lămurire scurtă asupra subiectului lucrării acesteia, cred a fi util, dând câteva noțiuni de *historie* în legătură cu problema ce urmează.

Marele *Hippocrates* a cunoscut deja raportul intim dintre organele genitale feminine și nas. Însă nu găsim nici o descriere în ce privește aplicarea practică a acestui fapt, până la mijlocul secolului trecut.

Se știe, că *Chinois* și *Ca* au tratat în mod admirabil unele boli, prin diferitele cauterizațiuni minime a unor puncte determinate ale pielii, doar *Bonnier*, punând bază *centroterapiei* sale, a susținut, că a găsit pe mucoasa pituitară niște puncte bine delimitate, prin intermediul cărora, pe calea nervului trigemen, a acționat asupra diferitelor centre, ce se găsesc în bulb, cari regulează organele viscerale. Intre altele prin cauterizarea lui, a reușit, să vindece *migrenele menstruale*.

Endriss a fost primul autor, care în 1892 a arătat în tratatul său, toate raporturile până atunci cunoscute, dintre nas și organele genitale femești, (*Die bisherigen Beobachtungen von physiologischen und pathologischen Beziehungen der oberen Luftwege zu den Sexualorganen*), pe baza căror cunoștințe a elaborat în anul 1894 *Fliess* cartea sa, în care caracterizează nevroza reflexă, nazală, ce urmează din raportul tulburat al acestor organe. (*Die nazale Reflexneurose.*)

Prima cartea lui *Fliess* a făcut să fie cunoscute aceste raporturi atât, de interesante, de toată lumea medicală, ce a fost și este chemată la interpretarea și întrebuințarea forțelor științifice, moderne, medicale.

Nevroza reflexă nazo-uterină este de la epoca lui *Fliess* chiar și astăzi în plină cercetare, cu cautarea mecanismului și tratamentul rațional se ocupă foarte mulți medici înțelepți; tocmai pornit din cunoașterea faptului acesta, eu nu pretind, ca definițiunea ei dată de mine, este cea mai acceptabilă.

Nevroza reflexă nazo-uterină nu este o unitate patologică, clinică, nici anatomo-patologică, ci este un *sindrom*, în care dominează simptomele dezzechilibrului tonusului vegetativ, cauzat de tulburări ale glandelor cu secreția int. sau în alte cazuri de perversiuni sexuale, manifestându-se în primul rând, prin alterațiuni locale nazale, mai ales ale cornetului inferior și a tuberculului de pe sept, (părțile genitale ale mucoasei nazale) care complex de simptome se pot ridica prin intervențiune făcută asupra părților genitale ale mucoasei pituitare.

Aceasta nevroză este astăzi foarte *frecventă*, nu se poate da o cifră, sau procentul frecvenței, doar ca un exemplu cred util, să menționez că din 600 de paciente, ce s'au prezentat în serviciul lui Schaeffer, 50 sufereau de aceasta nevroză.

Priviri generale anatomice

Considerațiuni asupra constituției anatomice a mucoasei nasului

În părțile genitale ale mucoasei nazale găsim niște aparate speciale, cari se numesc *corpi erectili*. Deși anatomistii nu admit în înțelesul strict al cuvântului corpi erectili, fiind vorbă numai de vase sangvine și glande în abundență, totuși, în mod fiziologic, aceste formațiuni anatomice, împlinesc rolul unor corpi erectili. Acești corpi erectili sunt de aceeași constituție cavernoasă, ca și corpii cavernoși din clitoris. Capilarele nu se continuă imediat cu vene, ci mai înainte formează o ramificație bogată și o anastomoză vastă. (Zuckerhandl.) Dacă venele se strîmtează, atunci capacitatea capilarelor scade, însă volumul corpurilor erectili crește.

Aceste părți genitale ale mucoasei nazale nu sunt altceva, decât cornetul inferior și tuberculul septului. Denumirea aceasta de „părți genitale“ (Genitalstellen) datează dela *Wilhelm Fliess*, autor german, care s'a ocupat foarte mult cu studiarea conexiunelor nazo-genitale la femei, la finea secolului trecut. Cu drept cuvânt se poate întrebuița această nomenclatură, fiind mucoasa cornetului inferior și a tuberculului de pe sept, cum am amintit și vom mai vedea la capitolul al studiului fiziologiei și patologiei — desvoltă o acțiune analogă cu cea a corpurilor cavernoși dela organele genitale.

Ar fi inutil să intru în descrierea anatomiei detaliate a nasului; cea ce ne interesează din punctul de vedere al nostru, este *inervația organo-vegetativă a mucoasei nazale*.

Formațiunile anatomice sus descrise, stau sub influința ganglionului sfeno-palatin.

Simpaticul nu se termină în ganglionul cervical superior. El se prelungește către extremitatea cefalică, pentru a forma un sistem complex. *Cruveilhier* ne spune, că ramura superioară sau carotidiană a simpaticului a devenit una din cele mai complicate puncte a neurologiei.

Simpaticul cefalic își ia origina sa din segmentele medulare cervico-dorsale. Grupurile celulare simpatice, diseminate în coarnele laterale, ale măduvei spinale, emit prelungiri, cari prin intermediarul ramurilor comunicante, merg la voluminosul ganglion cervical sup. Din polul superior a ganglionului pleacă nervul carotidian, care urmărește canalul carotidian și se învârtește împrejurul carotidei interne, pentru a forma *simpaticul periarterial carotidian*.

La nivelul gaurei rupte anterioare se detașează o ramură, ce merge la marele nerv pietros superficial și profund, pentru a constitui nervul vidian și pentru a forma o ramură aferentă a ganglionului sfeno-palatin.

Alte ramuri vasculare scoboară dealungul carotidei interne, după ce s'au anastomozat cu pneumogastricul și glosio-faringianul, pentru a forma *plexul intercarotidian* la nivelul bifurcațiunei carotidei primitive. Din acest plex se mai detașează plexuri secundare, care înconjoară ramurile colaterale a carotidei externe și anume artera sfeno-palatină.

Plecând dela eșire, simpaticul nazal ajunge la mucoasa nazală prin două căi:

1. *Calea vasculară*: prin calea arterei sfeno-palatine, care e ramura terminală a arterei maxilare, ce merge și irigă regiunea respiratoare și dă ramuri secundare în corionul mucoasei.

2. *Calea nervoasă*: prin ganglionul sfeno-palatin, al cărui fibre simpatice vin dela plexul periarterial.

Pentru înțelegerea clară trebuie, să ne ocupăm cu multe puncte în mod particular.

a) Plexul periarterial detașează la nivelul ganglionului Gasser multe ramuri mici, cari formează o mică acumulațiune de țesut nervos; aceasta anastomoză *carotido-gasseriană* joacă un rol mare în ce privește marele centru trofic, care nu e altceva, decât ganglionul lui Gasser.

b) Ganglionul sfeno-palatin ne dă încă ramuri laterale, și anume firele simpatice, cari vin, să se răspândească în mucoasa pituitară, prin calea firisoarelor de distribuție a nervului sfeno-palatin, ramura a nervului maxilar superior.

c) În fine nu trebuie pierdut din vedere, că sistemul, zis autonom, și anume cel bulbar, după *Langley* furnizează fibre la nervul maxilar superior și inferior, precum și la nervul pneumogastric. Unii autori chiar, consideră pe anumiți ganglioni ai sistemului cefalic, mai ales pe ganglionul sfeno-palatin, ca unul dintre elementele acestui sistem autonom.

Precum se prezintă, chestiunea e foarte complexă, firisoarele simpatice ale mucoasei, nazale își iau origina din multe surse. Se concedă, că este indispensabil intervențiunea simpaticului pentru regularea mișcărilor vasculare a corpului erectil, și că simpaticul periarterial e acela, care joacă în primul loc, rol important în funcțiunea părților genitale ale mucoasei nazale. Astfel vom studia simpaticul aparatului erectil nazal, și ganglionul simpatic.

Simpaticul aparatului erectil nazal

Vasele venoase ale mucoasei nazale formează două rețele:

a) O rețeauă profundă, compusă din vase cu calibru mai mare, și care e mai des dezvoltată acolo, unde mucoasa vine în contact cu aerul. Colonetele vasculare, ce formează această rețeauă, au un înveliș simpatic, care provine din prelungirea plexului, ce urmează artera sfeno-palatină. Simpaticul e foarte bine dezvoltat la nivelul aparatului acesta, vascular, atât de important, așa încât fiecare vas, își are simpaticul lui propriu, ce îl însoțește.

Ganglionul sfeno-palatin a fost întâia oară descris de *I. Fr. Meckel*. Macroscopic, el este o mică masă celulară nervoasă, situată în fundul fosei pterigo-maxilare, în vecinătatea gaurei sfeno-palatine, de unde își are numele, înaintea orificiului anterior al canalului, pe unde esă nervul vidian, în jos și în afară de nervul maxilar superior.

Deși ganglionul sfeno-palatin este un punct, în care se unesc afluxuri nervoase, trimise de multe organe importante, atât din vecinătatea aproape, cât și din distanță mare, totuși nu ne vom ocupa cu embriologia lui și din teoriile atât de discutate, vom reține numai, încât originea lui este de trei feluri; și anume este o *fuziune de elemente simpatice și de elemente cerebro-spinale*. (*Terracol*)

Rădăcinile ganglionului sfeno-palatin

În mod clasic se admite, că ganglionul sfeno-palatin posedă trei rădăcini: 1. senzitivă, (nervul maxilar superior), 2. motorică, (nervul facial), 3. simpatică, provenită din plexul carotidian. Trebuie, să amintim, că rădăcina motorică, și cea simpatică sunt reunite și formează laolaltă un singur nerv, cunoscut sub numele, vidian; astfel în aparență ni se prezintă numai două rădăcini, 1. rădăcina sfeno-palatină și 2. rădăcina vidiană.

Nervul vidian, deși spuneam, că e format din unirea rădăcinilor motorice și simpatice, totuși conține și fibre

senzitive în abundență, fiindcă este format de 1. marele pietros superficial, ramură din nerv facial, deci motoric, 2. marele pietros profund, ramură din nervul glosolaringian, ce e un nerv *mixt*, și 3. o ramură simpatică, provenită din plexul pericarotidian.

Anastomozele ganglionului sfeno-palatin

1. *Cu ganglionul oftalmic*, prin intermediarul nervului trigemen, sau prin a 3-a păreche de nerv cervical. Este admis de *Arnold, Valentin* și *Tiedemann*, însă contestat de *Hyrtl*.

2. *Cu ganglionul otic* printr'un fir, ce vine direct de la ganglionul otic la ganglionul sfeno-palatin.

3. *Cu nervul optic.* (*Craveilhier*)

4. *Cu marele simpatic.* Aceste anastomoze sunt de o importanță foarte însemnată. Pentru schematizare trebuie să repet, că ganglionul lui Meckel e în raport cu ganglionul cervical superior și cu trunchiul cervical al simpaticului, fiindcă rădăcina lui simpatică a eșit din ganglionul cervical superior. De altă parte s'a mai constatat, că ganglionul sfeno-palatin are relațiuni și cu artera sfeno-palatină.

Cunoașterea acestor anastomoze multiple ne va permite înțelegerea și interpretarea patogeniei numeroaselor turburări reflectorice.

Inervațiunea mucoasei nazale. Luând în considerare cele scrise, trebuie să știm, că vasele și glandele mucoasei nazale primesc excitațiunile prin calea următorilor nervi: 1. *fibrelor simpatice*, ce însoțesc artera sfeno-palatină, 2. *nervul sfeno-palatin*, ramură eferentă a ganglionului sfeno-palatin, ce dă o ramură internă pentru părțile intern a foselor nazale, și o ramură externă pentru cornetul superior și mijlociu. 3. *nervul palatin*, a cărui ramură,

nervul nazal posterior și inferior merge la cornetul inferior.

Afară de aceste, se mai știe, că excitarea nervului facial, la terminațiune, produce o secreție a glandelor mucoase, ce numai așa se poate explica, dacă presupunem, că în nervul acesta sunt fibre preganglionare, ce vin dela ganglionul sfeno-palatin.

Müller susține, că vazodilatatorii mucoasei nazale stau sub acțiunea bulbului, până când vasoconstrictorii sunt influențați de măduva cervicală.

Aceste diferite păreri numai așa le putem aduce în concordanță, dacă acceptăm existența așa-numitului *sistem parasimpatic*, care probabil nu este altceva, decât sistemul autonom descris de *Langley*, de la care se deosebește numai prin descrierea traectului, fiind acest sistem parasimpatic cefalic legat nu de nervul maxilar superior și inferior, cum este cel autonom, ci de nervul facial.

Nucleul de origină al sistemului parasimpatic al facialului îl găsim în protuberanță, în partea internă a nucleului motor.

În traectul lui deosebim 2 feluri de fibre :

1. *Fibre preganglionare* : ele pleacă dela nucleu, trec în nervul marele pietros superficial, apoi prin nervul vidian la ganglionul sfeno-palatin.

2. *Fibre postganglionare* : ele se răspândesc pe mucoasa nasală, a vălului palatin etc.

Priviri generale asupra inervatiei organelor genitale femeiești

Pentru o ușoară înțelegere a multiplelor conexiuni fizio-patologice ce există între mucoasa nazală și organele genitale la femei trebuie să trec în revistă unele note importante, despre anatomia nervoasă a organelor genitale feminine.

Simpaticul pelvian având și el 2 lanțuri ganglionare, se găsește pe fața anterioară a sacrului și pe lăturile rectului. Dealungul lui se găsesc 4 sau 5 ganglioni sacrați. La nivelul coccigelui cele 2 lanțuri ganglionare se unesc, formând o ansă coccigiană, în vârful căruia uneori putem găsi un ganglion coccigian.

Ramuri comunicante : fiecare ganglion sacrat este unit cu ramura anterioară a unui nerv sacrat, prin 2 ramuri comunicante.

Ramuri eferente : cele mai multe ramuri, ce pleacă din ganglionii sacrați, se unesc între ele pentru a forma *plexul hipogastric inferior*, care este continuarea plexului hipogastric superior.

Acest plex hipogastric inferior se găsește situat pe lăturile rectului și ale vaginului. El primește *nervii erectori*, ce provin din plexul sacrat.

Plexul utero-vaginal (al lui Frankenhauser), formează cea mai mare parte inferioară a plexului hipogastric inferior. El este situat de o parte și alta a cervixului și a vaginului, dând ramuri pentru organele aceste. Pornind de la partea superioară a vaginului, până la începutul corpului uterin, găsim niște mici ganglioni, dintre cari, mai ales dintre cei paracervicali se formează *ganglionul cervical (uterin) lui Frankenhauser*. Cea mai mare parte a nervilor uterini vin de la acest ganglion, ceilalți vin direct de la plexul hipogastric inferior.

La fundul uterului se anastomozează fibrele plexului uterin cu fibrele *plexului ovarian*, ce vine din nervul spermatic.

Tot din plexul hipogastric inferior provine și *plexul cavernos al clitorisului*.

Parasimpaticul sacrat. *Fibrele preganglionare* provin din măduva sacrată, dintr'o regiune a substanței cenușii,

ce corespunde cornului lateral al măduvei. Aceste fibre trec prin cornul posterior, rădăcinile posterioare sacrate și pătrund în nervii erectori (pelvici), cari îi-am amintit deja mai sus.

Fibrele postganglionare se termină la organele genitale.

O mică incursiune în fiziologie

Rolul fiziologic al sistemului simpatic și parasimpatic

Acest capitol atât de important, — ca fiind nucleul tuturor interpretărilor noastre din cadrul patologiei vaste, — se bazează până în prezent numai pe unele dovezi clinice foarte slabe, pe de altă parte pe scheletul debil al experiențelor fiziologice, despre cari deși suntem datorii de a susține, că impun o imensă ambițiozitate științifică, totuși privind, cu obiectivitate riguroasă, contrastul evident al acestor argumentări; nu ne putem abate de la idea, că toate eforturile energetice ce s'au depus până acum în privința deslușirii rolului fiziologic al acestor două sisteme nervoase, nu lasă după sine, decât un bun studiu premergător și de folos, și o *problemă larg deschisă*, ce își-așteaptă geniul său explicator.

Despre *sistemul simpatic*, încât ne privește pe noi se susține că este:

1. Vazoconstrictor,
2. Accelerant al bătăilor inimii.
3. Inhibant al mișcărilor stomacale și intestinale.
4. Contractă uterul.
5. Regulează funcțiunea glandelor sudoripare.
6. Ia parte în secrețiunea glandelor (cu secrețiune internă).
7. După *Danielopolu* participă la inervația mușchilor striati.

Dacă secționăm simpaticul la nivelul gâtului la om, se prezintă două fenomene principale:

- a) vazodilatațiunea vaselor pituitare,
- b) ridicarea temperaturii.

Însă, dacă excităm simpaticul cu adrenalina, atunci vom obține:

- a) vasoconstricțiune,
- b) scăderea temperaturii.

Astfel trebuie, să acceptăm, că simpaticul are acțiune și în;

8. Regularea temperaturii (*J. Terracol*).

La nivelul mucoasei pituitare distingem și un sistem parasimpatic, despre, care între altele se susține că;

1. Inhibează inima.
2. Regulează motricitatea mușchilor bronhici.
3. Produce motilitatea stomacului și al intestinului.
4. Produce erecțiunea penisului, clitorisului, este sistemul vazodilatator (*Müller-Danielopolu*).
5. Supraveghează secreția glandelor mucoase.

Acțiunea antagonistă

S'a căutat de a stabili un antagonism, între sistemul simpatic și parasimpatic, bazat pe modul de acțiune al anumitor substanțe așazise, farmacodinamice. *Hess* și *Eppinger* au presupus că simpaticul este vasoconstrictor, iar parasimpaticul vazodilatator. Aceasta concepție a fost adoptată de foarte mulți autori de mare valoare, doar trebuie primită cu foarte mare rezervă, fiindcă are multe puncte, unde vine în contradicție cu sine. De exemplu adrenalina în caz normal produce vasoconstricțiune, doar — după cum afirmă și *Terracol*, — s'a observat, că acest fenomen se reproduce într'un mod foarte bine apreciabil și după o simpatectomie periarterială.

Cu toate acestea este incontestabil, că în afecțiunile utero-nazale, reflexe, joacă cel mai mare rol, sistemul simpatic.

Centrul contracțiilor uterine. Am amintit, că sistemul simpatic între multe produce și contracțiunea uterului. Aici nu trebuie să pierdem din vedere, că *M. Bechterew* a reușit să excite, sau să inhibeze mișcările, adecă contracțiunile uterului prin excitarea părții anterioare a talamusului. Mai putem nota și experiența lui *Aschner*, care a produs contracțiuni uterine și ale intestinului gros, în urma excitării planșeului din ventricolul al 3-lea.

Tonusul vegetativ

În fiecare alterațiune neuro-reflexă nazo-uterină joacă un rol, de multeori preponderent, modificarea tonusului vegetativ. Va fi foarte necesar pentru noi cunoașterea acestui tonus, aproape în fiecare caz, de aceea nu ne putem mărgini simplaminte numai la descrierea scurtă acestor stări normale sau morbide, ci suntem siliți de a ne ocupa și de studiul probelor funcționale ale tonusului vegetativ.

În general se vorbește numai de vagotonie și de simpaticotonie, dar după cum vom vedea, actualmente se cunosc mai multe variațiuni ale tonusului vegetativ.

Simpaticotonia (Hipersimpaticotonie) este suma reacțiilor sistemului simpatic. Consistă într'o mărire a tonusului și excitabilitatea excesivă a acestui sistem. Ne arată o sensibilitate anormală mai ales față de adrenalina.

Vagotonia (sinonim cu hipervagotonia lui *Lian*, parasimpaticotonia lui *Guilleaume*) cuprinde toate acele stări constituționale, în cari între manifestățiunile regulate coexistă o exagerare a tonusului nervului pneumogastric,

adecă al sistemului parasimpatic, ajutat de o iritabilitate mărită. Afară de aceste ne mai prezintă o senzibilitate crescută față de pilocarpină (*Eppinger și Hess*).

Tonus relativ. (*Danielopolu.*) Astăzi se susține, că sistemul simpatic și parasimpatic posedă un *tonus absolut*, iar din acțiunea lor antagonistă rezultă pentru fiecare organ aparte, un tonus relativ.

Ca urmare înțelegem, sub *tonus vegetativ*, acea stare de echilibru funcțional al organismului nostru, în care se găsește în urma acțiunii duble și antagoniste a sistemului simpatic și parasimpatic.

Metode întrebuintate pentru cercetarea tonusului vegetativ

Aceste sunt de 2 feluri; fiziologice și farmacologice.

Metode fiziologice: reflexul oculo-cardiac, compresiunea vagusului la nivelul gâtului, reflexul oculo-vascular, oculo-esofagian, oculo-gastric, oculo-colic, oculo-vezical, compresiunea testiculară. Nu vom intra în descrierea lor, fiindcă astăzi nu mai posedă valoare practică, din cauza variabilității și instabilității lor.

Metode farmacologice: cu adrenalină, eserină, calciu, nitrit de amil, și cu atropină.

Substanțele aceste trebuiesc injectate pe cale intravenoasă, astfel substanța introdusă poate fi bine dozată, aproape exact, efectul se prezintă mai rapid și se obține relativ, cu o doză mai mică.

Proba intravenoasă a adrenalinei. (*Eppinger și Hess*, modificată de *Parissot și Richard.*) Adrenalina este și ea o substanță amfotropă, doar în doze mai mari, cu predominanța asupra sistemului simpatic. După injecțiunea de doze mijlocii și mari, se produc următoarele fenomene: accelerarea ritmului cardiac, (după *Müller* încetinirea

bătăilor cardiace), vasoconstricție periferică, hipertensiune, vazodilatațiune profundă, diureză abondentă, piloerecțiune, încetinirea respirațiunii, dilatarea bronhiilor, mărirea tonusului mușchilor netezi și striati, inhibițiunea musculaturei stomacale și intestinale, glicozuria alimentară adrenalinică și dilatarea pupilelor.

Proba intravenoasă de eserină, a calciului și proba nitritului de amil nu se practică, pentru că nu ne dau rezultate concludente.

Proba intravenoasă de atropină. După ce s'au studiat toate metodele de examinare a tonusului vegetativ, *Danielopolu* și *Carniol* au propus proba atropinei, combinată cu ortostatizm, pe care o considerăm astăzi, ca cea mai exactă. Și atropina este una dintre substanțele, ce prezintă un amfotropizm, însă acțiunea ei predomină asupra nervului pneumogastric, adică asupra sistemului parasimpatic, în așa mod, încât acțiunea sa asupra sistemului simpatic poate fi în mod practic neglijat. Prin doze succesive, administrat pe cale intravenoasă, se poate ajunge la paralizia completă a vagusului, adică la accelerarea maximă a ritmului cardiac, fiind astfel cordul numai sub acțiunea simpaticului. Momentul paraliziei complete a parasimpaticului se poate recunoaște prin metoda numită; tachicardia ortostatică.

Să fie, de exemplu, ritmul cardiac normal al unui individ, în decubit dorsal, 70 pe minut. Același individ prezintă în debut, o accelerare de 78 pe minut. Reculcat, însă revine ritmul la 70.

Dacă injectăm acestui individ o doză insuficientă de atropină, atunci se produce tachicardia ortostatică, doar dacă se pune în poziția culcată, atunci pulsul se încetinește, căzând pentru câteva momente dedesubtul cifrei inițiale. De exemplu, un individ primește 1 mgr.

de atropină, prin cale intravenoasă, o doză, care nu paralizază parasimpaticul; dacă îi examinăm pulsul, atunci vom constata, că culcat e 80 pe minut, în debut e 120, și reculcat revine la 70. Dacă parasimpaticul ar fi fost complet paralizat, atunci nu s'ar fi produs aceasta încetinire de ritm, în momentul de reculcare.

Prin urmare vom injecta doze mici de atropină sulfurică, câte 0.0025 gr., până ce fenomenul de încetinire clinostatică nu se mai produce, în care caz parasimpaticul va fi total paralizat.

Procedând astfel, este ușor de a stabili tonusul absolut al acestor două sisteme. Aceasta metodă a permis după numeroase cercetări (Danielopolu) de a prezenta o clasificare rațională a stărei vegetative:

Stare vegetativă normală: tonusul simpaticului e 116—128, tonusul parasimpaticului 48—58.

Simpaticotonie: tonusul simpatic ridicat la 136—156, tonusul vagusului normal; 48—58.

Vagotonie: tonusul simpaticului e normal; 116—128, vagusul hipertonic; 70—80.

Amfotonie: ambii sistemi în hipertonie, simpaticul la 140—150, vagusul la 72—90.

Hipovagotonie: tonusul simpaticului e normal; 116—128, al vagusului e scăzut; 30—33.

Hiposimpaticotonie: tonusul simpatic e scăzut; 100—108, tonusul parasimpatic normal; 48—58.

Hipoamfotonie: o hipotonie a ambelor sisteme. Simpaticul; 98—104, vagusul; 30—36.

Trebuie să afirmăm, că în aceste cifre date, pot fi până la oarecare măsură, variațiuni.

Tonusul vegetativ la femei sănătoase

Luând în considerare femei, la cari nu se poate

pune în evidență nici o tulburare patologică, se poate afirma, că tonusul vegetativ este acel, sau aproape același, care a fost stabilit de Danielopolu, ca normal; adică pentru tonusul simpaticului 116—128, iar cifra tonusului parasimpatic 48—58.

Aceste cifre am găsit și eu, făcând proba cu atropina, asupra femeilor, la cari afară, că lipseau alterări patologice, nici nu prezintau oarecare stare fiziologică însemnată, care ar fi putut aduce cu sine transformarea tabloului tonusului simpatic și parasimpatic.

(Cercetările mele în acest sens se referă la opt cazuri. Dintre aceste una era o virgină de 19 ani, una era femeie căsătorită, încă nesarcinată, nulipară, celelalte șase erau multipare.)

Tonusul normal prezintă oscilațiuni evidente în raport cu diferitele stări și cauze fiziologice, cum este de exemplu aparițiunea menstruației, sarcina, menopauza, digestiunea etc.

Tonusul vegetativ la femeii gravide

Stabilirea tonusului vegetativ este atât de importantă la femeii, cari menstrueză, sau cari trec în climacteriu, cât și la acele, cari sunt însărcinate; însă pentru studiul acestui subiect nu va fi necesar descrierea detaliată a tonusului, decât numai aceluia, care îl prezintă femeile gravide. Aceasta argumentare ușor se va putea înțelege, dacă vom ținea cont de evidențierea legăturilor existente dintre organele genitale femeiești și nas.

Încât privește tonusul vegetativ la femeii, în timpul menstruației și menopauzei, vom mai reveni la capitolele respective, doar despre acel al femeilor gravide trebuie, să vorbim aici, ocupându-ne cu faimoasele experiențe, ce sunt în curent.

Proba cu adrenalina și sondaj

Muck (Essen) a reușit să găsească o metodă foarte simplă, însă grandioasă în valoarea sa, prin care se poate pune în evidență existența tonusului simpatic crescut al vaselor, din extremitatea cefalică.

Cunoaștem deja, de la descrierea anatomică, constituția corpiilor erectili, din mucoasa nazală, pe cari Muck îi numește „Schaltstücke“, cari fac, că mucoasa de pe capul cornetului inferior să reacționeze în mod reflex vazomotoric, la 2 excitațiuni urmate, una de alta, într'o stare anumită al sistemului vegetativ.

Tratăm mucoasa nazală într'un mod ușor cu o soluție 1:1000 de Adrenalină sau Suprarenină. Nu e permis, să excităm cornetul; atingerea se face numai superficial, plimbând sonda de 5—6 ori pe porțiunea palidă. Manopera aceasta, în caz, dacă avem de a face cu un individ sănătos, are ca consecință o hiperemie în formă de bandă, roșeață, ca o pată. Aceasta hiperemie durează 1—15 minute și apoi dispăre. Fenomenul acesta e un reflex vazodilatator.

În anumite stări patologice, bine stabilite, ca în epilepsia, hemicranie, sifilis cerebral, apoi la *femei gravide*, din punct de vedere farmacologic și mecanic, nu reacționează mucoasa nazală în modul deja descris. În aceste cazuri observăm pe locul adrenalizat, după ce am plimbat sonda, o pată într'adevăr albă, care e mai mult sau mai puțin chiar bine delimitată. Pata aceasta albă este vizibilă chiar și la 10 minute.

Fenomenul acesta inversat ne dovedește, că în corpiii erectili adrenalizați în urma sondajului apare, după prima vasoconstricția, cauzată de influința adrenalinei, o nouă vasoconstricție, ce numai așa se poate explica, dacă

admitem, că sistemul simpatic este într'o stare de iritabilitate, considerabil crescută.

Ceace ne interesează pe noi mai mult, e că *acest fenomen reflectoric*, vazo-motor nu se poate pune în evidență și nu se poate imita pe nici una din mucoasele ale extremității cefalice, cum este conjunctiva ochiului, mucoasa bucală, laringeală; *este evidențiabil numai pe mucoasa nazală*. Este ușor de înțeles, pentruce se produce acest fenomen în graviditate, adecă pentru care cauză se prezintă o hipertonie simpatică, al extremității cefalice, dacă luăm în considerare, că graviditatea aduce cu sine o stare fiziologică, ce se exprimă printr'o constituție alterată, unde glandele edocrine, și în special ovarul, suferă oarecare schimbări, schimbând humorii echilibrului funcțional al organismului. Doar nu e cunoscută încă explicația acceptabilă al chestiei; ce este pusă; pentru ce se produce acest fenomen numai la nivelul mucoasei nazale? Prin cunoașterea faptului nu putem face altceva, decât constatăm existența *legăturii* dintre nas și graviditate, ce se poate exprima mai bine așa; *dintre nas și organele genitale*, fiind graviditatea în mare parte mărginită la teritoriul organelor reproductoare.

Fiece manifestare al organismului nostru, își are menirea sa. Deci, care este rolul acestui fenomen nazal, reflectoric și care este rolul diferențierii mucoasei nazale, de celelalte mucoase? O simplă deosebire nu poate fi, pentrucă natura n-a creat funcțiuni fără rost.

Rămâne, ca problema aceasta, importantă, să fie studiată și rezolvită de către rinologiști împreună cu ginecologi, găsiind o explicație mulțumitoare.

Concluzia este formulată din patru puncte:

1. Cu ajutorul probei cu adrenalina și sondaj, se poate pune în evidență tonusul simpatic al vaselor cerebrale.

2. În gravida se prezintă la multe femei o hiperexcitabilitate a simpaticului vascular, din extremitatea cefalică.

3. Hipertonia simpaticului vascular survine mai des în luna a doua a sarcinii, 72%. Curba hipertoniiei scade în luna a treia, la 28%, în luna patra, la 22%, în luna cincina, crește, și în luna șasea, ajunge la 48%. În ultimele luni ale sarcinii curba revine la cifra din luna patra.

(Nu putem accepta exactitatea absolută acestei statistici, întocmită de *Muck*, deși se referă la 5000 de cazuri, fiind acest număr încă prea mic pentru generalizare. Dealtfel proba făcută de mine pe 9 gravide a eșit pozitivă în 7 cazuri. 2 gravide în luna a 2-a, 3 gravide în luna a 5-a și 2 gravide în luna a 6-a, au prezentat o hipertonie evidentă, într'un caz la o gravidă în luna 7-a, era pata albă, puțin diferentiabilă, într'un caz la o gravidă din luna 7-a, era proba negativă.)

4. Fenomenul acesta, probabil e în raport cu procesele humorale și tonusul simpaticului cranian, cauzate de toxicozele de sarcină.

Inconveniente. În executarea acestei probe pot surveni și greutăți, cari în tot cazul trebuie, să le evităm, dacă așteptăm un bun rezultat.

Acțiunea vasoconstrictoare a adrenalinei poate fi influențată de mucus concretizat, — ce poate să acopere mucoasa, — de atrofia sau de congestia mucoasei. Uneori să întâmplă, că mucoasa nazală, e renitentă, fără să putem pune în evidență vre'o cauză eficientă, atunci plimbăm sonda cu adrenalina de mai multe ori pe mucoasă.

O stază de sânge, senilitatea, la fel pot influența mersul acestei probe. Natural, că toate aceste inconveniente trebuiesc eliminate.

Nu numai tonusul simpatic al vaselor cerebrale sau cefalice este crescut la gravide, doar este confirmat, că tonusul simpatic în general, e mărit, la femeile însărcinate.

Proba cu atropina, în toate cazurile de graviditate, prezintă o creștere al tonusului simpatic, care este variabil, de la o gravidă la alta.

Din cele puține cazuri de experiență, ale mele, (făcând proba cu atropina pe șapte gravide) nu pot trage concluziuni exacte, doar m'am convins, că tonusul simpatic este în mod variabil, la toate gravide sporit.

În ce privește valoarea comparativă, dintre aceste două metode, adică dintre metoda lui *Muck* (adrenalina-sondaj) și metoda lui *Danielopolu* (atropina), este incontestabil de admis, că aceasta ultimă, ne dă indicii mai precise, bine definite, exprimate în numerii, prin calcul absolut; pânăcând cea cu adrenalină-sondaj ar putea avea indicațiuni mai mult, în ajutarea punerii diagnosticului precoce în sarcină.

Noțiuni de patologie generală

Tonusul sistemului vegetativ la femei, cari suferă de insuficiență ovariană

După cum vom vedea, la capitolul respectiv, aproape toți autori sunt de o părere, că fenomenele neuro-reflectorice, nazo-uterine sunt cauzate, de dezechilibrul endocrino-vegetativ, care nu constituie altceva, decât consecința supresiunii secreției ovariene, adică e datorit tulburărilor în secreția ovariană.

Foarte mulți autori au făcut studii asupra tonusului vegetativ, mai ales în ultimul timp, fiind aceasta problemă așa zis „la modă“, doar rezultatele obținute sunt în plină contradicere. *Adler*, *Christofoletti*, *Schickelé*,

Halban și *Lévy* bazați pe diferitele probe vegetative utilizate, susțin că la femei ce suferă de insuficiență ovariană se găsește o *simpaticotonie*. *Eppinger* și *Hess* deja sunt de altă opinie, ei spun că ar fi o *vagotonie*. *Decio Cezare* a conchis, că în timpul menopauzei e o *vagotonie*. *Jagig* și *Spengler* susțin, că hipofuncția ovarului este o tulburare pluriglandulară, și că în 80% a cazurilor există o *hipertonie vegetativă*, care se manifestă prin tremurături, palpitațiuni, constipație și tulburare vazomotorică.

Astfel rezultatele obținute, de acești autori, sunt în contradicere și nu ne putem baza pe valoarea lor științifică.

Danielopolu, *Crainiceanu* au observat, că afară de unele excepțiuni foarte rare, femeile, cari suferă de insuficiență ovariană, prezintă *hipoamfotonie* (proba cu atropină). Afirmațiunea acestor autori nu se potrivește cu nici una din rezultatele obținute de alți autori, și ne duce cu totul pe o cale nouă.

Studiile mele făcute pe femei, cari au prezentat tulburări nazale în legătură cu alterațiuni ale organelor genitale, adică în legătura cu insuficiență ovariană, arată, că aceste femei prezintă în majoritatea cazurilor *hipoamfotonie*; deci concluziile mele sunt aproximativ în concordanță cu rezultatele obținute de *Danielopolu* și *Crainiceanu*.

Din aceste din urmă rezultă, că diferitele forme de insuficiență ovariană sunt legate de *hipoamfotonia* sistemului vegetativ.

Simpaticotonia și vagatonia

Un simpaticotonic, sau un vagatonic este un individ, la care excitabilitatea — cum am amintit deja la

capitolul referitor, — se traduce printr'o exagerare permanentă a tonusului simpatic, sau parasimpatic; sau la care o cauză ocazională, excitantă, produce o exagerațiune reacțiunei, nervului respectiv.

Aceste două stări nu se pot separa una de alta, ele sunt foarte strâns legate, cum am arătat de exemplu și la insuficiența ovariană, deacea noi vorbim aproape totdeauna de *amfotonie*.

Criza simpatică

Ca să se producă o criză simpatică este nevoie, ca reflexele să fie destul de intense, pentru a provoca o stare generală perturbată, ca toate fibrele nervoase periferice, motorice, secretoare și sensitive să fie excitate. Adecă *echilibrul* general, ce se numește în general *neurovegetativ*, să fie compromis, manifestațiunile obișnuite ale perturbațiunei simpaticului și a parasimpaticului să fie remarcate.

Starea simpatică prezintă următoarele semne generale: hipochondrie, histerie, stare nervoasă, neurastenie, psichoastenie, anxietate, constituție emotivă.

Vagotonia se manifestă la nivelul nasului prin catar nazal, obturațiunea nasului, prin mucoasa congestionată. Aceste semne ne traduc o neurotonie tulburată, ce ne atrage atențiunea asupra tulburărilor ovariene, ce de cele mai de multeori, este asociat de tulburarea și a celorlalte glande endocrine. Astfel de tulburare endocrină, pluriglandulară se observă foarte frumos, în *sindromul hiposfixic*, ce constituie un grup din sindromul vagotonic.

Semnele, cari traduc tulburările nervoase organovegetative:

La nivelul nasului; hipersecreție nazală, criză vasomotorică, *congeștiă corneților*, jenă în respirație.

La nivelul aparatului genital femeesc; leucoreă, modificarea menstruației în ce privește timpul, cantitatea și durata, dureri abdominale și lombare în timpul menstruației, prurit vulvar.

Sîndromul sfeno-palatin

Ganglionul sfeno-palatin este acel ganglion nervos, care reacționează la orice excitație venită din sfera sexuală. Intenzitatea fenomenelor, prin care se manifestă această reacțiune al ganglionului sfeno-palatin sunt în funcție de manifestățiunile produse, de organele genitale. Tulburările de iritație a ganglionului sfeno-palatin și a ramurilor sale nervoase, — ce se numește în general după *Sluder*, sindromul ganglionului sfeno-palatin, sau după *Ramadier*, sindrom sfeno-palatin, — sunt de obicei combinate între ele, și nu se pot eticheta, ca niște manifestățiuni aparte, de sine stătătoare.

Tulburări congestive și trofice. Simpaticul joacă desigur un mare rol în tulburările congestive ale mucoasei pituitare.

Cele mai multe bolnave atinse de cefaleă, de origine simpatică se plâng, că li se obstruază nasul în mod brusc, ce dispare tot așa de repede, cum s'a instalat. Femeile gravide acuză rinită hipertrofică, ce dispare după naștere.

S-a observat, că unele bolnave atinse de cefaleă nazală și tratate prin cauterizarea regiunii sfeno-palatine prezintă o atrofie consecutivă a cornetului inferior. De facto, hipertrofia cornetului inferior trebuie să fie cauzată, de iritația sistemului simpatic, până când atrofia e datorită paraliziei fibrelor, acestui sistem.

Autorii *Reverschon* și *Worms* citează un bolnav, la care s'a incrustat un proiectil în regiunea ganglionului.

sfeno-palatin. La început bolnavul se plângea de congestie nazală și de coriză spazmodică. Peste un timp a devenit malodorant, și ozenatos tipic, unilateral, ca consecința rănirii ganglionului simpatic. Într' adevăr toate bolnavele atinse de ozenă prezintă la început o secreție muco-purulentă, cu o hipertrofie a mucoasei, mai ales acelei de pe cornetul inferior, după ce urmează atrofia, ca a doua fază, acestei boli.

Studiul general al neuro-reflexului nazo-uterin

Neuro-reflexul nazo-uterin

Sub acest capitol voiu tinde a explica în linii mari, unele generalități importante despre noțiunea tulburărilor nevrotice, cari se ivesc pe cale reflexă, între nas și organele genitale, la femei.

Hiperestezia mucoasei nazale

Fosele nazale joacă un rol, în ce privește sensibilitatea, extraordinar de viu, în raport cu rolul lor fiziologic. Aceasta sensibilitate nu este întinsă pe toată suprafața endonazală, ci e limitată numai pe așa numitele „părțile genitale“, adică pe mucoasa cornetului inferior, septului, până la nivelul tuberculului olfactiv.

Sunt unele persoane, de constituție nevropatică, sau simplu nervoase, sau cari stau sub influența dispoziției hereditare, cari suferă de o hiperestezie, la nivelul mucoasei nazale.

În unele cazuri, aceasta hiperestezia nazală, dă naștere unor tulburări reflectorice, la distanță, fără ca să aibă un raport oarecare aparent, cu fiziologia normală a mucoasei nazale.

Acestor reflexe li s'a atribuit la finea secolului trecut, o mare importanță. S'a crezut, că joacă un rol enorm în patologie, doar atunci nu era găsită explicația rațională. S'a gândit, că au ca origină o mică leziune a foselor nazale, cari sub influența unor iritațiuni inexplicabile provoacă tulburări la distanță. La începutul acestui secol, adecă în primele două decenii secolului XX-lea, majoritatea autorilor erau de părere, că rolul acestor reflexe a fost cu totul exagerat descris, și contestau importanța imputată, neavând explicație acceptabilă, asupra multor fenomene, cari astăzi sunt în foarte mare parte elucidate. Descoperirile făcute din ultimii ani, din domeniul patologiei endocrino-vegetative, au adus după sine progrese gigante în explicarea și înțelegerea acestor reflexe nevrotice, mai ales celor nazo-uterine, cari constituiesc cea mai interesantă categorie din marea domeniul reflexelor nazale.

Reflex olfacto-uterin

În urma recepțiunilor organului mirositor se produc niște viziuni imaginate, cari prin calea asociațiunilor cu sistemul nervos vișceral, duc la transmutări de sânge, către corpii cavernoși, având ca rezultat, erecțiune și secrețiunea organelor genitale. (*Menge-Opitz, Ferenczy*)

Reflex nazo-uterin

Acesta, prin deosebire de reflexul olfacto-uterin, (ambii sunt nevrotici) nu se produce pe cale olfactivă, ci numai prin simpla excitațiunea tactilă sau dureroasă a mucoasei nazale. Însă iritarea nasului, la o stare mijlocie de excitabilitate nazală, nu are ca efect influențarea genitalelor. Acest raport, dintre nas și organe genitale, survine numai la un grad mărit al excitabilității nervoase.

Contractiuni uterine

Dacă, de exemplu, o femeă gravidă primește tratament nazal, poate să facă un avort în urma stărei nervoase sale hiperexcitabile. Am amintit deja, că femeile gravide au un tonus mărit al simpaticului arterelor cefalice. Dealtfel e evident, că în experiențele fiziologice, cu ajutorul unor excitante slabe, acționând asupra cornetului inferior și pe tuberculul septului, adecă pe „părțile genitale“ ale mucoasei nazale, se pot produce contractiuni uterine.

Congestia nasului

E foarte important cunoașterea raportului dintre nas și organele genitale. Relațiunile aceste au rol mai important la femei. Nu sunt rare femeile, cari se plâng de o jenă nazală și că li se umple cornetul inferior de sânge. (Vagotonie)

Dacă examinăm, în timpul menstruației, nasul unei femei, atunci ne atrage atențiunea faptul, că la cele mai marea parte a femeilor, unul, sau ambii corneții inferiori, sunt mai mult congestionați, decât în interval. Dacă ne permite gradul congestiei și configurația nasului, ca să examinăm chiar și părțile mai sus situate, atunci putem constata același fapt pe unul, sau pe ambii tuberculi ai septului nazal. *Fliess* a observat, că aceasta congestie survine mai des pe jumătatea dreapta a nasului, care fapt nici nu-l putem contesta.

Femeile, cari au o congestie pe părțile genitale ale nasului, prezintă la nivelul acesta o sensibilitate crescută, față de atingere cu sonda, chiar și acele femei, cari în timpul intervalului intermenstrual nu reacționează cu dureri la sondaj.

Aceasta congestiune poate determina *cefaleă*. Este

foarte probabil, că cefalea, migrena menstruală, ori este intensă, ori dureroasă, are ca substrat principal, anatomic, hiperemia mucoasei pituitare.

Congestia părților genitale ale nasului se află uneori și în timpul gravidității. Mucoasa nazală, congestionată prezintă tendință la hemoragie, ce se numește *epistaxis*.

De altfel, funcția genitală, mai ales în excitabilitatea nervoasă crescută, are acțiune, afară de congestia activă a mucoasei nazale, încă destul de mare, asupra nasului. Așa se explică *strănutul* foarte des observat în timpul contactului genital, apoi *coriza*, *hiperosmia*, *perversiunea simțului mirositor*, *anosmie*, *hidrorea* și *eczema* în menstruație, în graviditate și în climacteriu.

Gravitatea și intenzitatea acestor tulburări, va depinde de puterea de rezistență a bolnavei, și de evoluția alterațiilor nazale. Acuzările bolnavei vor fi mari, mai ales atunci, când congestia de o parte și de alta, se vor atinge, reciproc, sau ele vor concrește, formând sinechie.

În legătură cu congestia nazală nu trebuie, să pierdem din vedere, că la unele femei, în timpul menstruației, pe lângă tulburările nazale, apar alterațiuni și în *urechia internă*, prin intermediul trompei lui Eustache (*Dalchè*, *Labernadie*). În momentul pubertății, gravidității și la menopauză poate să apare o *surditate permanentă*, producându-se *oto-spongioază*, ce poate avea, după afirmațiunile lui *Lubet-Barbon* repercutări, între altele și asupra mucoasei nazale, care devine *palidă*. (Simpaticotonie).

Raporturile mucoasei nazale

Mucoasa nazală stă cu multe organe în relațiune strânsă, clinică. Dacă vom accepta sistemul simpatic sau parasimpatic, ca transmitător, atunci vom găsi explicația fenomenelor, ce ne interesează.

Știm, că există reflexe nazale de origină pulmonară, bronchială, și laringeală; aceste le vom lăsa la o parte, pentru că nu posedă nici un interes pentru problema acestei lucrări. Punctul de plecare al reflexelor nazale, e totdeauna într'un organ depărtat, care prezintă repercutări asupra nasului. Se prezintă sub formă de congestiuni, de diferită origină. În cele mai multe cazuri găsim, că anumite regiuni ale mucoasei nazale stau în legătură cu anumite organe.

Cornetul inferior și tuberculul septului are raport cu organele genitale, cornetul mijlociu cu tubul digestiv, cu stomac și (mai ales) cu intestinele, iar porțiunea cea a septului nazal, ce e vis-a-vis cu extremitatea posterioară a cornetului mijlociu, are legătură cu inima (*Koblanck*). Cornetul mijlociu mai are raport și cu organele genitale, doar aceasta conexiune este „nazopetală“ adică de la organele genitale la nas și nu invers, cum e la părțile genitale nazale (*Fliess*). Congestia regulată numai la nivelul părților genitale nazale se prezintă, pânăcând cornetul mijlociu, poate, că ia parte la creșterea senzibilității și la tendința la sângerare. Regiunile aceste ale nasului nu se pot separa între ele în mod strict, ci chiar din contra, au o influență remarcabilă, reciprocă: dacă se distruge una dintre ele, poate fi înlocuită de cealaltă.

Dovadă experimentală.

Raportul intim clinic al mucoasei nazale, cu organele genitale se poate pune în evidență chiar și în mod experimental.

Dacă se extirpă, la animale tinere, cornetul inferior atunci vom observa, că organele genitale ale acestor animale, vor persista în viața lor înaintată, din punct de

de vedere anatomic, în aceeași fază de dezvoltare, care au prezintat-o în etatea lor fetală. În mod corespunzător și funcțiunea acestor organe este diminuată. Aceste animale operate vor fi foarte mult timp indifferente, din punct de vedere sexual, de exemplu femea de cobai refuză încercările sexuale ale masculului sănătos. (*Koblanck, H. Roeder.*)

Efectele datorite excitațiunii nazale, prin cauterizarea mucoasei nazale

De altfel la animale raportul acesta, e cu mult mai complicat, ca la om, fiindcă se știe, un țesut glandular în mucoasa nazală al animalelor, ce e în funcție de glandele lor genitale.

Fliess a demonstrat, într'un mod eclatant, influența admirabilă și binefăcătoare a cocainăzării și a cauterizării, făcute asupra părților genitale ale mucoasei nazale.

În urma aplicării acestei metode se observă, că la multe femei, dispar durerile sacrale și hipogastrice, de natură dismenoreică, precum și cefalea datorită de aceste tulburări.

Koblanck a arătat, că prin cauterizarea părților genitale-nazale se poate extirpa impulsul patologic și decadent al masturbației.

Sunt bine cunoscute cazurile, — astăzi — de amenoreă și alte tulburări ale regulei, care se vindecă, ca vrăjuite, după cauterizarea sau extirparea cornetului inferior.

La fel se știe, că în unele cazuri, excitarea părților genitale ale mucoasei nazale, de altfel sănătoase, produce senzațiuni dezagreabile în regiunea bazinului.

În urma acestor numeroase și multiple constatări, trebuie să acceptăm, că alterațiunile acumulate în mod

exagerat, la nivelul mucoasei nazale, din anumite locuri bine stabilite, se repercută în mod „nazo-fugal“ pe sfera genitală ale femeilor, producând acolo simptome și senzațiuni desplăcute, cari dau aspectul unei stări patologice.

Am vorbit deja despre faptul, că prin excitare endonazală, se pot provoca contracțiuni uterine, chiar și avort, însă ce e, poate și mai interesant, prin cocainizare nazală, de exemplu, cu o soluție 10—20% de cocaină, se pot sista chiar și pentru permanentă, durerile de facere, din perioada de dilatațiune. E de remarcă, că durerile de facere, din perioada de expulsațiune, ce sunt produse de presa mușchilor abdominali, nu sunt influențabile, prin cocainizare. (*E. Meyer.*)

Nu închepe nici o îndoială, că neuro-reflexul nazo-uterin într'adevăr există, și nu se poate presupune, că aceasta nevroză atât de bine studiată și stabilită în cele mai mici particularitățile sale și supusă la atâtea probe analizatoare, să fie numai o creațiune a fanteziei galopante a unor medici. Nu numai atât, doar astăzi suntem deja în stare, să-i dăm o explicație patogenetică, care deși nu poate emite ultimul cuvânt, punând punct la capăt, doar este un paș considerabil al progresului.

Calea anatomică a neuro-reflexului nazo-uterin.

Calea anatomică, precisă a relațiunei dintre nas și organele genitale descrisă de paș în paș, este aproximativ cunoscută. Anumite simptome observate în experiențele, făcute pe animale, ne indică, ca excitațiunile ar fi transmise prin sistemul vegetativ simpatic.

Bănuiala acesta se pune pe baza experienței următoare. Dacă se excită locurile cardiace de pe septul nazal, — ce sunt față în față cu extremitatea posterioară a cornetului mijlociu și inferior, — cu o sondă simplă, atunci inima va prezenta o serie de tulburări, ca aritmii,

bradicardie, extrasistole. Dacă secționăm ambii pneumogastricii, atunci nu se mai repetă aceste simptome cardiace, deși excităm. Astfel, s'ar crede, că nervul pneumogastric transmite excitația. Însă cercetările continuă în acest sens, mai departe, au arătat, că dacă așteptăm, să decurgă șocul, cauzat de secțiunea nervilor pneumogastrici și peste 15 minute din nou producem excitarea punctului sus amintit de pe septul nazal, atunci simptomele cardiace, observate mai înainte, iarăși se vor prezenta. Astfel nu putem conțeda, după părerea lui *Koblanck* altceva, decât, că transmitătorul reflexului, este *sistemul simpatic*.

Müller susține, că reflexul nazo-genital parcurge următoarea cale: excitația de la nas merge prin măduva spinării până la regiunea lombară, de unde prin ramurile comunicante trece la plexul hipogastric și de aici la plexul uterin. Aceasta explicație însă este prea puțin explicatoare și nu ne dă indicii de loc, despre felul fibrelor nervoase, cari sunt interesate în legătură cu diferitele fenomene, ce compun complexul neuro-reflexului nazo-uterin, la fel părerea lui *Koblanck*, are și ea defecte, fiind mărginită la o unilateralitate, lipsită de putere îmbrățișătoare.

Este evident, că trebuie să intervină elemente anatomice în transmiterea acestor excitațiuni. Aceasta convingere este sprijinită de frumoasa și valoroasa observație făcută de *Fliess*. Intervențiunea pe tuberculul septului din partea dreaptă, face să dispară durerile, mai cu seamă din regiunea sacrată stângă, și așa se întâmplă și invers. Analog este procesul și la cornetul inferior. Probabil, căile de transmitere sau de asociație se încrucișează într'o mare parte, cum e la schema nervului optic, doar incontestabil, că există și cazuri rare, când nu se observă de loc, aceasta încrucișare.

Cunoscând, — cum vom vedea la capitolul respectiv, — rolul bine stabilit atât în mod experimental, cât și fiziologic al glandelor endocrine, în producerea neuro-reflexului nazo-uterin, ce este acceptat de majoritatea autorilor de specialitate, eu admit în transmiterea excitațiunii și reflexului nazo-uterin, pe lângă *elemente anatomice*, ca nervii senzitivi, motorici, simpatici și parasimpatici, — participarea anumitor *elemente humorale*, secretate de diferitele glande endocrine, ce intră în joc, ca hipofiza, ovar, tiroida etc.

Diagnoza neuro-reflexului nazo-uterin

În stabilirea diagnozei acestui reflex ne vom conduce după regulile definite de Koblanck.

1. În primul rând ne vom servi de anamneza bolnavei, cari le vom putea interpreta cu atât mai bine, cu cât ne vom ocupa mai mult cu studiarea acestor tulburări reflexe. Înțelegerea lor necesită o cunoștință largă, medicală, care e în curent nu numai cu descoperirile noi, din cadrul specialităților ginecologice, obstetricale și rinologice, doar e înpregnată și de văditele obscurități, deja dezvăluite din domeniul neuro-psichiatriei.

Acuzările bolnavelor se referă; la tulburări generale, *insomnie, debilitate, stare anxioasă* (într'un caz observat de mine; *sifilofobie*) *iritabilitate*, — și la anumite regiuni, organe ale corpului, ca *bazin, cord, stomac, intestin* etc. Cele mai multe acușări, sunt acelea, ce ne interesează pe noi, ca *dureri în sacru, în hipogastru, presiune pe vezică, retenție urinară, dureri menstruale, cefaleă în cască și hipocondrie*. (Aceste două din urmă se observă mai ales în faza de trecere de la masturbația la neuras-tenia; caz observat de mine.) Felul dismenoreei la fetițe

tânăre, ne indică adeseori, că este oare o durere organică, ca stenoza orificiului sau canalului cervical uterin, inflamație etc., ori e vorbă de ceva alterațiune, pe fond nervos? Le putem foarte ușor diferenția una de alta, dacă ținem cont, că durerile cauzate de stenoza orificiului intern al uterului, din timpul menstruației, sunt foarte intense, și cedează imediat, cum esă sângele. La inflamație găsim totdeauna o scurgere purulentă, eventual de miros neplăcut, și senzație de arsură la micțiune, pânacând durerile nervoase, fără substrat anatomic evident, sunt niște *colice foarte intense, ce au loc după începerea scurgerii, durata lor e variabilă, sunt însoțite și de alte simptome, ca cefaleă, migrenă, amețală, grețuri, vărsături, și ce e mai important, de diferitele semne endonazale, ca congestiuni, hiperestezie, tendință la sângerare etc.*

2. De sine se înțelege, că eliminarea boalelor genitale de altă natură, este impusă, ce nu se poate face altfel, decât prin examenul local. Chiar atunci, când ar fi vorbă despre o bolnavă, care este nervoasă, într'un grad mai însemnat, poate exista la ea, o durere organică. Numai în cazul, când se va prezînta o tânără fată cu dismenoreă, ce are congestiuni nazale, va fi consult de a institui un tratament endonazal, (despre aceasta metoda de tratament vezi la capitolul; Tratament), procedând astfel, eventual vom avea posibilitatea de a înlătura *examenul ginecologic*, la care și astăzi se supun, numai în cazuri rare, fetele virgine.

3. Ne întărește în punerea diagnosticului, dacă găsim ca *simptoame obiective*, — semne ai unei nervozități generale, — cari sunt; locuri foarte senzibile, unice ai pielei, o creștere însemnată a reflexelor palpebrale, tremurătura extremităților, slăbiciunea mușchilor, dila-

tarea pupilelor, puls frecvent, aritmii, alternanță în culoarea feței, extremități reci.

4. Când examinăm nasul căutând congestiuni nervoase, ne atrage atențiunea, că bolnavii nervoși au o displăcere față de examinarea endonazală. Până când tolerează, cu cea mai mare paciență examenul ginecologic, până atunci protestează vehement, contra introducerii unui speculum nazal, sau unei sonde.

Se introduce speculul nazal, se examinează bine părțile anterioare ale nasului, în special se dă atenție cornetului inferior și a părții posterioare septului nazal.

Dacă există într'adevăr o așa fel de congestie, se va dovedi prin atingerea ei cu o sondă, ce se exprimă printr'o durere vie. Ori, că este vorbă de un țesut erectil, ușor influențabil, se poate observa prin acea, că congestiunile și tumefierea se retrag în decursul examinării. Despre existența îngroșărilor mai exprimate ne putem da seama, dacă inbibăm, foarte ușor, mucoasa nazală, cu o soluție de adrenalină 1:1000, ce producând o vasoconstricție, ne dă posibilitatea pentru a privi părțile mai posterior situate, ale mucoasei nazale.

Un mijloc bun est, pentru asigurarea diagnozei neuro-reflexului nazo-uterin, *cocainizarea*, făcută în cursul unui acces de durere. Congestiunile se tamponează cu o soluție de 20% de cocaină, cari în urma acestei tratări devin insensibile, nedureroase. Dacă în urma acestei cocainizări, peste 8—10 minute, dispar durerile, atunci desigur, că avem de a face cu o nevroză nazală reflectorică. Dureri organice și acuzări histerice nu se pot astfel influența. Uneori se găsesc chiar bolnavi histerici, cari sub acțiunea autosugestiunii se cred vindecați, însă acțiunea imposibilă dispare într'un timp foarte scurt.

Un defect al cocainizării e, că nu dă aspect clar, despre existența sinechiilor, cari agravează prognosticul.

5. Afară de cele patru puncte importante, cred, că este, fără îndoială, necesar instituirea unui al cincilea punct, în căutarea diagnozei neuro-reflexului nazo-uterin. Trebuie să stabilim, atât din anamneză, cât și prin examen clinic, subiectiv și obiectiv, servindu-ne, — dacă e posibil, — de probele de laborator, de metode biologice, dacă nu cumva bolnava suferă de o *intoxicație tuberculoasă*, care într'o mare parte a cazurilor, este primul movens în producerea semnelor, ce compun nevroza. Dacă într'adevăr aceasta *nevroză* este cauzată de tuberculoza, deci va fi, — folosindu-ne de aceasta expresie rea — numai *simptomatică*, în comparație cu cealaltă, unde până în prezent n'am putut pune în evidență în toate cazurile cauzatorul primordial, și pe care am putea-o numi *primitivă*, atunci vor fi eforturile noastre lipsite de succes, aplicând tratamentul obișnuit al nevrozelor reflexe, nazo-uterine, ci va trebui să punem indicația unui tratament antituberculos specific; noi nu ne putem mulțumi cu un rezultat efemer, ci ne așteptăm la vindecare definitivă.

Studiul special al neuro-reflexului nazo-uterin

Pubertatea

Aceasta perioadă a vieții, constituie o frontieră remarcabilă în dezvoltarea femeii. Din ființa aproape indiferentă, neutră, în decursul unui scurt timp, ce se numește perioada pubertății, în care o mână cu atribute miraculoase, își împlinește rolul, un mecanism prea puțin explicabil, ne transformă o făptură nouă, ce își are deja

bine exprimate caracterele sale, sexuale. Transformarea, dezvoltarea aceasta fiziologică, nu decurge totdeauna așa normal, cum prescriu regulele organismului omenesc, ci în foarte multe cazuri este perturbată de diferite cauze, stări patologice. Din punctul de vedere al nostru, constituie faptul cel mai important desigur, acele perturbațiuni patologice, cari natural, fiind în funcție de organele genitale, — ce în aceasta perioadă își iau o dezvoltare bine stabilită și rapidă — dau semnele unei stări neurotice nazale.

În pubertate, foarte adeseori, vom vedea *tuberculoza*, ca factor, care stă pe primul plan în producerea perturbațiunilor. Tuberculoza în acestea perioadă e larvată, se prezintă sub masca anemiei, clorozei sau amenoreei. (*Hațiegan, Poncet, Leriche, Hollós*). În astfel de cazuri pubertatea întârzie în aparițiune, menstruația nu se prezintă, numai la etate de 17 ani, sau se prezintă numai odată pe un jumătate an, însoțită de multe ori de *cefaleă, epistaxis, rinită acută*, apoi iarăși se sistează pe un an sau doi ani. (Cazuri proprii observate.)

Rareori se observă tocmai cazul contrar; fetița de 10—11 ani, e deja bine dezvoltată, din punct de vedere caracterelor sexuale secundare, e menstruată, adeseori acuză dureri dismenoreice.

În astfel de cazuri joacă un rol mare *toxinele tuberculotice, ce excită ovarul, sau din contra îl inhibează*. Aici incontestabil genitalele sunt influențabile prin tratament endonazal, doar atât cauterizarea nazală, cât și opoterapia vor da numai efecte tranzitorii; se cere un tratament specific.

În legătură cu pubertate, cum am amintit deja, se observă rareori și otospongioză, surditate, ce se însoțește de *paliditatea mucoasei nazale*. (*Lubet-Barbon*).

Menstruația

În studiul special al neuro-reflexului nazo-uterin, de sine se înțelege, ocupă un loc preponderent capitolul acesta, care este chemat de a aduce lumină, în marea problema noastră actuală, în explicarea nevrozelor, ce le analizăm, din cauza, că alterațiile din domeniul sale aduc o mare parte de aport, pentru ivirea și favorizarea tulburărilor nevrotice.

Menstruația normală trebuie să fie sub oarecare dependență al organelor genitale, în primul rând sub influența ovarului, doar existența sa este probabil ascunsă așa fel, în alte organe femești, încât poate fi și este chiar, în funcțiune și după pierderea organelor genitale.

Fliess descrie 5 cazuri, când după o intervenție nazală, menstruația normală s'a prezentat înaintea termenului, cu câteva zile; trebuie să notăm, că era însoțită de un ușor epistaxis. El a făcut în legătură cu aceste cazuri o observație foarte frumoasă și instructivă. La a doua intervenție, unei femei, menstruația normală s'a prezentat cu 11 zile înaintea termenului, doar e de remarcat, că fără hemoragie nazală, însă bolnava acuza dureri dismenoreice tipice, foarte violente, de cari n'a suferit niciodată în viața ei. Aceste fenomene le a putut observa în mai multe rânduri, la alte femei.

Autorul susnumit a tras concluzia, că prin intervenția nazală se poate prescurta, sau modifica intervalul menstrual.

Bonché și *Hustin* au provocat în mod artificial, prin injectarea unui ser de cal, o sângerare, ce se aseamănă cu caracterul menstruației, creând la nivelul mucoasei uterine o reacție serică, locală. Acești 2 autori, pe baza experiențelor făcute de ei, au presupus, că menstruația normală se bazează pe fenomene anafilactice. Însă ei nu

definesc substanța sau organul, care ia parte în acest mecanism.

Carlini e de părere, dacă un animal se poate sensibiliza prin albuminele sale proprii, pentru ce să nu se poate sensibiliza o femeie, prin ovarul său propriu? (*Teorie autoanafilactică*)

Noi trebuie, să ne comportăm rezervați față de aceste ipoteze, insuficient dovedite, doar *M. Dalché* consideră acest sistem de ipoteză, ca foarte acceptabilă, pentru explicarea mecanismului normal al menstruației. El merge chiar și mai departe, a presupus o teorie foarte sugestivă a dismenoreei, bazată tot pe anafilaxie, despre care vom scrie la capitolul de dismenoreă.

Perioda menstruală nu este reprezentată pur și simplu, numai prin hemoragia locală, uterină, ci prin o serie de manifestări nervoase, în special al sistemului nervos vegetativ.

Intervale neregulate ale menstruației

În ce privește prezentarea calendară a menstruației *Fliess, Ismer, Sigrist, Determann*, precum și alți autori susțin, pe baza observațiilor lor numeroase, că sunt mai multe unde menstruale; una, care prezintă un tip de interval de 28 zile, alta ce prezintă tip de interval de 23 zile. (Astfel de serii cu tip de interval de 23 zile am observat și eu, mai ales în legătură cu tulburări endonazale.)

Aceste unde, sau serii menstruale de diferite tipuri, se pot complica între ele, așa că după menstruația, ce s'a prezentat la un interval de 23 zile, la 5 zile se observă o ușoară sângerare uterină, cu congestie nazală, însoțită de migrenă, presiune pe ochi etc. Aceasta menstruație suplimentară se numește pe nemțește „Nebenmenstruation“.

Hollós a observat, că *bolnavele tuberculoase* au o predispoziție față de răcire, ele suferă aproape întotdeauna de *rinită*, faringită, sau bronchită. Mai ales se poate vedea prezintându-se, sau agravându-se aceste rinite înaintea menstruației, cu 2 săptămâni.

Menstruația vicariantă (Epistaxis)

În capitolul acesta ne vom ocupa, afară de sângerea nazală, ce e suplimentară a menstruației, și cu epistaxisul în general, care constituie unul dintre cele mai importante componente, dintre simptomele sindromului nazo-uterin.

Menstruația vicariantă este o hemoragie activă, survine spontan în timpul regulei atât ca *suplimentară*, cât și *complimentară* hemoragiei fiziologice uterine. Ea este de mult cunoscută, ea constituie în caz, dacă se produce la nivelul mucoasei nazale, prototipul hemoragiei menstruale substituitoare. Față de cei mai mulți autori, *Puech* are opinia, că nasul e numai în cazuri foarte rare, sediul hemoragiei vicariante. După el epistaxisul vicariant e mai mult o producție histerică, însă părerea lui de loc nu e acceptabilă, fiindcă e lipsită de orice seriozitate științifică.

Intr'adevăr găsim, ca cauză un element nervos, care contribuie la adjuvarea epistaxisului vicariant, și care este de origine genitală. Mucoasa pituitară cu vasele ei e un „*locus minoris resistentiae*“, ce reacționează la hipertensiunea arterială, ce e comandată de glandele, adică organele genitale, prin calea unui reflex nervos.

Afară de epistaxisul vicariant, ce se prezintă în timpul menstruației, trebuie să notăm și *menstruația vicariantă prepuberă*. Dacă dăm atenție picăturilor de pe batistă, atunci avem posibilitatea de a recunoaște faptul, că la unele fetițe în periodă prepuberă, înaintea apari-

țiunei menstruației, se observă, nu arareori repetându-se chiar la 4 săptămâni, hemoragii minime ale mucoasei nazale, cari după pubertate vor fi înlocuite de menstruația normală.

Fenomenul analog se poate observa în timpul *menopauzei*. Se găsesc urme de sângerări regulate, cu intervale de mai multe săptămâni, acompaniate concomitent și de alte fenomene, cari toate laolalta s'au numit *mollimina menstrualia*.

Astfel de hemoragii arteriale, active, spontane se pot vedea și în timpul *gravidației*, precum și în decursul perioadei de *lactație*, ca niște semne, ai unei *menstruației ascunse*.

Epistaxis se mai poate observa după *coit*, sau după *masturbație*, sau la bolnave, cari suferă de *tulburări în secreția internă al ovarului*. (F. Hildanus, Joal, Endriss, Mackenzie, Bezançon-Jong, Fliess etc.)

E de remarcant, că menstruația normală încă se poate reflecta pe mucoasa nazală, producând la unele bolnave predispuse, cu iritabilitate vegetativă crescută, o *congestie nazală, o senzibilitate crescută față de atingere, și tendință la sângerare*.

Trebue să notăm, ca o curiozitate importantă, că după *Damour* în *menopauză artificială* pot surveni *sângerări nazale periodice*. Asemenea cazuri au fost observate chiar și de *Fehling*. *John Clay* notează o fată de 21 ani, la care s'a constatat lipsa totală a organelor și caracterelor secundare, genitale. N'a avut nici uter, nici vagin, menstruație la nici un caz n'a putut avea, totuși de la etatea de 17 ani a prezintat, la fiecare patra săptămână, cefaleă intensă și epistaxis. Asemenea cazuri sunt amintite și de *Quain*.

Aceste fapte ne întăresc în susținerea hipotezei, care

am semnalat-o deja, la inceputul capitolului prezent, că procesul menstruației nu este în mod obligator legat de ovar și de uter.

S'ar putea gândi, că epistaxisul vicariant ar fi cauzat prin fermentii acei (enzime), cari după C. Grigoriu și W. Denk iau parte la producerea menstruației normale, prin erodarea vaselor arteriale, capilarelor din mucoasa uterului. Însă aici se pune întrebarea; pentru ce nu se varsă acești fermenți în circulația generală întotdeauna? Dacă acești fermenți se produc numai la nivelul uterului, și nu să pot vărsa în circulația generală, atunci ni se răstoarnă toate teoriile despre menstruația vicariantă. În fine, suntem convinși despre existența epistaxisului sau altor hemoragii vicariante, în care credință ne întărește și faptul, că în timpul epistaxisului suplimentar bolnavele acuză dureri hipogastrice și sacrate, ce sunt analoge, cu durerile menstruale.

Simptomele clinice ale hemoragiei nazale

Epistaxisul are loc la nivelul regiunii, ce e foarte abundentă în rețele capilare superficiale. (Părțile genitale ale nasului). Sângerarea apare insidios. Bolnava își suflă nasul și observă sângele pe batistă. Ea se face picătură cu picătură, în general printr'o singură narină. Durează 10—20—30 minute. Se oprește spontan. Pierderea nu trece, după Loeper și Patsseau, cantitatea de 50—100 grame. (De notat, că după Hoppe-Seiler cantitatea totală de sânge, eliminat printr'o menstruație normală la fel nu trece peste 50 grame). Uneori hemoragia se poate prelungi, bolnava stă emoționată, acuză vâjâituri în urechi, are o senzațiune rea de vertij, extremitățile sunt reci, poate să se prezinte o lipotimie, care ne arată finea hemoragiei.

Diagnosticul diferențial al epistaxisului

Hemoragia nazală nu este simptomul sau urmarea numai alterațiilor organelor genitale. Ea se poate observa într'o mulțime de boli sau stări patologice, de la care trebuie bine diferențiată cea de origine reflexă, uterină. De fapt, în majoritatea cazurilor nici nu e greu de a trage limite, între hemoragia nazală de natură reflexă, uterină și între cea de altă natură, dacă ținem cont de simptomele diferitelor boli. În scurt, voiu reda tabloul de rezumat al bolilor, cari pot să prezinte epistaxis, afară de acele, cari le am descris în studiul nostru. (Tabloul e întocmit de *Collet*, însă modificat de mine.)

Epistaxisul spontan poate fi datorit de 1. *cauze locale nazale*, și de 2. *cauze generale*.

1. *Cauze locale*: a) corpi străini; rinoliți etc., b) ulceratii, ulcere perforante, tumori vasculare, c) cancer.

2. Epistaxisul datorit *cauzelor generale* îl împărțim în:

a) *epistaxis suplimentar*; supresiunea hemoroizilor, unei eczeme,

b) *epistaxis cauzat de boale infecțioase*; febră tifoidă, tuberculoză, febre eruptive hemoragice (rujeolă, variolă etc.), purpura infețioasă,

c) *epistaxis în intoxicații*; saturnism etc.,

d) *epistaxis în discrazii, maladiile sângelui și ale arterelor*; boala lui Bright, arterioscleroza, hipertensiune, ciroze, leucocitemii, anemii grave,

e) *epistaxis în tulburări circulatorii 1. pasive și 2. active*.

ad 1. insuficiență mitrală și tricuspidală, compresia venei cave superioare, boale congenitale cardiace,

ad 2. hipertrofia cordului, insuficiență aortică, insolatie,

f) *epistaxis idiopatic*; hemofilie, epistaxis juvenil.

Dismenoreea

Fliess a observat, că prin cocainizarea sau cauterizarea mucoasei nazale se pot uneori înceta durerile dismenoreice, fapt ce a fost confirmat și controlat de *Koblanck*, *Schiff* etc. Dacă în urma intervenției nazale, durerile dismenoreice se ameliorează, sau dispar, atunci intervenția o numim după *Fliess* pozitivă. În caz de dismenoreă, în care cocainizarea esă pozitivă, este vorbă de *forma nazală a dismenoreei*. Aceasta dismenoreă nazală se judecă de a fi, un neuro-reflex, de origină viscerală-genitală, localizată pe mucoasa nazală.

Pertru existența durerilor menstruale, dismenoreice, după *Fliess*, este necesar de o anumită stare abnormă a nasului, ce se numește; alterațiune neuralgică.

Coexistența altor anormalități, anatomice ale organelor genitale, sexuale, nu alterează rezultatul intervenției endonazale, ce e evident, fiindcă prin ea se pot ameliora durerile menstruale, pentru o lungă durată, chiar și atunci, când boalele însoțitoare, ale organelor genitale, persistă în mod nealterat.

Diagnostic diferențial. În multe cazuri dismenoreea e susținută de alterațiuni în poziția uterului, sau de stenozarea orificiului intern, uterin etc., în care caz vorbim de *dismenoreea mecanică*. Aici durerile sunt foarte intense, și ele imediat cedează, cum esă sângele.

În *dismenoreea inflamatorie* găsim totdeauna o scurgere purulentă, mirositoare și o senzație de arsură la urinare.

Deosebim încă o formă de *dismenoreea histerică, sau neurastenică*, care poate să aibă atât o etiologie nazală, cât și mecanică, doar nici într'un caz, nu se poate influența aceasta grupă prin tratament endonazal.

Simptomele dismenoreei nazale. După cum am descris deja și la capitolul neuro-reflexului nazo-uterin, această formă de dismenoreă e caracterizată în primul rând prin faptul, că fără să se poate afla vre'un substrat anatomic evident, se prezintă niște colice foarte intense și dureroase, ce au loc după începerea scurgerii sangvine. Durata acestor colice e variabilă. Ele sunt însoțite și de alte simptome caracteristice, ca cefaleă, amețeală, grețuri, vărsături, apoi congestiuni nazale, — cari de la un timp incolo rămân chiar foarte renitente, — hiperestezia mucoasei nazale, tendință la sângerea corpilor erectili, nazali. Afară de durerile tipice dismenoreice din regiunea sacrului și hipogastrică se plâng bolnavele de multe ori, de inapetență, sau chiar de poftă exagerată însoțită de dureri stomacale. Bolnavele sunt supuse la o iritabilitate vegetativă crescută, mai ales la o vagotonie.

Patogenia dismenoreei

Dismenoreea menstruală sau intermenstruală coincide adeseori cu migrena, *urticaria*, *astma*; deaceia *M. Dalché* e de părerea, că ar fi posibil, ca tulburările genitale să aibă și ele origină comună cu aceste fenomene coincidente. Astfel ar fi vorba de același proces *anafilactic*.

Nu ne putem încă astăzi pronunța în favorul acestei teorii, tocmai din cauza, că noi prin studierea patogeniei căutăm o explicație admisibilă a dismenoreei nazale, deși multe semne căută să dovedească faptul, că chiar însuși fenomenele endonazale în legătură cu organele genitate, sunt pornite dintr'un proces anafilactic.

După teoria nervoasă-reflectorică, susținută de *Theilhaber*, *Menge*, *Krönig*, dismenoreea e cauzată de o stare funcțională. Aceasta stare survine la indivizii acei, cari posedă un sistem nervos slab dezvoltat, și la cari ex-

citațiunile locale ajung la conștient într'o proecțiune mărită. Aceasta părere ar fi sprijinită de observațiunile făcute de *Fliess*, cine a reușit, cum am menționat deja, să vindece cazuri de dismenoreă, prin ajutorul cocainizării terminațiunilor nervoase endonazale.

Trebue să notez, cercetările mele — făcute asupra bolnave, ce au prezintat insuficiență ovariană, manifestându-se prin dismenoreea nazală, cu ajutorul metodei lui *Danielopolu*, — arată, că sistemul vegetativ e în majoritatea cazurilor în *hipoamfotonie*, deci slab dezvoltat. Doar aceasta stare încă nu ne poate explica mecanismul teoriei neuro-reflectorice.

În cadrul acestui capitol voiu remarca faptul, că *cantitățile abnorme de sânge uterin, menstrual* sunt și ele eliminate de multeori sub dependența nazală.

Amenoreea

Am scris deja despre întârzierea menstruației la fetițele, ce suferă de intoxicație tuberculoasă al ovarului, la capitolul Pubertate. Aici ne mai rămâne, să amintim amenoreea nazală, ce din nenorocirea pacientelor se găsește destul de des.

Amenoreea poate fi și ea, ca și dismenoreea, de natură *mecanică, histerică, nazală* și afară de aceste chiar și *constituțională*. Nu este necesar, să explic formele mecanice, histerice și cele constituționale, cred, că va fi mai consult, să trec în revistă forma nazală a amenoreei.

De altfel, e de remarcat, că în amenoreea, poate juca nasul rolul lui participant, prin două mecanisme mari.

Amenoreea nazală, să'o numim așa, *idiopatică*, are același tablou de simptomatologie, ca și dismenoreea nazală, ba poate fi chiar caracterizată și de durerile dismenoreice uneori, cari se prezintă tipic la regiunea sac-

rată și hipogastrică. Caracteristic este încă faptul că aici alternațiunile nazale sunt mai înaintate, de cele mai mulțori, se găsesc chiar sinechii.

Un alt fapt eclatant este, că după cauterizarea suficientă, sau după extirparea totală a cornetului inferior congestionat, dacă amenorea a fost nazală, apare menstruația deja la scurt timp.

(Nu am avut ocazia, să caut tonusul vegetativ al femeilor, ce suferă de amenoreă.)

A doua formă de amenorea nazală e în funcție de țesutul adenoid nazal. Fetitele, cari suferă de vegetațiuni adenoidice pe lângă celelalte semne de oprire în dezvoltare, fizică, sexuală și intelectuală, vor prezenta și amenoreă în majoritatea cazurilor, doar nu este exclusă nici dismenorea.

Dacă se extirpă vegetațiunile adenoidice prin operație, debarasând organismul de acțiunea imperioasă, inhibantă a dezvoltării, va fi posibil de a vedea menstruată fetița, ce suferea de amenoreă.

Graviditatea

La unele femei se poate vedea o hiperemie a mucoasei nazale, mai ales la începutul gravidității. Cu evoluția sarcinei, hiperemia se reduce în mod treptat, doar partea anterioară a cornetului inferior se congestionează. În timpul facerii cornetul acesta crește în mod continuu, la urmă obturează toată fosa nazală inferioară. Adeseori se observă și o secreție sero-mucoasă. Hiperemia se reduce total în puerperiu, congestiunea dispăre. (*E. Meyer.*)

Fliess crede, că anumitele dureri, ce se manifestă numai în decursul sarcinei ar fi în legătură strictă, cu alterațiunile endonazale.

Procesul menstrual sistează în graviditate?

Se crede, că procesul menstrual nu se continuă în timpul sarcinei. După observațiunile făcute asupra manifestațiunilor nazale, reflectorice nu se poate admite aceasta teorie, în toată întinderea ei. În graviditate nici ovulația nu se întrerupe. Se întrerupe numai sângerarea uterină, nici aceasta în fiecare caz; chiar s'a văzut de multeori prezentându-se, în primele săptămâni ale sarcinei, menstruația. Am menționat deja în capitolul precedent, că adeseori în timpul gravidității se prezintă sângerare nazală. Acest *epistaxis* e totdeauna *periodic* și corespunde timpului sângerării uterine. (*Simon, Sommer, Schmidt, Fliess.*) Aceste sângeri ne fac să credem, că procesul menstrual în timpul gravidității, deși în aparență cedează, nu se întrerupe.

Femeile atente amintesc, că în timpul sarcinei li se astupă nasul în mod periodic. Congestia aceasta periodică în lunile mai înaintate suferă oarecare amânare; doar nu dispare. (*Fliess.*)

Procesul menstrual în timpul gravidității decurge pe cale anormală.

Însă, ca să putem accepta aceasta hipoteză, trebuie să combatem două greutăți. Întâiu, aparența se opune credinței noastre; a douaoră, valul menstrual în graviditate nu totdeauna prezintă același interval individual și obișnuit.

Argumentul întâiu îl combatem, prin faptul, că femeile gravide, cari suferă de neuro-reflex nazal, prezintă la timpul calendar al regulei, o astupare nazală, ba chiar uneori însoțită de adevărată dismenoreă, fără sângerare uterină, ce se poate momentan ridica, prin intervenție endonazală.

Al doilea argument cade prin următoarele: sunt serii de menștruații, cari prezintă un interval de 28 zile, alte serii, cari prezintă un interval numai de 23 zile. Acest fapt ne explică neregularitatea intervalului menstrual din graviditate, care de altfel l'am explicat și întâmpinat, chiar și la femei, fără să fie în sarcină (Nebenmenstruation).

În zilele precise a datelor menstruale din serii, se prezintă congestiile, sângerările nazale. În general se știe, — cum am descris la începutul acestei lucrări, la capitolul tonusului vegetativ, — că femeile gravide prezintă o simpaticotonie al arterelor cefalice. Probabil în timpul aparițiunii valului menstrual sistemul parasimpatic va fi acela, care învinge echilibrul vegetativ, care fapt este însă lipsit până în prezent de explicație precisă, fiind aceasta ascunsă în obscuritatea mecanismului miraculos al funcțiunii menstruale.

Tot în zilele aceste apar, sau se întăresc mișcările fetale, se prezintă secreția colostrului și a laptelui. De multeori în zilele aceste are femeia gravidă accese de *astm*. Lochia în ziua seriei devine din nou sangvinolentă, ce denotă, că procesul menstrual nu odihnește. Lăhuza are în zilele aceste cardialgii, de multeori acuză o senzație de foame.

Avortul.

În mod empiric s'a putut dovedi, că avortul spontan survine în cele mai multe cazuri, în acele zile, cari corespund datei calendare a regulei. Am amintit deja, că prin intervenție endo-nazală se pot influența durata și cantitatea menștruației, durerile menstruale, intervalul menstrual; astfel ușor putem ajunge la concluzia, că prin nas se poate provoca avortul, mai ales, dacă sun-

tem bazați și pe dovezi clinice și experimentale.

Prin cauterizare sau cocainizare mulți autori au reușit să producă întâmplător *avort provocat*, sau uneori cel puțin *contractiune uterină*. (*Lahm Menge-Opitz, Fliess.*) Aceasta operație din urmă este capabilă să se producă, chiar și în *narcoză*. (*E. Kehrer, Opitz.*)

Menopauza

Raportul periodic dintre nas și organele genitale nu sistează. Am vorbit deja despre *molimina menstrualia*, cari simptome de climacteriu cu mecanism nazal, se prezintă mai ales într'al cincilea deceniu, chiar la acele femei, cari niciodată nu prezintau fenomene nazale. Întârzierea menstruației este însoțită de semne nazale, fapt deja descris, la capitolul mare de menstruație. Se știe că începutul menopauzei se caracterizează prin faptul, că aparția menstruației, de ce în ce întârzie. Astfel ușor e de înțeles, pentru, ce la începutul menopauzei, unele femei au simptome nazale.

Doar nu numai prin manifestațiunea periodică a simptomelor nazale e dovedit, că menstruația în mod ascuns se continuă mult timp în climacteriu, ci e cunoscută curiozitatea descrisă chiar și de *Semmelweiss*; femei peste 50 ani, cari nu au menstruație de 7—8 ani fac concepțiune și dau naștere la copil sănătos. Nu trebuie să citez, decât cazul observat de mine însuși; o femeie de 53 ani, care de 8 și jumătate ani n'a menstruat, a născut la timp și fără intervenție medicală o fetiță sănătoasă.

Coitul

Legăturile strânse, ce există între nas și organele genitale se manifestă și în actul de reproducere.

Chiar și la indivizi, ce prezintă un echilibru vege-

tativ stabil, se poate observa o *congestie nazală* după actul de coit, fluxionându-se mucoasa erectilă a foselor nazale. Aceasta congestie se exprimă printr'o astupare a nasului. Acest fenomen însă, se poate observa mai ales la acei indivizi, cari posedă o mobilitate mare vazomotorică a părților genitale-nazale, cari sunt apucați brusc de o astupare energică a nasului. Interesant este, că astuparea aceasta atinge deodată numai o jumătate a nasului, la început fosa nazală stângă mai ales, apoi peste un timp de câteva minute, se transpune pe cealaltă jumătate a nasului, deci e o *congestie nazală alternantă*. (Observații proprii).

Epistaxisul de după coit se află mai des la bărbați, decât la femei (*Endriss, Cloquet, Morell, Mackenzie, Isch Wall*)

Demulțorii astuparea nazală de după coit, poate dura timp de mai multe oare. (*Fliess*)

Se pot observa congestiuni ale părților genitale, nazale și în anomaliile ale raportului sexual, precum și în perversiuni; anume în coit rezervat (condomat), coit întrerupt și la abstenenți (la văduve). Însă aceste din urmă pledează mai mult pentru abuzul de masturbație, ce produce simptome la distanță, prin mecanismul neuro-reflexului nazal.

Masturbația

Ea poate cauza în țesutul erectil al nasului *fenomene patologice cronice* din cauza hiperexcitației vazomotorilor. E foarte important, chiar din punct de vedere practic, cunoașterea acestor fenomene, fiind astăzi, abuzul de onanizare e foarte răspândit în cercul tineretului de ambele sexe. Masturbația survine epidemic, mai ales în școli, penzionate, internate de fete, ce este un semn al edu-

cației generale sexuale defectuoase și lipsei unui program pedagogic școlar, care să distrugă prin explicarea aptă a vieții și igienei sexuale, sentimentele pervertite, ce duc la imoralitate și la decadența societății.

Părțile genitale ale mucoasei nazale se congestionează foarte mult în urma iritației abnorme a organelor genitale și devin chiar dureroase. Trebuie să fim însă precauți și să nu judecăm toate congestiile, ca fiind produse de masturbație. Catarul sau supurația nazală și ele ne pot da simptomele sus amintite, deci nu trebuie să pierdem din vedere nici aceste posibilități.

Impulsul acest, autoeretic duce la început, numai la o *astupare alternantă nazală*, doar mai târziu se instalează o *congestie permanentă* a mucoasei nazale. Corneții inferior iau forma unei vezice, ce e foarte caracteristică, pentru masturbație. Tuberculul septului are consistență de o perină, ce se poate presiona cu sonda. (*Fliess.*)

Pe lângă acestea crește foarte mult senzibilitatea părților genitale, nazale. La cea mai mică atingere cu sonda, bolnavele prezintă dureri intense. La unii pacienți se observă, că mucoasa corpiilor erectili, nazali este mai intens vascularizată, la acești bolnavi la o ușoară atingere cu sonda, se poate provoca o infiltrație conjunctivală și o lăcrămare abundentă.

Este cunoscut faptul, că bolnavele, ce abuzează de masturbație, uneori suferă de *sângerare nazală*, care se observă în urma unui exces. (*Lemarchand, Trigon, Fliess, Koblanck.*) Acest epistaxis nu e altceva, decât o *menstruație vicariantă*, din cauza, că bolnavele, ce masturbează, la un anumit timp încep să sufere de amenoreă. Dacă decurgerea normală a procesului menstrual e împiedecată, natural, că hemoragia se va prezenta în alte

porțiuni ale organismului. În cele mai multe cazuri se observă hemoragii nazale, doar sunt și sângerări venite din piele, plămâni, conjunctiva ochiului, gingie, intestin etc.

Masturbația organelor genitale externe este adeseori cauza amenoreei. Nu arareori se observă fenomene de dismenoreă și menoragie cu mecanism nazal.

După procesul de onanizare bolnavul se prezintă timp de o zi, ca neurastenic, imitând tot complexul acestei nevroze. După un abuz îndelungat, aceste bolnave vor suferi de o *astenopie nervoasă*, ce duce în cele mai multe cazuri, la neurastenie, în care predomină pe lângă hipocondria evidentă, durerea de cap, mai ales fobiile și anxietatea.

În urma abuzului îndelungat de masturbație, va suferi și se va congestiona și cornetul mijlociu, mai ales, cel din fosa nazală stânga, în treimea sa anterioară, care se repercută prin dureri nevralgice ale stomacului. Dacă în timpul accesului de gastralgii, se cocainizează acest punct de origină al durerilor stomacale, atunci peste 5—8 minute vor dispărea tulburările gastrice. Iar dacă se va extrăge cornetul mijlociu respectiv, atunci nu se vor repeta gastralgiile niciodată. Acest cornet poate să provoace dureri stomacale, fără ca cineva să onanizeze, ce se întâmplă în caz de supurație, polipi, tumoare etc., fiind cornetul mijlociu sub continuă iritație. Pot chiar să notez un caz de amenoreă; o femeie tânără, ce a suferit de amenoreă, de timp de câteva luni, la nas prezintă o congestie pronunțată a toată mucoasa, chiar și eroziuni acoperite de cruste, întretăiate de numeroase fisuri foarte senzibile, acuza pe lângă un apetit normal, dureri mari de stomac, fără ca să fi avut vre'o alterațiune anatomică, locală. La intervenția nazală durerile s'au sistat.

Asemenea cazuri sunt notate în legătură și cu dismenoreea nazală.

Aceasta gastralgie se observă la bărbați, ce onanizează sub forma tipică a neurasteniei din tineret, cu cefaleă, dispepsie și constipație spastică, renitentă; la ei joacă din punct de vedere punerii diagnosticului, gastralgia un rol mai mic, pânăcând la fete, durerea stomacală este primul și cel mai important simptom, ce pledează pentru masturbație, Numărul mare al gastralgțiilor la fete, chiar din cercurile „societății bune“ ne indică propagarea imensă al abuzului de tot feluri de manustuprațione.

La bănuiala de masturbație, să nu pierdem din vedere, că ulcerul stomacal, calculul biliar, dispepsia nervoasă etc. pot da asemenea dureri stomacale.

Bolnavul este laic, nu poate ști origina tulburărilor sale stomacale, doar medicul trebuie, să aibă cunoștințe despre urmările perverziunilor sexuale, punând astfel capăt, marelui număr de tulburări stomacale, nevralgice, „zise“ renitente, la tratament.

Astmul

Astmul constituie o manifestație nervoasă reflectorică al nasului, adecă al căilor respiratoare, prin al cărei studiu putem ușor descifra legăturile secrete dintre nas și organele genitale femești.

Influența astmogenă al organelor genitale femești se poate remarca în primul rând în *perioda pubertății*. Demulterior reappare astmul în pubertate, atunci, dacă a existat deja în timpul copilăriei întâie.

Guéneau de Mussy a arătat, că tulburările menstruale sunt uneori premergătoare în astma polenică. La fel admite și *Moncorgé*, că fenomenele astmoide se produc

cu 3—4 zile înaintea apariției menstruației. *Fliess* spune, că manifestățiunile astmatice se prezintă chiar în acele zile, când este data calendară a menstruației. Regula lipsește, pe lângă o menstruație vicariantă se mai însoțește un acces de astm, substituitor al menstruației.

Se cunoaște faptul, că și *graviditatea* are rol în producerea astmului. *Moncorgé* a arătat, că în timpul gravidității se poate prezenta astm, la unele femei se agravează chiar la sarcini repetate. *Fliess* susține, că accesele de astm al gravidelor se prezintă tocmai la data calendară corespunzătoare a menstruației.

Lactația deasemenea poate avea influență derivativă, în producerea acceselor de astm.

Menopauza este perioada cea a femeii, care poate foarte adeseori prezenta accese de astm, sau angoaze astmoidă. Aici este foarte ușor de înțeles, pentru ce se prezintă astmul; știm că în menopauza, menstruația ascunsă, se reproduce prin simptome substituitoare, ca epistaxis, coriza, sau numai congestie, iar la alte femei prin accese de astm.

În privința *mechanizmului* acestui astm, în legătură cu organele genitale, *Moncorgé* susține două posibilități.

1. Uneori poate fi un *astm reflectoric*. Mucoasa cornetului inferior și mijlociu e tumefiată, zonele senzibile sunt hiperexcitabile. Femeile, ce suferă de neuro-reflex nazo-uterin, vor prezenta în timpul perioadei menstruale rinoreă, strănuturi, accese de astm.

2. Alteori se poate instala un *astm toxinfecțios*.

În timpul menstruației, gravidității este o producție abundentă de sedimente de urați, acizi grași; autoprotecțiunea vaginului și a uterului diminuează, se formează, la cavitatea vaginală și la suprafața mucoasei uterine, produse toxice. Aceste toxice erodează mucoasa uterului

și se varsă în circulația generală, unde realizează o adevărată toxiiinfecție, cu simptome de febră ușoară, diferite erupțiuni, neuralgii, mialgii reumatoide, poliartrite.

Explicația dată de *Moncorgé* e mai bine circumscrisă în împărțirea patogenetică a astmului, formulată prin *I. Hațiegan*, în care se evidențiază posibilitatea multiplă a producerii astmului la femei, din diferitele epoci sexuale ale vieții lor:

patogenia astmului se bazează pe patru feluri de elemente:

1. între elementele *predispozante* găsim: diateza coloido-clazică, *iritabilitatea sistemului nervos, vago-simpatic, stare vago-simpatică hipersenzibilă,*

2. între elementele *favorizante* avem: leziuni organice, *atingerea directă a sistemului vago-simpatic într-o parte oarecare a distribuției sale, afecțiunile nasului, tulburări endocrine (menopauză),*

3. elementele *determinante*: *prezența iritabilă humorală, hereditară și câștigată, colloidoclazie, anafilaxie, hipervagotonism,*

4. elementul *deslănțuitor*: *proteine vegetale, animale, microbiene, acțiune prin aparatul reflectoric, sau indirectă prin șocul humoral.*

Dacă luăm în considerație starea endocrino-vegetativă și iritabilitatea reflectorică a femeilor, din epocile sexuale sus descrise, precum și patogenia neuro-reflexului nazo-uterin, atunci fără să cautăm, dăm de elementul corespunzător, din tabloul patogenetic stabilit de *I. Hațiegan*.

Ca curiozitate voiu nota, că *Engelmann* a avut ocazia să cunoască o femeie, la care punând uterul din *retroflexiune* în *anteflexie*, astmul a dispărut. Accesele

de astm s'au prezentat din nou, când retroflexia s'a restabilit.

Se mai citează numeroase cazuri, când spazmul, sau dilatația colului uterin era cauzatorul astmului.

Ozena

În ultimul timp se discută foarte mult despre patogenia și etiologia ozenei, însă până în prezent nu s'a putut ajunge la concluzie exactă și adevărată.

Între cei ce studiază în meritum chestia ozenei, este o mică grupă, care sub inspirațiunea lui *Halphen* au presupus, că ozena n'ar fi o boală microbiană specifică, contagioasă, ci în producerea ei intervine cu un rol primordial, un *factor simpatic*, și că în sindromul ozenei infecțiunea ar participa, numai ca un fenomen secundar. *R. Schulmann* a dovedit, că ozena, ce survine, mai ales la femei și totdeauna în pubertate, la bolnave cu menstruație deficitară și anormală, este în legătură cu o leziune a ganglionului steno-palatin, și cu glandele endocrine, mai ales cu ovarul.

Ca un frumos exemplu se poate cita, că la bolnave, ce n'au menstruat încă, apariția menstruației face să retrocedeze ozena.

Deși sunt multe stigmatе al ozenatoșilor, cari pledează pentru tulburări endocrine; ca hipertrofia tiroidei, extremități reci, hipotensiune arterială, tachicardie, inversiunea reflexului oculo-cardiac, absența disociațiunei reflexului nazo-facial, totuși nu s'au putut stabili legăturile și raporturile precize dintre ozena și starea endocrino-vegetativă, chiar din cauza insuficienței tratamentului înstituit pe baza teoriei endocrine simpaticе a patogeniei acestei boli.

Predescu-Rion, Fleischmann precum și alții, nu ac-

ceptă teoria sus descrisă, nefiind încă definite punctele sigure de relațiune de o parte, iar de altă parte, tratamentul cu adrenalina oferit de adepții teoriei endocrino-simpatice n'a putut să dea, decât ameliorări pasajere și instabile.

Rămâne, ca cercetările viitoare, să dovedească existența adevărată al acestor relațiuni presupuse și până acum insuficient clarificate.

Patogenia neuro-reflexului nazo-uterin

În cadrul acestui capitol voi consacra pentru problema patogeniei neuro-reflexului nazo-uterin, ce se prezintă la bolnave, cari masturbază, pagini separate. Deocamdată voi tinde a elucida natura și origina neuro-reflexului nazo-uterin, care îl găsim prezentându-se la diferitele epoci sexuale ale vieții.

Am arătat, atât prin probe, cât și prin simptome clinice, încât bolnavele ce suferă, de neuro-reflex nazal în legătură cu organele genitale, sunt într'o stare de *dezechilibru vegetativ*. Nu voi intra în repetarea stărei vegetative fiecărei epoci sexuale ale femeilor bolnave de această nevroză, fiind conluziunile în aceasta privință uneori în contrazicere, doar ori, că ar fi vorba de o hipersimpaticotonie, ori hipervagatonie, sau amfotonie în plus sau în minus, ni se pune întrebarea: care este cauza acestui dezechilibru vegetativ?

În primul rând se pune aceasta stare de dezechilibru vegetativ, pe baza *instabilității humorale* al organismului.

Produsele vegetative, humorale conținute în mediul circulant, reprezintă excitantul natural al terminațiunilor simpatice și parasimpatice. Ca echilibrul funcțional al

organelor, să fie normal, este necesar, ca mediul circulant, să prezinte un amfotropizm normal. Adecă elementele simpaticotrope și parasimpaticotrope, să fie reprezentate într'o proporțiune în mediul ambiant, ca tonusul absolut al terminațiunilor simpațice să fie normal.

Intre cauzele humorale găsim la bolnavele noastre o tulburare manifestă a glandelor cu secreție internă. Disfuncțiunea glandelor endocrine joacă un rol foarte mare în etiologia tulburărilor vegetative. Nu este necesar, să arăt încăodată marele număr al semnelor de disfuncțiune endocrină, ce îl prezintă bolnavele, cari suferă de aceasta nevroză, însă simt de a fi o datorie, de a caracteriza rolul câtorva glande endocrine, ce îl dezvoltă în acest proces. (*Guilleaume, Danielopolu, Martinet*).

Rolul ovarului

Secrețiunea internă a ovarului are rol în întreținerea tonusului vegetativ împreună cu celelalte glande endocrine. Bazat pe studiul făcut înaintea și după ova-rectomiei și pe studiul efectului injecțiunilor de atropină, precum și pe studiul tachicardiei ortostatice, *Danielopolu, Carniol și Crainicianu* au tras concluzia, că *diminuarea secrețiunii interne al ovarului aduce după sine scăderea tonusului vegetativ*, care părere pe baza cercetărilor și probelor făcute de mine, o admit și eu.

Noi știm că de exemplu, în dîsmenorea, ce se manifestă pe calea nazală nu s'a putut stabili nici o alterațiune anatomică a ovarului sau în general a organelor genitale. Se pune întrebarea în astfel de cazuri, când glandele genitale nu suferă de deficit anatomic de cine este datorit disfuncția acestor glande?

Rolul hipofizei

Deja *Fliess* ne spune, că hipofiza e organul supraordonat al celorlalte glande endocrine: atrofia sau hipertrofia lui aduce cu sine tulburările în secrețiunea internă a glandelor genitale.

Endocrinologia a stabilit, în *grosso modo*, raportul dintre diferitele glande cu secreția internă, având ele acțiune reciprocă, din care cauză, majoritatea autorilor nu admit, numai afecțiuni pluriglandulare și neagă existența afecțiunilor uniglandulare.

(Ca exemplu, citez, castrarea experimentală lasă după sine alterațiuni în glanda hipofiză.)

Autori, ca *Remy Collin* cred, că *leziuni histologice tumorale, adenom, adenosarcom*, uneori epiteliom al părților ce compun hipofiza, (lob anterior, posterior, intermediar, *pars tuberalis* și cornul lui *Wulzen*) se manifestă prin hipo-, sau disfuncția glandei. Astfel de exemplu, *hipofuncția lobului anterior al hipofizei duce între altele și la insuficiența glandelor genitale.*

Urechia susține, că hipofiza își varsă secreția în tuber cinereum, unde. excită nucleii lui tuber cinerum, cari iau parte la menținerea echilibrului endocrino-vegetativ. Însă hipofiza e (supraordonat) în legătură strictă cu celelalte glande endocrine, chiar și în caz de lipsa lui tuber cinereum.

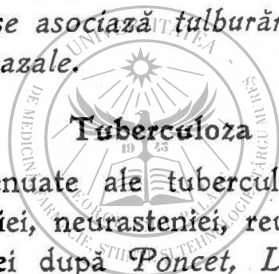
Este interesantă logica lui *Poppi*, cine aduce în legătură raportul hipofizei cu sistemul endocrin, prin constituția embriologică a glandei hipofize.

În mod normal canalul hipofizar dispăre la embrion uman, la finea celei de a II-a lune, sau la începutul lunei a III-a. Întârzierea ocluziunii, sau persistența acestui conduct, va tulbura formarea lobului anterior al hipofizei,

unirea acestuia cu lobul posterior și formarea părții intermediare, ce se cunoaște sub numele de lob paranervos. *Poppi* susține, că întârzierea sau alterațiunea în unirea acestor 2 lobi hipofizari, constituie principalul factor în tulburările de corelațiune a glandelor cu secreție internă.

Judecând cu obiectivitate nu ne putem lega nici la una dintre ipotezele menționate, doar este cert, cum reese din toate afirmațiunile, că *glandele genitale și în general, glandele endocrine stau sub influența regulatoare a glandei hipofize.*

Astfel, presupunând o alterațiune funcțională sau organică a hipofizei putem găsi explicația provenienței insuficienței sau disfuncției ovariene, în legătură cu dismenoreea, amenoreea, graviditatea, pubertatea sau menopauză, la cari se asociază tulburări de ordin reflectorice, nevrotice, nazale.



Formele atenuate ale tuberculozei, ce se prezintă sub masca anemiei, neurasteniei, reumatizmului, tirozei sau a dismenoreei după *Poncet, Leriche și Hollós* nu sunt altceva, decât o *tuberculoză inflamatorie, adevărată intoxicație tuberculoasă*. În forma larvată de dismenoreă *intoxicația tuberculoasă acționează asupra glandelor endocrine, cari dacă sunt excitate, sau diminuate în funcția lor, atunci vor da pe lângă fenomene patologice secundare de metabolism, de creștere o labilitate a sistemului nervos, vazomotor, ce la urmă se poate manifesta între altele, la multe bolnave, chiar și prin tulburări nazale, de ordin neuro-reflectoric. Am avut posibilitatea să mă conving, chiar în mod practic, despre adevărul celor susținute de acești autori, văzând, că un mare procent al neuro-reflexului nazo-uterin se bazează pe un proces*

de intoxicație tuberculoasă, în care caz comportarea noastră în privința tratamentului va fi cu totul deosebit.

Cred inutil, de a insista asupra etiologiei neuro-reflexului, nazo-uterin, ce se prezintă în legătură cu masturbația, fiind, în acest caz, clar, că sumația excitației pervertite, dă naștere la o instabilitate vegetativă, în urma căruia labilitatea și hiperexcitabilitatea sistemului vazomotor duce la tulburări locale, nazale. Se știe că impulsul la masturbație este datorit demenței precoce, neurasteniei, imbecilității etc. Totuși îmi permit de a reveni la o interesantă explicație asupra modului de producere și patogeniei acestei nevroze.

Deja *Fliess* a susținut, că la unii indivizi, cari masturbază, senzația de foame se adună, din cauza, că acești nu au complexul de descărcare funcțională sexuală. Prin aceasta transpunere a senzațiunii funcționale, a căutat, să dea explicația neuralgiilor stomacale ale multelor fete, din „societatea bună.“

Printr'o așa fel de explicație tinde să lămurească neuro-reflexul, nazo-uterin a masturbanților *S. Ferenczi*, într'o epistolă a sa, adresată la mine, ca răspuns la întrebările mele ce îi-le am pus. Acest marele interpretator al teoriei pansexuale, susținută și fondată de *Freud*, tinde să dovedească existența transpunerei pasiunii sexuale. *S. Ferenczi* între altele scrie următoarele :

„Între diferitele părți ale organismului uman, există o acțiune contraversă de pasiune sexuală, (libido), în urma căruia, excitația atrasă de la un organ, poate produce excitația mărită a celui alt organ. Atragerea și transpunerea pasiunii sexuale poate fi de origină psihogenă, (înfricoșare de la genitalitate, greață etc.).

Pasiunea sexuală atrasă de la organele genitale, (ce e cel mai des) cu plăcere se transpune pe un așa fel de

organ, care dispune de aparat erectil. Așa este *cornetul nazal*, mamelonul, doar se întâmplă că membrele, capul vor fi acela, care (roșeata feței la pudoare) atrage pasiunea.

Neurastenia este una dintre neurozele cele mai puțin studiate. Este incontestabil că dominează în ea și momente psihice, în parte ca *motive*, ce duc la masturbatie, în parte, ca consecințele sale psihice. Probabil, că simptomele, ce compun neurastenia, au, în parte, un rost inconștient, de pedeapsă; doar unele simptome și așa se pot explica, încât, organismul, dacă abuzează de funcțiunile sale de pasiune sexuală, (libido) atunci reacționează cu diminuarea funcțiunilor de folos, (instinctele egoice) al căror consecințe sunt tulburările funcționale. O astfel de transpunere, și (eventual la distanță), tendință, se poate zări în cazurile de *hiperaciditatea masturbatorică*, a cărei origină neurotică nici de mine nu e contestată.

Cea ce am spus, în general, despre genitale, este aplicabil și asupra raportul nazo-uterin, care „reflex” nu se poate defini cu apozitele de centrifug, sau centripet; mai curând se poate vorbi despre o vicariațiune histeroidă.“

În cadrul lucrării acestei nu pot să intru în discuție cu cele, ce susține Ferenczi, rămâne ca problemă deschisă.

Prognostic

Neuro-reflexul nazo-uterin, lăsat fără intervenție endonazală, sau fără încercarea unui tratament recomandat, în majoritatea cazurilor evoluează către o stare neurastenică, mai ales la masturbante, cari pot să cadă chiar victime, neurasteniei, mai târziu, foarte greu remediabile.

Tratament

În tratamentul neuro-reflexului nazo-uterin trebuie, să avem în vedere după Koblanck trei datorii:

1. a găsi cauza etiologică și nimicirea ei,
2. combaterea tulburărilor generale, nervoase,
3. distrugerea congestiilor nazale.

(Înainte de a trece mai departe, atrag atenția că în privința tratamentului în *epistaxis*, *astm*, *ozenă*, îndrum cetitorul la lucrări speciale.)

1. Cauza etiologică se clarifică mai ușor la copii, cari suferă de masturbație. Este foarte important, de a explica părinților seriozitatea onaniei, ce e o boală gravă. În vindecarea ei nu ajută pedepsirea cu biciu. Cu mult mai mare folos ne aduce *mișcarea și hrănirea sănătoasă, rațională*. Este foarte recomandabil, pentru reducerea hiperexcitației organelor genitale, *excitarea permanentă cu apă, compresă rece*. Călăritul, saniera sunt interzise, ca iritante organelor genitale. În multe cazuri, când datele anamnetice sunt explicate cu oarecare greutate, ne îndestulăm cu constatarea existenței abnormității sexuale.

2. Combaterea tulburărilor reflexe, nervoase, generale trebuie, să fie cu privire la relațiunile vitale și la constituția corporală. Medicul trebuie, să tînde, de a regula în sens sănătos toată viața a bolnavei.

3. Congestiile nazale se pot vindeca prin aplicarea *cocainizării asociată cu electroliza* părților genitale ale mucoasei nazale. Pe alte locuri n'are efect. Formăm pe un bețisor subțire și lung, cu puțină vată, o sondă cu un tampon pe vârf. În loc de vată se poate folosi *asbest (Saniter, Koblanck)*, pentru flambarea sondei și nimicirea bacteriilor. După, ce se îmbibă bine tamponul din

soluția de 20% de cocaină, se duce sonda prin oglinda nazală până la congestie, se apasă în sus bine și se ține acolo 10—20 secunde. Apoi se depărtează sonda împreună cu speculul. Bolnava să-și aplece capul înainte, ca eventual cantitatea în plus, să nu curgă înapoi către laringe, ci înainte. După 5 minute se repetă manopera de mai înainte. Nu poate fi vorba, cum susțin unii de o influență generală analgetică, a cocainei, se știe, că cocaina în doze așa mici are acțiune stimulantă, apoi la cauterizare se întrebuintează doze foarte mici și pe o durată scurtă. Dacă aplicăm *cocainizarea în mod fracționat*, adică numai pe cornetul inferior, sau numai pe tuberculul septului, atunci numai unele dureri vor fi înlăturate din complexul dismenoreei. Și anume dacă cocainizăm tuberculul septului, dispare durerea din sacru, dacă cocainizăm cornetul inferior, dispar durerile hipogastrice.

După ce am procedat cu tamponul de cocaină în modul descris, locul congestionat la 3—5 minute va fi insensibil. Acum se introduce în congestie un ac, dublu punctat, ce se înfige în sus sub mucoasă. Se lucrează cu un *curent constant* de 6—8 miliamperi, cel mult 8—10 miliamperi, timp de 5—10 minute. Pentru evitarea sângerării nu scoatem imediat acul, ci deschidem și închidem încăodată curentul. Sângerare mare nu se întâmplă, cu metoda aceasta, hemoragiile mari se liniștesc, cu tampoane de vată renoformizată. După cum bolnava e senzibilă sau hipersenzibilă repetăm aceasta electroliză la anumit timp, la unele bolnave în fiecare zi, la altele câte odată pe săptămână. Usucarea prea mare a foselor nazale le tratăm cu alifie de mentol.

În loc de electroliză se poate folosi *galvano-cauterul*. E mai bun *acidul trichloracetic* în diluție, cu care se

tamponează ușor după cocainizare. Fiindcă cauterizarea nu are acțiune profundă, deacea se repetă pe același loc, de multeori.

Numai atunci se observă o acțiune mai adâncă, dacă se îndepărtează toate excrescențele și congestiile, sinechiile. Pânăcând două locuri congestionate se ating una cu alta, până atunci nu se observă ameliorare. Numai când se intrerupe contactul părților congestionate, atunci se ridică durerile. Tocmai atingerea comună a părților congestionate are o importanță deosebită în explicarea și tratamentul neuro-reflexului. Mulți medici extirpă cornetul congestionat prin foarfecă.

Se întrebuințează și *opoterapia*, ca *tablete de ovar de tiroidă*, prin cari desigur se poate favoriza stabilirea echilibrului endocrino-vegetativ, însă congestiile sunt renitente la acest tratament.

În ultimul timp se recomandă *lactatul de calciu*, zilnic 4—6 cașete à 1.50 gr., cari contribuie la ridicarea tonusului vegetativ. Pot chiar afirma, că tratamentul endonazal asociat de 2—3 serii de câte 10 zile, de tratament, de lactat de calciu, (între serii 4 zile pauză) aduce cele mai valoroase și stabile vindecări.

La acele bolnave, la cari se constată tuberculoză, ordonăm *tratament antituberculos*, dacă e posibil prin preparate serice sau cura marină, de aer, de raze etc.

Contraindicații

Să avem grijă, dacă o bolnavă pe lângă insuficiență ovariană prezintă și semne de tireoză, fiind concomitent și tuberculoasă, să nu-le recomandăm *preparate de tiroidă*, fiindcă aceste agravează boala.

Graviditatea constituie o *contraindicație absolută*

pentru intervenție endonazală, fiindcă foarte ușor poate produce avort.

Înainte menstruației cu câteva zile, nu e permisă aplicarea electrolizei, că poate da loc la hemoragii fatale.

Cornetul mijlociu nu trebuie tratat prin electroliză, fiindcă duce la neuralgii intense și foarte dureroase, doar se întrebuițează caustice, sau se indică extirparea chirurgicală.

Inconveniente

La executarea primei electrolize, este posibil, să se ivească o amețeală, chiar și la indivizi robuști. Natural tratamentul se întrerupe imediat, capul se așează jos. Acest lucru n'are nici o însemnătate rea, chiar ne arată legătură cu sistemul nervos. Aceste persoane mai târziu, vor suporta mai bine tratamentul. Persoanele slabe, anxioase, nervoase, până ce se obișnuiesc, la început, se tratează în loc de electroliză, cu substanțe caustice. (Un cauterizant slab e lichidul lui Bonain.)

Explicația efectului cauterizării

Ameliorarea simptomelor, constatate după cauterizarea „punctelor nervoase“ Ferenczi explică în așa fel, încât în urma durerii produse de cauterizare, erecția vicariantă devine prea dureroasă, chinuitoară astfel pasiunea sexuală (libido) este forțată a se remuta la izvorul ei original, genital. Autorul spune, că poate pare a fi prea vagă explicația aceasta, în raport cu concepția fiziologiei și patologiei adoptată până în prezent, însă are speranță, dacă va fi vre'odată descrisă „Fiziologia pasiunii“, aceasta va primi posibilitatea părerii sale.

Rezultatul tratamentului

În nevroza nazo-uterină, care se dezvoltă în legătură cu tulburările funcționale din sfera genitală, putem ridica permanent durerile dismenoreice, — stabilindu-se menstruația normală, — precum dispar toate simptomele însoțitoare. În locul amenoreei reapare menstruația, pubertatea întârziată începe, menopauza perturbată se liniștește.

În neuro-reflexul, nazo-uterin, care se prezintă la bolnave, ce masturbază, în urma tratamentului endonazal, dispare și impulsul patologic la perverziune, în cea mai mare parte a cazurilor. (*Fliess, Koblanck, Ferenczi*).

Critica rezultatului

Observațiunile interesante și de multă valoare lui *Fliess*, au fost examinate de un mare număr de autori. *Heymann, Windscheid, Krönig, Chiari și Byford* neagă fondul teoretic lui *Fliess*. Ei spun, că calmarea momentană a durerilor dismenoreice nu este altceva, decât o sugestie. În tot cazul trebuie să luăm în considerare acest fapt, fiindcă foarte mulți autori șarlatani bătându-și joc de știința, au exagerat faptele în așa măsură, încât s'au găsit medici, cari susțineau, că prin cauterizarea endonazală au vindecat impotența genitală. *Linder* în mod sugestiv a ridicat momentan durerile dismenoreice unei femei, prin tamponarea mucoasei nazale cu apă distilată.

Malherbe, Opitz, Koblanck, Heermann, Schiff, Fehling, Schaeffer și Ferenczi ne pun un material foarte bogat la dispoziție, prin care se dovedește în mod obiectiv acțiunea adevărată a cauterizării prin cocaină etc. a mucoasei nazale.

Schaeffer este convins, că observațiunile lui *Fliess* sunt adevăruri, doar contestă, că numai așa zisele „părțile genitale“ ale mucoasei nazale ar da rezultatele amintite. El susține, că e vorbă numai de o acțiune analgetică *generală* a cocainei; *Juhl* descrie, că bolnavele acelea, cari au reacționat foarte repede la cocainizarea mucoasei nazale, au dat aceleași rezultate bune și evidente prin cocainizarea altor părți ale corpului, anume la cocainizarea mucoasei bucale.

Însă acestor obiecțiuni trebuie, să confruntăm rezultatele obținute prin alte mijloace, decât prin cocainizare, cum este causticul, acidul trichloracetic, electroliza, extirparea cornetului prin foarfecă etc. pe cari autorii acești nici nu le au luat în considerare și cari ne dau rezultate admirabile. Aceste rezultate trebuie, să le afirm și eu, obținându-le în praxa mea pe 14 bolnave și 2 bolnavi.



Cazuistică*

1. Ch. R. în etate de 17 ani, necăsătorită, servitoare. Menstruația I. la 16 ani, menstr. ultima la 26.—VII.—1926. Se prez. la 1.—VIII.—1926. cu tulburări în menstruație și dureri de cap.

Antec. hered.: tatăl murit în epilepsie, mama trăește, suferă de tuberculoză pulmonară. Antec. colat.: o soră trăește, a suferit de scrofulogomă, o soră a murit de tbc. pulmonară.

Antec. pers.: aproape jumătatea numărului menstruațiilor e înlocuit de epistaxă, în același timp dureri de cap și dismenoreice.

Starea prezentă: cornetul inf. dr. astupă toată fosa nazală ant. Tonusul vegetativ la proba cu atropină în ortostatizm; simpaticul 100—106, vagusul 36—38.

Tratament: I. K. Spengler în fricțiune, dil V., cauterizarea cornetului inf. cu acid. trichloracetic, la fiecare 4-a zi lactat de Ca. în cașete în total 120 gr. Durata tratamentului șapte săptămâni.

20.—IX.—1926. Menstruațiile normale, fără dureri, congestia cornetului dispărut. Simpaticul; 118, vagusul; 50. Tratamentul antituberculos îl continuă, congestia nu s'a mai instalat, menstruațiile la timp, fără vre'o tulburare.

2. 6.—V.—1926. B. R. Cluj, 25 ani, căsătorită, casnică. Antec. pers.: variolă, febră tifoidă. Menstruația I. la 14 ani. Din începutul Ianuariei 1926 n'a mai avut menstruație. E bolnavă de 4 luni. Boala începe cu dureri în lombe și fosele iliace, hipogastru. Menstr. a lipsit timp de 3 luni, la 4.—IV.—1926. a apărut din nou, însă asociat de dureri dismenoreice. Apetit nu are, suferă de dureri foarte intense stomacale de 4 luni și de insomnie. Scaunul și urine sunt normale. Constituția e debilă. P. Q, A. Q. Dg. ginecologic: anteverzie-flexie, degenerescența chistică a ovarului.

* Notă: din cauza condițiilor economice nefavorabile comunic numai câteva cazuri caracteristice.

De 4 luni are dureri în nas, întâiu s'a astupat nasul, apoi s'a ramolizat, eroziunile din când în când dau hemoragii mici, cefaleă, ce coincid cu data calendară a menstruațiilor absente, adecă manifeste. Tonusul vegetativ: hipoaamfotonie.

Tratament: opoterapie cu tablete de ovar, lactat de calciu, cocainizarea și cauterizarea nasului cu acid trichloracetic, timp de 20 zile.

27.—V.—1926. Nasul vindecat, durerea de cap a dispărut, menstruația normală, durerile de stomac nu se mai repetă.

3. 18.—VIII.—1926. P. E. Cluj, 23 ani, căsătorită de un an și jumătate, casnică. Se plânge de cefaleă continuă, anxietate, insomnie, tulburări nazale și dureri stomacale. Menstruația la timp, doar asociată de dureri lombo-sacrate și ingvinale. De un an nu poate suferi raportul sexual cu bărbatul, masturbează de 6 ani. A consultat medici specialiști în neurologie, psihiatrie, cari au pus diagnosticul de neurastenie, însă n'a comunicat medicilor curanți nici odată, că abuzează de perverzie sexuală. Tratamentul psicho- și fizioterapeutic, cât și cel medical au fost ineficace.

Îi-am recomandat extirpația corneților inferior, la 29.—VIII.—1926. un medic din localitate îi face operația de extirparea corneților prin electrotermocauter.

16.—IX.—1926. și 9.—X.—1926. Toate tulburările au dispărut, e lipsită de impuls la masturbație. De 3 săptămâni poate deja suferi contactul sexual cu bărbatul ei.

Concluziuni

1. Pentru studiul și examinarea tonusului vegetativ, cele mai bune servicii ne aduce *proba intravenoasă de atropină combinată cu ortostatism* introdusă de către *Danielopolu și Carniol*.

2. În primele luni ale gravidității femeile sunt într'o stare de *simpaticotonie*, ce, apropiându-se timpul facerei, scade în mod treptat, schimbându-se aceasta stare vegetativă cu o *vagotonie*, ce crește în același grad, în care grad scade tonusul simpatic.

3. Bolnavetele, cari suferă de insuficiență ovariană, prezintă o *hipoamfotonie vegetativă*, în majoritatea cazurilor.

4. Diminuarea secrețiunii interne al ovarului, aduce după sine scăderea tonusului vegetativ.

5. *Glandele genitale*, adevărat în general glandele endocrine stau sub influența regulatoare a glandei hipofize.

6. Intoxicația tuberculoasă poate acționa asupra glandelor endocrine, putând lăsa după sine o labilitate a sistemului vegetativ.

7. *Procesul menstrual* nu se întrerupe în timpul gravidității, ci decurge pe cale anormală, putându-se manifesta prin tulburări nazale, în care timp vagotonia devine mai pronunțată.

8. Cornetul inferior și tuberculul septului al nasului au raport cu organele genitale, care fapt e dovedit, atât clinic, cât și experimental.

9. În transmiterea excitației și reflexului, ce decurge între cornetul inferior și tuberculul septului al nasului de o parte, și între organele genitale de altă parte, care reflex se numește în general reflex nazo-uterin, participă pe lângă elemente anatomice și elemente humorale, secretate de diferitele glande endocrine, ce intră în joc.

10. *Neuro-reflexul, nazo-uterin* este un sindrom, al cărui

tablou simptomatologic rezultă din raportul dintre mucoasa nazală și organele genitale feminine. *Este cauzat de tulburări ale glandelor cu secreția internă din diferitele perioade sau epoci sexuale, genitale ale vieții, sau în alte cazuri, de pervertirea funcțiilor sexuale, ce face să se tulbure echilibrul tonusului vegetativ, manifestându-se în primul rând prin alterațiuni locale, nazale.*

II. Neuro-reflexul, nazo-uterin se vindecă prin aplicarea tratamentului endonazal; dacă acest neuro-reflex se prezintă în urma insuficienței ovariene, asociăm și tratament pentru ridicarea tonusului vegetativ, (recomandabil *lactat de calciu*) dacă bolnava suferă de intoxicație tuberculoasă, ordonăm cură antituberculoasă.

Bun de imprimat
20 Nov. 1926.

Președinte

Prof. Dr. I. Predescu-Rion

Văzut la 25 Nov. 1926

Decan

Prof. Dr. Titu Vasilă



Bibliografie

1. Karl von *Bardleben*: Anatomie des Menschen, 1906.
2. Fernand *Bezançon*: Semiologie de l'appareil respiratoire, 1923.
3. *Bourgeois*: Hyperesthesie, 1923.
4. E. *Büch*: Über das Muckschen Adrenalinsondenversuch, Essen 1926.
5. Joan *Bazgan* et Joan *Maxentian*: Tumeur hypophysaire avec syndrome pluriglandulaire.
6. *Collet*: Traite pour la medecin interne, 1922.
7. Al. *Crainiceanu*: Considerațiuni asupra menstruațiunei, București, 1923.
8. Al. *Crainiceanu*: Recherches experimentales sur les relations entre la secretion interne de l'ovaire et tonus du sisteme vegetatif, Presse Medicale, 1925.
9. P. *Dalchè* et M. *Labernadie*: Oeilles, ses raports avec l'appareil genitale de la femme et les endocrines en general, 1923 Presse Medic.
10. H. *Fehling*: Lehrbüch der Frauenkrankheiten, 1906.
11. S. *Ferenczy*: Ideges tünetek keletkezése és eltünése, Budapest, 1919, edit. Dick.
12. O. *Fleischmann*: Untersuchungen über Blutchemismus bei Ozaena, Zeitschr. für Oto-Rino-Laringologie, 1926, Januar.
13. W. *Fliess*: Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen, 1897.
14. J. *Girou*: Du vagotonism, ou du sympathicotonism chez l'adenoidien.
15. A. C. *Guillaume*: Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies.
16. E. *Halphen*: Syndrome spheno-palatine.
17. I. *Hașteganu*: Patogenia astmului, curs ținut, la 18. V. 1926.
18. J. *Hollós*: A tuberkulózis felismerése és gyógyitása Spengler féle immunvér segítségével, 1922.

19. I. van der *Holven*: Les avantages et les inconvenientes de l'ablation totale du cornet inferieur.

20. R. *Joachimovits*: Tulburări menstruale în astma de fân, 1926.

21. *Koblanck*: Frauenheilkunde, 1920.

22. W. *Lahm*: Frauenkrankheiten, 1923.

23. M. *Leunois*: Maladies de l'oreille, du nez, du pharinx et du larinx.

24. *Loeper et Baisseau*: Maladies de l'appareil respiratoire, Paris, 1926.

25. P. *Lereboullet*: Les syndromes hipophysaires et epyphisaire en clinique infantile, Paris, 1924, edit. Boilliere et Fils.

26. A. *Martinet*: Energetique clinique, 1925.

27. A. *Martinet*: Diagnostique clinique, 1920.

28. *Menge-Opitz*: Handbuch der Frauenheilkunde.

29. R. *Moncorgè*: L'astme, Paris, 1924, edit. Vigot.

30. O. *Muck*: Über das Wesen und die klinische Bedeutung eines nasalen wasomotorischen Reflexphenomen, Essen, 1925.

31. O. *Muck*: Über das Wesen der in der Schwangerschaft auftretenden Schwerhörigkeit, Essen, 1926.

32. R. *Müller*: Die Lebensnerven, 1924.

33. *Joshio Matsui*: Beiträge zur Kenntnis der Anatomie des sympathischen Nervensystems, Acta scholae medicinalis, universitatis imperialis, Kioto, Japonia, Vol. VIII., Fasc. III. 1926.

34. V. *Papiltan*: Anatomie umană, Cluj, 1925.

35. A. *Poppi*: L'hypertrophie de l'amygdale pharingée, Monographies otorino-laringologiques, Paris, edit. Legrand.

36. G. H. *Roger*: Introduction a l'etude de la medecin, Paris, 1926, edit. Masson.

37. *Schaeffer*: Die Menstruation, 1908.

38. R. *Schulmann*: L'ozene, These, Paris, 1924.

39. H. *Sternberg*: Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Schleimhaut der Luftwege, Zeitschr. für Hals-, Nase-, Ohrenheilk. Wien, 1925, Mai.

40. H. *Vigues*: La theorie anaphilactique de la menstruation, 1926.

41. H. *Zilbermann*: Tratatamentul insuficienței ovariene cu doze mari de calciu, Teză, București.