

CV 1268

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FĂCULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

86.81
No. 354

Proba celor trei pahare în nycturia stenozelor pilorice



TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua

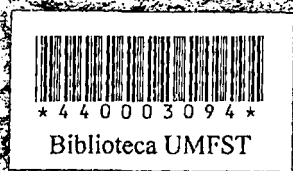
DE

IOSIF GHITEA

MEDIC INTERN LA SPITALUL DE STAT DIN ORADEA

1927

TIPOGRAFIA „VIATA” CLUJ, STRADA REGINA MARIA No. 86



UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 354

Proba celor trei pahare în nycturia stenozelor pilorice



TEZĂ

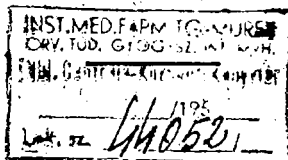
PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua

DE

IOSIF GHITEA

MEDIC INTERN LA SPITALUL DE STAT DIN ORADEA



24 MAY 2005

1927

TIPOGRAFIA „VIAȚA” CLUJ, STRADA REGINA MARIA No. 36

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-l Profesor Dr. BOTEZ A. M.

Profesori titulari:

Patologia generală și experimentală	D-l Dr.	Botez M.
Istologie și embriologie umană	" "	Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" "	Gane T.
Clinica gynecologică și obstetricală	" "	Grigoriu Gr.
Istoria medicinei	" "	Guiart I.
Clinica medicală	" "	Hatieganu I.
Clinica chirurgicală	" "	Iacobovici I.
Medicina operatorie	" "	" "
Farmacologie și farmacognozie	" "	Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	" "	Mihail D.
Clinica neurologică	" "	Minea I.
Medicina legală	" "	Minovici N.
Igiena și igiena socială	" "	Moldovan I.
Radiologie medicală	" "	Negru D.
Fiziologie umană	" "	Nițescu I.
Farmacia chimică și galenică	" "	Pamfil Gh.
Anatomie descriptivă și topografică	" "	Papilian V.
Clinica oto-rhino-laringologică	(agr.)	} I. Predescu-Rion
Clinica stomatologică	(supl.)	
Clinica dermato-venerică	" "	Tătaru G.
Chimia biologică	" "	Thomas P.
Clinica psihiatrică	" "	Urechia C.
Anatomie patologică	" "	Vasilin T.

JURIUL DE PROMOTIUNE

PRESEDINTE: D-l Prof. Dr. IULIU HATIEGAN

Membrii: { D-l Prof. Dr. Nițescu I. I.
" " " Botez M. A.
" " " Iacobovici Iacob
" " " Vasilin Titu

Supleant: Docent Dr. Goia

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare, ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare, nici desaprobare.

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

In amintirea memoriei
mamei mele

dragoste neajmurnitã
tatãlui meu

și surorii mele



IAȘI, 2011

Președintelui meu de text:
Prof. Dr. I. Haticganu

*in semn de admirație profundă
și respectuoasă recunoștință*



I. Introducere

Istoricul și fiziologia eliminării urinare

Proba celor trei pahare este un studiu cantitativ al eliminării urinare în timp de 24 de ore, împărțind timpul acesta în trei perioade corespunzătoare fiecărui pahar.

Secreția urinară nici în stare normală nu se face în mod uniform, adecă cantitatea și calitatea urinei din fiecare pahar variază dela unul la altul, precum și la acelaș pahar prin anumite influențe fiziologice survenite în timpul zilei.

Variațiunile calitative în ceea ce privește culoarea, densitatea, concentrația produselor de excreție (uree, cloruri, fosfați) (P_2O_5) sunt fără importanță în lucrarea aceasta și deci vom studia eliminarea urinară numai din punct de vedere a variațiilor cantitative.

În stare normală această eliminare urinară din punct de vedere cantitativ urmează un ritm, care e însă schimbat sau uneori chiar inversat sub diferite influențe patologice. Noi trebuie deci să studiem acest ritm urinar pe de-o parte în stare normală și pe de altă parte în stările patologice cu influență asupra acestui ritm.

Ritmul urinar normal a fost studiat încă de mult timp. În 1877 Picard și în 1878 Paul Bert, au observat că cantitatea de urină eliminată în timpul nopții e mult inferioară celei eliminate în timpul zilei și că după masă cantitatea urinei crește. Aceste constatări au fost confirmate de Gley și Richet și experimental de Roger. Aceleași rezultate în ceea ce privește eliminarea urinară în stare normală au fost publicate de Chauffard și Castaigne în 1901. Balthazar, Yvon, Gilbert și Lereboullet, din concluziile cărora reese, că ritmul urinar normal e caracterizat prin aceea, că eliminarea lichidelor urmează foarte repede după absorbția lor.

Pentru Vaquez și Cottet, obiceiului nostru de a nu bea noaptea se datorește faptul că urina emisă în timpul nopții e mult mai puțin abundentă și mai densă decât cea secretată în timpul zilei.

Astfel pe baza cunoștințelor de azi putem afirma, că ritmul urinar normal e caracterizat printr'o diureză abondentă și precoce după masă în timpul zilei și printr'o diureză mult mai restrânsă în timpul nopții. Acest ritm este condus de multe fenomene, pentrucă secreția urinară este o funcțiune foarte complexă.

Din punct de vedere a eliminării urinare are mare importanță apa, care constituie partea cea mai însemnată a băturilor noastre, care însă trebuie să treacă prin faze nenumărate în organism, dela prima fază a absorbției la cea din urmă a eliminării în forma de urină.

Studiind aceste diferite faze vedem că apa ingerată trece prin stomac și se absoarbe la nivelul intestinului. Dela mucoasa intestinală urmează calea venei porte, trece prin ficat, vena suprahepatică, vena cavă inferioară, în inima dreaptă, de aici în plămâni, inima stângă, pe urmă prin artere ajunge la rinichi, prin care trece la rândul său pentru a fi excretat printr'un aparat special.

În tot parcursul său apa poate întâlni în stări patologice obstacole la diferite niveluri, având ca consecință o întârziere sau o diminuare a debitului urinar.

Ritmul urinar patologic a fost obiectul lucrărilor mult mai numeroase. Deoarece însă tulburările secundare unor stări patologice ale căilor de eliminare urinară sunt ușor de diagnosticat și deci tot așa de ușor le putem exclude întrucât, în lucrarea de față nu are nici-o importanță.

Era foarte logic deci ca organul cel mai incriminat în tulburările de eliminare urinară să fie rinichiul.

Printre cei dintâi cari s'au ocupat cu această chestiune din punct de vedere renal a fost Wilson, care credea că excreția urinară nocturnă, superioară celei diurne este secundară unei afecțiuni renale și că în această acțiune și inima își are rolul său.

În 1900 Laspeyres pune numai pe socoteala rinichiului precum și Mongour, care constată într'un caz de nefrită cronică, o oligurie orthostatică concomitent cu exagerarea fenomenelor de brightism.

Această chestiune a fost studiată mai detaliat de Albarran, în 1903, care crede că e un procedeu special pentru determinarea valorii funcționale a rinichilor prin așa zisa: „polyurie experimentală“. Această metodă de explorațiune renală ar pune în evidență influența rinichiului bolnav asupra polyuriei experimentale.

Proba constă în a administra bolnavului o cantitate de apă (600 cc) „à jeun“ făcându-l cateterismul ureteral în poziție culcată a celor doi rinichi. Se ia urina din jumătate în jumătate de oră, prima recoltare precedând ingestia apei.

Se ia deci urina de 6 ori în trei ore, se examinează produsul fiecărui rinichi atât din punct de vedere cantitativ cât și calitativ. Din numeroasele fapte pe cari le-a observat reies următoarele legi:

„1) rinichiul bolnav are o funcțiune mult mai constantă ca rinichiul sănătos și funcțiunea sa variază cu atât mai puțin delat un moment la altul, cu cât parenchimul său e mai distrus;

2) când unul din cei doi rinichi este singur bolnav, sau mai bolnav ca celalalt, îndatăce funcțiunea urinară este tulburată își modifică funcțiunea sa mai puțin ca celalalt; diferența între cele două glande se exagerează peste tot prin variația funcțională a rinichiului sănătos“.

Astfel în timp ce rinichiul sănătos prin proba poliuriei își mărește diureza după absorbția apei ajungând la maximum în a 2—3-a oră pentru a diminua apoi, rinichiul bolnav (presupunând că e foarte bolnav) se comportă ca și cum n'ar fi băut individul; cu alte cuvinte; lichidul ingerat nu modifică nici cantitativ, nici calitativ secreția sa.

În acelaș an Linossier și Lemoine încep cercetările în ce privește influența orthostatismului asupra funcțiunei renale. Se recolta urina din 12 în 12 ore, într'o zi bolnavul stând în picioare tot timpul (orthostatic) în cealaltă zi fiind culcat tot timpul în pat (clinostatic). Se măsură cantitatea urinei din fiecare zi și se asemănau între ele. Autorii aceștia au ajuns la următoarea constatare: „poziția orthostatică scoboară la toți secreția apei prin rinichi. Diminuarea cantității de urină e mai marcată la indivizii cu rinichii alterați, ca și la cei sănătoși și deci „oliguria orthostatică“ e semnul unei funcțiuni renale defectuoase. În acelaș timp au observat că în clinostatism se deslănțue o poliurie zisă „compensatoare“.

Acești autori deci au interpretat „oliguria orthostatică“, ca un semn de insuficiență funcțională a rinichilor, deși în majoritatea cazurilor e de natură extrarenală precum vom vedea în cercetările ulterioare. Aceiași autori mai târziu au revenit asupra acestei chestiuni executând proba eliminării urinare la bolnavi a jeun și excludând astfel greșala ca oliguria orthostatică-secundară unei insuficiențe de evacuare gastrică, să fie considerată ca un semn de insuficiență a funcțiunei renale. Ei afirmă însă că la indivizii cu insuficiență renală, cari însă nu presintă nici o tulburare de absorbție gastrointestinală, proba orthostatică e aceeași când stomacul e plin sau e gol și fac concluzia, că: „aproape totdeauna la indivizii cu rinichii alterați insuficiența de evacuare gastrică exagerează oliguria orthostatică de origine renală“.

Din lucrările lui Vaquez și Cottet ne interesează probele și experiențele foarte convingătoare prin care fixează caracterele nycturiei la bolnavii cu afecțiuni renale. Ei ne arată raportul între debitul urinar și poziția pe care o ia bolnavul în timpul

probei și au indicat influența clinostatismului asupra condițiilor mecanice de secreție urinară și astfel Cottet este cel dintâi, care a preconizat cura diurezei provocate în poziție culcată.

Originea extrarenală a oliguriei orthostatice a fost semnalată încă în timpurile mai vechi; printre autorii aceștia putem cita pe Quinque, Wilson, Iljisch, Laspeyres și Pehu, cari au studiat ritmul urinar în diferite stări morbide și mai ales la bolnavii atinși de afecțiuni cardio-vasculare. Ei au notat frecvența eliminării urinare cu predominanță nocturnă, pentru care au propus numirea de *nycturie* și îl consideră acest simptom de ordin pur mecanic și ca indicatorul debilității cardiace.

Pentru acești autori mecanismul producerii anizuriei ar fi astfel, că în urma alterării parenchimului hepatic s'ar produce un obstacol în circulația portală. Acest obstacol influențează funcțiunea rinichiului de o parte prin hipertensiune portală, care aduce după sine o diminuare a absorbției lichidelor din întestin; de altă parte ca o consecință urmează o hipotensiune suprahepatică și deci coborârea tensiunii arteriale.

Prin alte lucrări sub numele de *opsiurie* acești autori au studiat întârzierea eliminării urinare a lichidelor absorbite, fie în timpul alimentației, fie dimineața pe nemâncate, fie luate pentru proba hidrică și au clarificat raporturile ce prezintă acest fenomen cu hipertensiunea portală, secundară unei alterații a glandei hepatice.

Gilbert și Lereboullet fac o comunicare a cercetărilor experimentale recoltând urina din patru în patru ore; o zi întreagă bolnavul stând tot timpul culcat și mâncând de două ori pe zi la ore fixe; odată la 12 și seara la 20 fără să mai mănânce în acest interval, nici până în cealaltă zi la ora 12. Se face o grafică a cantității de urină din 4 în 4 ore.

În stare normală din punct de vedere cantitativ urinele diurne sunt cele mai abondente și mai ales în orele, cari urmează imediat după mâncare (deci la 16 și 24 ore). Acești autori au semnalat la câțiva hepatici, că: urina emisă în primele 4 ore după mâncare e în general mai puțin abondentă, decât cea emisă în timpul foamei (a jeun) „Urinele sunt deci întârziate (opsiurie) și e o inversiune a formulei normale de eliminare apoasă“.

Deci prin proba aceasta se arată întârzierea diurezei post-prandiale prin obstacolul hepatic. Noile cercetări făcute de Gilbert și Villart au condus lucrările lor și mai departe făcând recoltarea urinei oră cu oră timp de 6 ore zilnic 4 zile consecutive; în prima zi bolnavul a jeun e culcat, a doua zi bolnavul a jeun stă în picioare, a 3-a zi, bolnavul e culcat și absoarbe 500 gr. apă d'Evian și a 4-a zi bolnavul stă culcat după ingerarea aceleiași cantități de lichid.

În urma acestei probe au constatat că poziția orthostatică, dacă în stare normală nu influențează eliminarea cantitativă a apei, în afecțiuni hepatice cu hipertensiune portală această influență e evidentă a jeun și se accentuează mult după ingerarea apei, dând oliguria orthostatică.

Cercetările aceste au fost confirmate prin experiențe făcute la câini la cari ritmul urinar normal e asemănător cu acel al omului sănătos. Prin legătura venei porte la câină, au obținut „opsiuria și oliguria consecutivă coexistând cu o hipertensiune portală” care varia între 2—4 cm. de mercur.

Pentru confirmarea și mai justificativă a afirmației, că opsiuria și oliguria sunt consecutiv hipertensiunii portală au aplicat la un individ cu ciroza lui Laënc operația lui Talma (omentopexia) și astfel au creiat o derivație artificială a sistemului portal în hipertensiune și s'a obținut o ameliorare a ritmului urinar manifestându-se prin tendința la restabilirea formulei normale.

Influența clinostatismului asupra diuresei era semnalată încă din timpurile vechi, de Wilson, prin poliuria nocturnă a cardiopatiilor, de Iljisch, care în punctul 3. al comunicării sale scrie foarte lămurit că în cazurile când pacienții stau toată ziua în pat, poliuria nocturnă e mai puțin pronunțată ca și în cazurile când, numai câteva ore din zi stau în picioare. Această poliurie clinostatică a constatat-o mai ales în afecțiunile renale. Apoi Gilbert și Lereboullet au constatat chiar o diminuare a opsiuriei prin clinostatism.

Mai târziu Linossier și Lemoine au considerat oliguria orthostatică ca semnul cel mai evident al unei nephropathii. Tot aceeași părere o are și Mongour asupra acestei chestiuni.

Linossier și Lemoine au fost cei dintâi, cari au căutat să-i dea și o explicație acestei oligurii orthostatice și după ei constă în acea, că în timpul orthostatismului, prin greutatea rinichiului se face o torsiune a pediculului vascular (diminuându-se calibrul vaselor). Calibrul arterei renale diminuându-se urmează o diminuare a presiunii sanguine renale și consecutiv o diminuare a secreției urinare. Aproape toți autorii admit această explicație mecanică a oliguriei orthostatice confirmate și prin experiențe diferind unul de altul numai prin acea că alții ca Jehle, Brück, etc., pun flexarea vaselor renale pe socoteala lordozei din timpul orthostatismului. Sunt de acord cu toții însă, că o stază renală ar fi cauza proximală a oliguriei.

Ca un studiu foarte interesant, care a servit la baza explicațiilor date funcțiunii de excreție a rinichiului, este studiul influenței orthostatismului asupra funcțiunii renale la sfârșitul sarcinii, publicată în 1905 de Linossier și Lemoine. Intrucât în sarcină mai ales în perioada terminală condițiunile de susținere a rinichiului sunt schimbate în sensul, că, în orthostatism rinichiul e împins în sus și susținut de masele intestinale și astfel

coborirea e minimă, deci nu va suferi nici secrețiunea urinară în acest caz. În clinostatism din contră, uterul poate — direct sau prin intermediarul masei intestinale — comprima rinichiul și pedicolul său, producând o flexiune a vaselor în sens invers celei produse de orthostatism la indivizii sănătoși, adică cu concavitatea în sus.

În astfel de împrejurări deci putea fi prevăzută dispariția oliguriei orthostatice la însărcinate și poate chiar o înversiune a fenomenelor de obicei observate și apariția unei *oligurii clinostactice*.

Trebuie să ținem socoteală de aceea, că acești cercetători făceau probele eliminării urinare din 4 în 4 ore alternativ, culcând și lăsând în picioare bolnavele, însă erau puse în aceleași condițiuni în ceea ce privește plenitudinea stomacului. Natural, că această oligurie e foarte variabilă dela un caz la altul, deoarece intensitatea ei e în raport cu diferite circumstanțe, ca: mărimea, mobilitatea uterului, poziția fătului, etc.

În favoarea ipotezei lor vine faptul că îndată ce fătul s'a angajat și compresiunea renală a diminuat; oliguria clinostatică tindea să dispară iar ritmul urinar se apropia mult de cel normal.

Din aceste cercetări vaste descrise pe scurt am văzut, că autorii citați au pus în evidență numeroasele obstacole pe care le prezintă rinichiul, ficatul, inima și vasele în calea pe care o parcurge apa în organism, însă mai târziu s'au întreprins lucrări foarte serioase prin studiul influenței stomacului pathologic asupra ritmului urinar făcut de prof. Surmont și elevii săi J. Tüpres și Depreux.

II. Obiectul studiului

Studiul probei celor trei pahare este consacrat în mare parte stenozelor pilorice. În aceste cazuri evacuarea gastrică e diminuată constituind un simptom important: insuficiența de evacuare gastrică de diferite grade, care formează elementul principal și causal al oliguriei orthostatice. Pentru a pune în evidență constanța acestei oligurii în toate cazurile de stenoză pilorică am atașat acestei lucrări și câteva cazuri de stenoză la cari insuficiența de evacuare gastrică este minimă și proba celor trei pahare e pozitivă.

Pentru a schematiza varietățile stenozelor pilorice și a le clasifica mai ușor, împrumut următoarea împărțire dela Winnaert, care a întrebuințat-o pentru teza sa de doctorat în 1923:

Stenoză pilorică: a) organice; b) funcționale (spasmodice).
a) 1. *intrinsece* (*alterarea canalului piloric*)

2, *extrinsece* (prin compresiune, obturare, etc).

1) Cele mai frecvente din categoria *stenozelor intrinsece* în ordinea frecvenței lor sunt următoarele: cancerul, ulcerul, mîi ales juxtapiloric, arsuri stomacale (gastrite caustice) sifilis, tbc.

2) Dintre *stenozele extrinsece* amintesc iarăși în ordinea frecvenței lor corpii străini (calculii biliari) ficatul (lobul patrat) vezicula biliară (colecistită), micul epiploon (peritonita adhesivă) cc. al capului pancreatic și alte organe mai jos situate, precum și stenozele situate mai jos: ulcerul duodenal, cc. duodenului, rini-chiul drept, chist voluminos aorta dilatată (anevrism) corpia străini, cicatrice, ulcer, tbc. sau sifilitic al duodenului.

b) *piloro-spasm* (exagerarea funcțiunei normale a acestui sfincter).

1. cauze locale iritative;
2. cauze de ordin reflex;
3. cauze de ordin general.

În categoria 1. aparține ulcerul (cc rar pentru că distruge țesutul muscular al sfincterului) peripilorite și cele cu aderente, ploze gastrice, hiperaciditate (în boala lui Reichmann).

2. *Spasme reflexe* ulcer gastric (pe mica curbură) uneori însă dă insuficiență pilorică (Bouchut); leziunile cardiei [în cazul citat de Aimand (de Vichy) care timp de 27 ore nu și-a evacuat stomacul dilatat], colelithiază (Ludin).

3. *La spasmodicili* (emoție, frică, la basedowieni, tabes, hys-terie, intoxicare cu Pb., cu nicotina, autointoxicații).

III. Proba celor trei pahare la omul normal

Proba celor trei pahare are ca scop de a determina raportul urinar nyctemeral — cum îl numește Cottet — adică raportul cantității de urină emisă în timpul nopții și aceea emisă în timpul zilei, cu alte cuvinte: influența clinostatismului asupra eliminării urinare nocturne.

Deci:

$$N = \frac{\text{Cantitatea de urină nocturnă}}{\text{Cantitatea de urină diurnă}}$$

Acest raport în stare normală este egal cu $\frac{1}{3}$ la omul sănătos, ceea ce înseamnă, că în stare normală cantitatea de urină emisă în timpul zilei e de trei ori mai mare ca aceea emisă în timpul nopții. În mod fiziologic cantitatea medie de urină în 24 ore la un individ normal e: 1360 cc., cu o corecție în plus de 10 cm³ pentru a obține cifre rotunde.

Calculând prin formula dată de Cottet $N = \frac{1}{3}$ când cantitatea totală de urină e 1360 cc. Pentru simplificarea calculelor notăm

urina nocturnă cu X, iar cea diurnă cu Y; avem raportul:

$$\frac{X}{Y} = \frac{1}{3} \text{ de aici } Y = 3X$$

noi însă știm că cantitatea totală de urină adevărată:

$$X + Y = 1360 \text{ cc, iar}$$
$$Y = 3X$$

Inlocuind valoarea lui Y din

a II-a ecuație în prima obținem:

$$X + 3X = 1360 \text{ cc}$$

$$4X = 1360$$

$$X = 340 \text{ cc iar}$$

$$Y = 3X \text{ sau}$$

$$Y = 1020 \text{ cc.}$$

$$\frac{340 \text{ cc. urină nocturnă}}{1020 \text{ cc. „ diurnă}} = \frac{1}{3} \text{ raport nycte meral}$$

Deoarece însă în acest caz proba s'a făcut cu 8 ore clinostatism și restul de 16 ore în poziție ortostatică acest ritm obținut e relativ, iar noi vrem să obținem raportul nictemeral absolut considerând că individul ar fi fost culcat 12 ore din 24 ore.

Dacă în 8 ore clinostatice cant. urinei: 340 cc.

Atunci „ 1 „ „ „ X

$$X = \frac{340}{8} = 42 \text{ cc.}$$

Aceasta este cantitatea orară medie de eliminare urinară nocturnă la un individ normal.

Dacă în 16 ore ortostatice cant. urinei: 1020 cc.

Atunci „ 1 „ „ „ X

$$X = \frac{1020}{16} = 64 \text{ cc.}$$

Aceasta este cantitatea orară medie de eliminare urinară diurnă la acelaș individ.

Raportul acestor două cantități ne va da raportul nictemeral absolut.

$$R = \frac{42}{64} \cdot \frac{21}{32} = \frac{3}{5}$$

Deci dacă individul ar sta 12 ore din 24 în clinostatism cantitatea de urină diurnă ar fi: 850 cc. știind că cantitatea totală de urină e 1360 cc.

$$1360 \text{ cc.} : 8 = 170 \text{ cc.}$$

Urina nocturnă: $\frac{3}{8}$

$$170 \times 5 = 850 \text{ cc.}$$

diurnă $\frac{5}{8}$

$$170 \times 3 = 510 \text{ cc.}$$

iar cantitatea totală de urină este: 1360 cc.

În stare normală acest raport variază dela individ la individ între limitele:

$$\frac{1}{3} \text{ și } \frac{3}{5}$$

Proba celor trei pahare după descrierea dată de Prof. Surmont și elevii săi; Tipres et Depreux, a fost aplicată în scopul cercetărilor prezente în Clinica Medicală din Cluj. Ea constă în recoltarea urinei diurne (I pahar) dela ora 8 dimineața la ora 20 seara bolnavul stând tot timpul în picioare sau stând în sală pe un scaun, iar urina nocturnă se colectează în două porțiuni deosebite; una dela ora 20 la ora 2 dimineața (II pahar) alta dela ora 2—8 dimineața (III pahar). Această probă se face timp de trei zile consecutiv. Bolnavul e obligat de a cina la ora 18 seara iar la ora 20 se culcă și până în cealaltă zi, dimineața la ora 7.30, nu ia nimic, chiar nici apă. Bolnavul își evacuează vezica urinară înaintea de a eși pentru defecațiune.

În scopul de a pune în evidență și mai clar rolul clinostatismului asupra eliminării urinare am mai adăugat și a IV-a zi de probă, în care bolnavul stă timp de 24 ore în poziție clinostatică. Neavând însă posibilitatea de a face la toți bolnavii această probă am fost nevoit să renunț în unele cazuri, când bolnavii n'au stat în secția medicală decât timp de 3—4 zile, pentru a li-se propune intervenție și s'au transpus apoi la secția chirurgicală.

IV. Proba celor trei în stenozele pilorice

Intrucât condițiile sociale ale poporului nostru diferă mult de acelea ale țărilor din apus, țin să remarc, că din nefericire la noi cazurile de stenoze neglijate sunt cu mult mai frecvente, ca cele incipiente.

Datorită acestui fapt, că mulți dintre bolnavii noștri prezintă stenoze foarte înaintate, cu o stare de denutriție și cașexie extremă, în multe din aceste cazuri n'am putut executa cercetările prezente.

Din studiul făcut la un mare număr de bolnavi asupra valorii și influenței clinostatismului și a orthostatismului asupra eliminărilor urinare concludem următoarele:

1. Orthostatismul produce o oligurie relativă sau absolută la bolnavii cu stenoză pilorică și consecutiv o poliurie precoce clinostatică compensatoare.

2. Această *oligurie* este *relativă* în cazul stenzelor pilorice incomplete; adică cantitatea totală de urină emisă în 24 ore este normală sau aproape normală.

În acest caz oliguria e numai aparentă și deci e numai o perturbație în raportul nyctemeral al ritmului urinar în sensul, că cantitatea de urină nocturnă este superioară celei diurne și cea din prima perioadă a nopții întrece pe cea din a doua perioadă; perturbația ritmului urinar se traduce prin așa zisa *nycturie pre-*

coce. Este zisă precoce de prof. Surmont, pentru că se produce în prima perioadă a nopții, adică în primele ore ale decubitului. (Vezi foile de observație No. 1, 2, 3).

3. În cazul stenozei pilorice complete din cauza înpermeabilității pilorului de o parte și din cauza vărsăturilor dese, post-alimentare de altă parte; debitul piloric e mult scăzut și consecutiv absorbția portală minimă având ca rezultat final o *oligurie absolută* precum am observat într'un număr mare de cazuri. (Vezi foile de observație No. 4, 5, 6, 7, 8, 9.)

Am văzut în capitoul anterior ce mare influență are clinostatismul asupra eliminării urinare chiar în stare normală (la indivizii sănătoși) cu atât mai vădit la indivizii atinși de stenoză pilorică influența orthostatismului și a clinostatismului este mai exagerată prin faptul, că îndată ce se restabilește debitul piloric absorbția portală se face cu o viteză normală sau chiar mai mare.

Astfel îndată ce decubitul orizontal (clinostatism) permite bolnavului a-și goli stomacul în intestin, absorbția portală se face numai decât și venele suprahepatice transmit repede circulației generale lichidele culese de rădăcinile venei porte.

Încă de mult clasicii semnalară o oligurie manifestată în stenoza pilorului câțiva din ei considerau chiar acest simptom ca semnul unei absorbții apoase diminuată la nivelul mucoasei gastrice.

Pentru a pune mai bine în evidență influența clinostatismului asupra debitului urinar am prelungit proba celor trei pahare în trei zile consecutive preconizate de Surmont și elevii săi, adăugând o a patra zi în care bolnavul stă tot timpul culcat.

Rезultatele obținute în aceste condiții sunt mult mai demonstrative întrucât mărirea polyuriei clinostatice arată rigurositatea orthostatismului din zilele anterioare. Contrastul va fi deci cu atât mai mare în cece privește cantitatea de urină diurnă din a patra zi raportate la cele din zilele anterioare, cu cât mai riguros s'a menținut poziția orthostatică în acele zile.

E foarte logic că indivizii cari stau în picioare toată ziua vor prezenta o oligurie mai marcată, ca cei cari șed toată ziua.

Pe baza probei celor trei pahare adevărat din punctul de vedere a eliminării urinare putem clasifica stenozele pilorice în două mari categorii:

- I. Stenozele pilorice cu debitul urinar normal și
 - II. Stenozele pilorice cu debitul urinar anormal.
- I. Stenozele pilorice cu debitul urinar normal sunt acele cari dau proba celor trei pahare intens pozitivă caracterizată prin aceea că polyuria e precoce și comparând cantitatea urinei din cele trei pahare observăm numai decât predominanța urinei în al II-lea pahar.

În această categorie se țin stenozele pilorice incomplete și mai ales stenozele spastice. În aceste cazuri oliguria e numai

aparentă și cantitatea totală a urinei din 24 ore e normală sau aproape normală.

Una din observațiile cele mai caracteristice este următoarea în care atât oliguria orthostatică cât și nycturia precoce este foarte frumos pusă în evidență prin proba celor trei pahare.

OBSERVAȚIA NO. I.

Nr. 2474/1926. Clinica Med. Cluj (Foaia de observație).

Bolnavul O. V. în etate de 54 ani, se prezintă la consultațiile Clinicii medicale în 8 Decembrie 1926.

Din antecedentele șale nu se vede decât, că în etate de 24 ani a suferit de febră tifoidă.

Boala actuală datează cam de 20 ani, debutând insidios cu greață, eructații, senzație de plenitudine și dureri epigastrice la 2—3 ore după mâncare. Aceste fenomene se repetau la intervale mari (la 2—3 ani) și erau de scurtă durată (2 săptămâni); fiind urmate de lungi perioade de acalmie.

Cam de vre-o doi ani se simte mai rău; perioadele dureroase sunt tot mai frecvente, atașându-li-se și vărsături spontane (la 2—3 ore după mâncare) după cari durerile se calmează. În acelaș timp adeseori observă niște mișcări serpuitoare în regiunea epigastrică. N'a avut hematemeză, nici melenă.

Apetitul păstrat, scaune regulate.

Plămâni, inimă, ficat, splină: normale.

Reacția Wassermann: negativă.

Urina: nici albumină, nici zahăr.

Scaune: Reacția Gregersen (pentru sânge) negativă.

Chimismul gastric: resturi mici alimentare à jeun.

A jeun $\text{HCl} = 24$; $\text{AT} = 44$.

După dejun de probă: $\text{HCl} = 18$; $\text{AT} = 36$.

Examenul radiologic: Stomacul se prezintă în formă semi-lunară, e atonic, situat mai la dreapta, cu 5 degete sub ombilic. Bula de aer mică, lichid de 4 degete. Peristaltism profund evacuare rapidă. Duodenul e sensibil și se desemnează fugitiv și diformat. După 7 ore un rest de mai mult de $\frac{1}{2}$ Bariu în stomac, iar restul acestui prânz opac în ileon și ascendent.

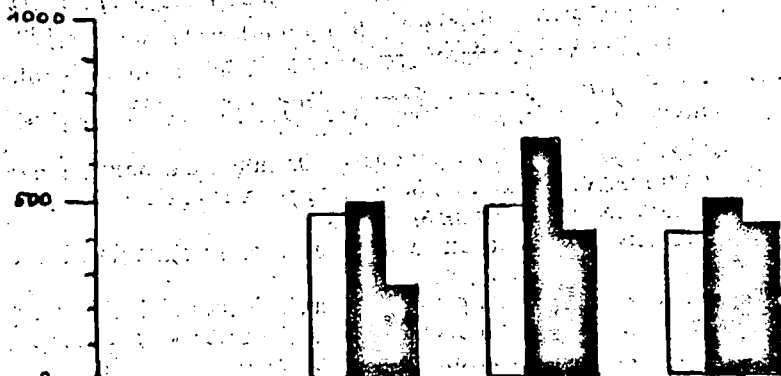
Diagnostic: *ulcer duodenal cu aderente* (ulcer juxtapiloric).

Deci examenul radiologic a pus în evidență insuficiența de evacuare gastrică pe care o confirmă și o pune în evidență proba celor 3 pahare:

11 Decembrie 1926, urina diurnă: 420 cc. (I pahar); urina nocturnă 770 cc. (II pahar); 430 cc.; III pahar 340 cc.; urină în 24 ore = 1190 cc.

12 Decembrie 1926, urină diurnă: 450 cc. (I pahar); urină nocturnă 900 cc. II pahar 620 cc.; III pahar 380 cc.; urină în 24 ore 1350 cc.

13. Decembrie 1926, urină diurnă: 390 cc. (I pahar); urină nocturnă: 850 cc. II pahar: 450 cc.; III pahar 400 cc.; urină în 24 ore 1240 cc.



Decembrie 1926.

(coloana clară arată urina diurnă).

Această probă arată o nycturie evidentă și foarte bine exprimată cu predominanță în prima perioadă a nopții. Cantitatea urinei eliminate în 24 ore este normală și deci nu e decât o inversiune a ritmului urinar cu o nycturie precoce foarte caracteristică insuficienței de evacuare gastrică nu prea însemnate.

Intr'un alt caz care urmează vom vedea, că, deși este o nycturie evidentă, nu vom vedea această predominanță în prima perioadă a nopții și o nycturie foarte variabilă pentru că cazul de stenoză organică este complicat cu un spasm piloric.

OBSERVAȚIA NO. II.

(Foaia de observație No. 2373) 1926 Clinica Medicală din Cluj).

M. V. în etate de 43 ani se prezintă la consultațiile Clinicii în ziua de 25 Noembrie 1926.

Din antecedente reiese că în 1917 a avut o blenoragie.

Boala actuală datează de 4 luni, debutând insidios cu senzație de plenitudine și dureri epigastrice, cari apar la 2—3 ore după mâncare, forțându-l adeseori să-și provoace vărsături pentru a și-le calma.

Uneori durerile apar în timpul nopții. Cam de o lună se simte mai rău, impiedecându-l de a mai munci, slăbind foarte mult.

Apetitul păstrat, scaun neregulat, constipat.

Ficat, splină, cord: normale.

Plămânii: tonalitate mai ridicată la vârfuri la percucie, respirație mai aspră cu raluri difuze de bronșită la auscultatie.

Aparatul digestiv, abdomen: de circumferință normală.

Sensibilitate în regiunea epigastrică, cu maximum de intensitate imediat sub unghiul xifoidian.

Reacția Wassermann: intens pozitivă.

Urina: galbenă; clară, desitatea 1009, albumină, puroi, zahăr, negativ.

Scaune: Reacția Grøgersen: pozitivă.

Sucul gastric:

A jeun: resturi alimentare și Bariu

HCl = 28, AT = 34

Dejun de probă: HCl = 36 AT = 58

Examenul radiologic: Stomac formă de trecere, situat mai oblic și puțin la dreapta. Tonicitatea bună, limita inferioară la ombilic. Bula de aer — mică puțin. Peristaltism profund, evacuarea continuă și rapidă. Duodenul se desemnează în întregime, se evacuiază continuu și rapid, bulbul mare, globos, acoperit de partea descendentă. Sensibilitate pe duoden. Pe curbura mică a bulbului duodenal e o excavare (deformare) permanentă.

După 6 ore un rest de $\frac{3}{4}$ de Bariu în stomac, iar restul în ileon și colonul ascendent.

Diagnostic: *Ulcer duodenal cu stenoză pilorică.*

Această insuficiență de evacuare gastrică e foarte evidentă și la examenul radiologic, iar proba celor trei pahare o pune foarte frumos în evidență:

6 Dec. 1926, urina diurnă: 440 cc. (I pahar); urină nocturnă 800 cc. II pahar 240 cc. III pahar 560 cc.; urină în 24 ore: 1240 cc.

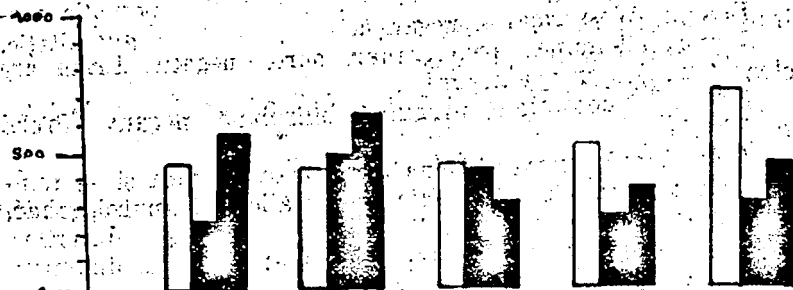
7 Dec. 1926 urină diurnă: 420 cc. (I pahar) urină nocturnă 1100 cc. II pahar 490 cc. III pahar 610 cc.; urină în 24 ore: 1520 cc.

8 Dec. 1926 urină diurnă: 430 cc. (I pahar) urină nocturnă 710 cc. II pahar 410 cc. III pahar 300 cc.; urină în 24 ore: 1140 cc.

9 Dec. 1926 urină diurnă: 500 cc. (I pahar) urină nocturnă: 620 cc. II pahar 280 cc. III pahar 340 cc. urină în 24 ore: 1120 cc.

Proba clinostatică:

10 Decembrie 1926 urină diurnă: 700 cc. (I pahar) urină nocturnă: 740 cc. II pahar 300 cc. III pahar 440 cc.; urină în 24 ore: 1440 cc.



Decembrie 1926.

În acest caz deși nycturia e evidentă, nu are caracterul de a fi precoce ceea ce denotă, că nu e o simplă stenoză pilorică organică, ci se asociază cu un element spastic, care deformează curba caracteristică a nycturiei. Cantitatea urinei emise în 24 ore e normală deci și acest fapt denotă, că rolul important în această stenoză îl joacă spasmul reflex al pilorului asociat unui ulcer duodenal.

Cazul care urmează este una din cele mai prețioase în care se vede sensibilitatea extremă a probei celor trei pahare, prin aceasta putând a pune în evidență o insuficiență de evacuare gastrică incipientă înaintea apariției ori căruia alt simptom.

OBSERVAȚIA III.

(Foaia de observație No. 483, 1927, Clinica Medicală Cluj)

A. J. în etate de 50 ani, cântărind 36 kgr. se prezintă la consultație în ziua de 30 Iunie 1926.

Din antecedentele heredo-colaterale reiese că părinții au murit în tuberculoză și are doi frați sănătoși.

Dela vârsta de 40 ani e în climacteriu.

Istoricul boalei actuale: Boala actuală a debutat înainte cu 3 luni, cu dureri în epigastru cari iradiază în ambii hipocondrii, mai pronunțat în cel drept, în același timp prezentându-se greață în special față de grăsimi și carne.

După trei zile reapar scaune regulate, n'a avut febră deloc.

De 3 săptămâni observă că tegumentele și sclerele se îngălbenesc progresiv.

Afirmativ n'a observat nici o schimbare a scaunului sau a urinei în ceea ce privește culoarea.

Apetitul diminuat, scaun regulat.

Splina, inima plămânii: normali.

Ficatul: limita superioară la coasta V-a. Marginea inferioară întrece fazele coaste cu 4 degete. Ficatul este dur, ușor neregulat.

Reacția Wessermann: negativă.

Urină: albumină: urme, zahăr, puroi: negativ. Urina are culoare brună, aproape neagră.

Scaunele: decolorate, urobilină, bilirubină: negativ (Proba lui Schmidt).

Intr'o stare agravată bolnava părăsește Clinica și se reîntoarce în 23 Septembrie 1926, din cauză că icterul persista și bolnava era silită să stea în pat din cauza debilității și a durerilor, cari erau localizate în epigastru și în spate. Apetitul diminuat, scaune zilnice de colorațiune normale.

Starea prezentă: tegumentele intens icterice de colorațiune galbenă-verzue. Fața: galbenă murdară.

Plămâni, cordul: normali.

Limba încărcată. Abdomenul ceva mai mărit, bombează ușor în epigastru. Intreaga regiune epigastrică e cuprinsă de o tumoră (ficatul) de consistență dură neregulată depășind falsele coaste cu 4 degete.

Urina: galbenă, clară, albumină, puroi, zahăr: negativ. Pigmenți biliari: pozitivi. Diureza normală.

Scaunele: abondente, păstoase homogene de culoare galbenă palidă, miros putrid, reacția acidă. La diluție plutesc picături de grăsime. La examenul microscopic întreg câmpul e plin de picături de grăsime. Câteva fibre musculare nedigerate cu strițiuni, amidon intra și extracelular, celuloză nedigestibilă. Pigmenți biliari: negativi. Amiloza și triptoliza în scaun: negative.

Tubaj duodenal: după instilare de 50 cc sulfat de magneziu 33% (proba Mellzer-Lyon) negativă. Se obține un suc incolor, fermentii pancreatici scăzuți:

Amilaza 80 unități (normal peste 100).

Lipaza 8 unități (normal între 50—80 unități).

Examenul radiologic: Stomac în formă de cârlig, tonicitate mai slabă ușor alungit, 2 degete sub ombilic situat normal. Bula de aer, lichid puțin. Peristaltism mai profund, evacuare în porțiuni mai mici. Pe curbura mică a părții antrale se observă o îndoitură cu margini regulate, care la presiune dispăre (Einschnürung). Duodenul se desemnează sters și fugitiv, tumoarea se palpează deasupra stomacului, pare a fi în legătură cu ficatul. După 10 minute decubit lateral drept evacuare rapidă, duodenul nu se desemnează. După 7 ore stomacul evacuat, Bariul în ileon și ascendent.

Diagnostic: *Cancer al capului pancreatic și al choledocului cu metastază în ficat.*

Iată deci un caz în care deși examenul radiologic nu denotă acea mică insuficiență de evacuare gastrică a bolnavei; această întârziere în evacuarea stomacului e foarte bine pusă în evidență prin:

Proba celor 3 pahare:

1. Decembrie 1926 urină diurnă 465 cc. (I pahar) urină nocturnă 1000 cc. II pahar 550 cc. III pahar 450 cc.; urină în 24 ore: 1465 cc.

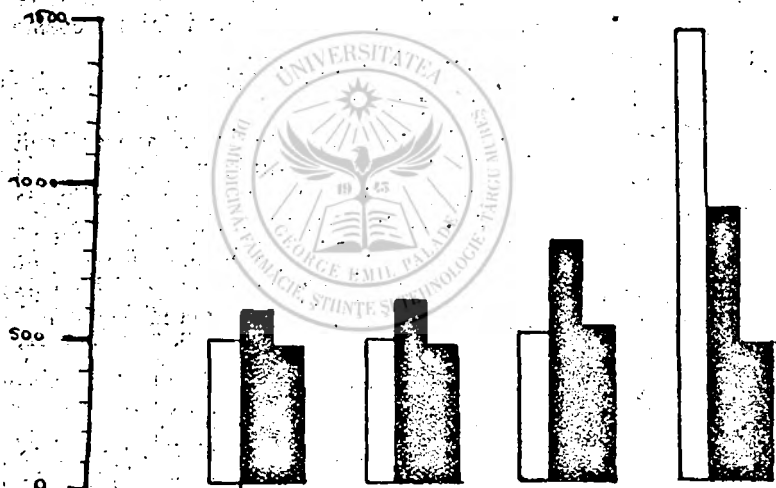
2 Decembrie 1926, urină diurnă: 470 cc. (I pahar) urină nocturnă: 1020 cc. II pahar 580 cc. III pahar 440 cc.; urină în 24 ore: 1490 cc.

3 Decembrie 1926, urină diurnă: 480 cc. (I pahar) urină nocturnă: 1270 cc. II pahar 770 cc. III pahar 500 cc.; urină în 24 ore: 1750 cc.

Proba clinostatică:

4 Decembrie 1926 urină diurnă: 1420 cc. (I pahar) urină nocturnă: 1300 cc. II pahar 870 cc. III pahar 430 cc. urină în 24 ore 2720 cc.

(poliuria din ziua 4-a este datorită unei cești de ceai pe care a ingerat-o bolnava.)



Decembrie 1926.

Deci din punct de vedere al evacuării gastrice contradicția între rezultatul obținut prin proba celor trei pahare și examenul radiologic este foarte vizibilă. Prin această probă, se pune în evidență o nycturie precoce caracteristică care confirmă o tulburare de evacuare stomacală în acest caz, pe care cercetările mai puțin sensibile și simptome mai evidente nu le indică.

S'ar putea crede că această nycturie este de natură hepatică, dar bolnava nu prezintă nici un semn clinic de hipertensiune portală iar caracterul nycturiei nu este opsiurie cum ar trebui să fie în nycturiile hepatice.

Acest exemplu mai ales arată ce importanță mare are proba celor trei pahare în diagnosticul simptomului de nycturie precoce chiar mai sensibilă decât simptomele clinice și examenul radiologic.

Deci rezultă din acest caz că această probă ne poate fi de mare utilitate în precizarea diagnosticului precoce al stenozelor pilorice pe lângă un examen clinic minuțios făcut în același timp.

Bolnava sucombă în 12 Aprilie 1927 și i-se face autopsia în aceeași zi dresându-se proces verbal sub No. 2547/927 la Institutul de Anatomie Patologică din Cluj. În ceea ce privește tubul digestiv sunt notate următoarele alterațiuni: „mucosa stomacală prezintă o stare mamelonată pronunțată, porțiunea pilorului și primele porțiuni duodenale prezintă o strâmtare a lumenului“.

Deci se vede foarte clar că și diagnosticul anatomo-patologic confirmă și explică deranjul de evacuare gastrică prin strâmtarea lumenului porțiunii piloro-duodenale a pilorului.

Importanța și sensibilitatea acestei probe e confirmată și relevată de observațiile ulterioare ale bolnavei când atât simptomul clinic caracteristic: *clapotajul* à jeun cât și examenul radiologic repetat confirmă această insuficiență de evacuare gastrică, care evoluează progresiv.

II. A doua categorie de stenoze sunt acele cari dau o oligurie reală debitul urinar fiind mult inferior celui normal. Această oligurie absolută este rezultatul unei stenoze complete fie de natură benignă (stenoză cicatricială) fie de natură malignă (stenoză canceroasă).

Între stenozele din această categorie putem face deosebire prin aceea că unele sunt asociate de vărsături foarte dese cari nu fac decât să exagereze și mai mult oliguria reală și în același timp se vede că starea de plenitudine și de vâcuitate gastrică este alternativ schimbată; uneori persistând timp mai îndelungat una din aceste stări. Ca o consecință momentană a acestei perturbații, în urma intoleranței gastrice (uneori și față de alimentele hidrice), avem o perturbație și în ritmul urinar al acestor bolnavi, nu numai în sensul inversiunii, ci o neregularitate evidentă a acestui ritm. (Astfel sunt observațiile No. 6 și 8).

Alteori stenozele pylorice complete nu sunt asociate de vărsături și în aceste cazuri ritmul urinar prezintă toate caracterele unei nycturii precoce și numai oliguria absolută rămâne ca un semn care indică gradul înaintat al stenozei. Astfel se comportă cazurile No. 4, 7, 9 și 10.

O a treia varietate de stenoză care dă oligurie reală este cazul unei stenoze organice incomplete complicată cu spasm. (Observația No. X.)

Oricare ar fi volumul urinei, fie normal sau inferior celui normal; în stenoze pilorice, diminuarea debitului piloric ține subdependența sa deshidratarea organismului, diminuarea volumului de sânge, hipotensiunea arterială și astenia miocardului precum și demonstrează foarte bine rehidratarea rapidă după gastroenterostomii, ceace se traduce prin reluarea greutății. (Bolnavul în câteva zile crește cu 3—5 kgr. în greutate)

Proba cel trei pahare are o importanță considerabilă dând sindromului de hipotensiune portală o probă pentru punerea în evidență a uscării rădăcinilor mezaraice superioare. Acest sindrom a fost studiat foarte amănunțit de Prof. Surmont și I. Tipres constituind în acelaș timp obiectul tezei la Clinica medicală din Cluj a lui Bonciocat Nicolae.

Acest sindrom al hipotensiunii portale este întâlnit numai în cazul de stenoze foarte pronunțate și este consecutiv deshidratării organismului.

În toate cazurile de stenoze pilorice, mai ales când sunt înaintate, apar semne clinice și radiologice evidente, printre cari clapotajul à jeun, constipația și retenția pastei opace în stomac dincolo de 6 ore, predomină tabloul clinic. În aceste cazuri diagnosticul stenozei e foarte ușor de pus și valoarea probei celor trei pahare e mai scăzută, putând servi poate pentru confirmarea diagnosticului pus sau să deducem din curba nycturiei felul și natura elementului cauzal al stenozei.

În observațiile cari urmează vom găsi cazuri, cari se pot încadra în aceste trei varietăți a stenzelor pilorice cu debitul urinar anormal.

OBSERVAȚIA NO. IV.

(Foaia de observație No. 77/297 Clina Medicală din Cluj)

V. J. în etate de 66 ani, care se prezintă la consultațiile Clinicii în 3 Septembrie 1925.

Bolnavul a intrat în clinică din cauza durerilor epigastrice și senzația de plenitudine ce apărea după mâncare, uneori urmată de vărsături.

Din antecedente reiese, că n'a suferit decât de malarie și gonoree.

Boala de care suferă bolnavul a debutat înainte cu 12 ani cu dureri epigastrice, cari nu erau în legătură cu alimentația; cu remisiuni de mai lungă sau mai scurtă durată. A consultat în repetite rânduri pe un medic, care i-a prescris medicamente și dietă.

Cam de 6 săptămâni durerile s'au accentuat și s'au sistematizat prezentându-se cam la 2 ore după alimentație; bolnavul a vărsat în repetite rânduri, are piroză, arsuri în piept și simte-acreală în gură. Scaune neregulate cam tot la 2—3 zile;

Cu aceste acuze bolnavul intră înainte cu doi ani în Clinica La examenul bolnavului s'a constatat un emfizem pulmonar cu raluri de bronșită.

Tensiunea arterială: 12-6.

Abdomenul: de conformație normală, flasc. Bolnavul prezintă o sensibilitate difuză în întreg epigastrul. Stomacul este dilatat și ptozat.

Reacția Wassermann: negativă.

Urina: nici zahăr, nici albumină.

Scaune: Reacția Gregersen pozitivă în 3 probe.

La examenul sucului gastric se extrage à jeun 30 cc, de lichid, cu resturi alimentare de culoare brun închise, sanghino-lente.

HCl liber: 60. AT: 100.

La radioscopie se vede stomacul ca un început de forma semilunară, limita inferioară la ombilic. Lichid mare peristaltism și antiperistaltism de stenoză, evacuare în porțiuni mici. Duodenum sters. După 8 ore $\frac{1}{3}$ din Bariu în stomac.

Diagnosticul: *Stenoză pylorică incipientă.*

Propunându-i o intervenție, bolnavul refuză și părăsește Clinica în 9 Noembrie 1925.

După ce a părăsit Clinica bolnavul s'a simțit mai bine până acum 3 luni, când reapar durerile la 3—4 ore după mâncare, localizându-le în regiunea epigastrică succedate uneori de vărsături alimentare provocate după cari se calmează.

De 3 zile se simte foarte rău, cade la pat, durerile devin continue, subîntrante, este febril (38—39°) și cu aceste simptome reîntră în serviciul Clinicei medicale în ziua de 11 Ianuarie 1927.

La examinare se constată următoarele: abdomenul prezintă o sensibilitate exagerată în regiunea epigastrică (pe linia mediană și la dreapta) cu o ușoară apărare musculară.

Ficat, splina: normale.

Urina: clară, nu conține nici zahăr, nici puoi.

Scaun: Reacția Gregersen: pozitivă.

Examenul radiologic arată: Stomacul în formă de cârlig, tonicitate bună, situat mai la dreapta și cu două degete sub ombilic. Bula de aer, lichid puține, peristaltism foarte violent începe sus de tot. Evacuare în porțiuni mai mici. Duodenum se desenează mai sters și globos. După 1 oră mai mult de $\frac{1}{2}$ din Bariu, evacuat, pe bulbul duodenului se vede o umbră persistentă și sensibilă la presiune, de mărimea unui bob de fasole. După 5 ore stomacul evacuat. Bariul în ileon și ascendent.

Diagnosticul: *Ulcer duodenal.*

În tot timpul probei bolnavul a semnalat o senzație de balonare și o greutate abdominală foarte mare fără să se prezinte vărsături.

Proba celor trei pahare:

15 Ianuarie 1927 urină diurnă 360cc. (I pahar) urină nocturnă: 870 cc. II pahar 500 cc. III pahar 370 cc.; urină în 24 ore 1230 cc.

16 Ianuarie 1927 urină diurnă: 230 cc. (I pahar) urină nocturnă: 480 cc. II pahar 270 cc. III pahar 210 cc.; urină în 24 ore 710 cc.

17 Ianuarie 1927, urină diurnă: 750 cc. (I pahar) urină nocturnă: 660 cc. II pahar 350 cc. III pahar 310 cc.; urină în 24 ore 910 cc.

Proba clinicostatică:

18 Ianuarie 1927 urină diurnă: 370 cc. (I pahar) urină nocturnă: 420 cc. II pahar 280 cc. III pahar 140 cc.; urină în 24 ore 790 cc.



În cazul acesta se vede o discordanță între rezultatele celor două examene radiologice făcute la un interval de un an; și anume: Primul examen a arătat o ușoară insuficiență de evacuare gastrică, pe când cel de al doilea denotă o evacuare mult mai rapidă a stomacului, decât în stare normală. Deci în primul caz bolnavul a prezentat un spasm care a determinat un peristaltism de stenoză, mai des întâlnit în caz de stenoză organică. Iar la al II-lea examen lipsind acest factor stenozant, pilorul larg deschis a permis o evacuare mult mai rapidă pe lângă un peristaltism foarte violent. De aici putem deduce cu mare probabilitate natura procesului anatomo-patologic dela nivelul pilorului și anume:

Se poate admite un proces distructiv pe duoden (juxta-piloric), care în primul timp a produs o iritație reflexă a sfincțerului piloric, cu un hiperperistaltism gastric, care apoi din cauza obstacolului sfincțerian s'a transformat într'un peristaltism și antiperistaltism de stenoză. În astfel de împrejurări s'a făcut prima radioscopie.

Mai târziu procesul duodenal distructiv s'a întins și a produs de-o parte distrucția fibrelor circulare ale sfincțerului piloric. Iar de altă parte prin iritația seroasei duodeno-pilorice s'a produs aderențe de vecinătate, cari au fixat și au imobilizat astfel această porțiune a tubului gastro-intestinal.

Astfel se poate interpreta imaginea radiologică paradoxală, care s'a obținut la un an după primul examen.

Bolnavul urmând un tratament dietetic peristaltismul nu era așa de violent și proba celor trei pahare a pus în evidență în mod foarte frumos această oligurie ortostatică întrucât proba clinostatică de 24 ore arată o urcare însemnată a cantității de urină emisă în timpul zilei cu o nycturie precoce clasică.

Deci în acest caz o oligurie reală persistentă nu prea pronunțată este simptomul principal caracteristic, bolnavul sub influența tratamentului nu prezintă vărsături, stenoza nefiind prea însemnată, se menține caracterul precoce a nycturiei, atât în proba orthostatică, cât și în cea clinostatică.

OBSERVAȚIA NO. V.

(Foaia de observație No. 131/1927 Clinica Medicală Cluj)

B. J. în etate de 17 ani, se prezintă la consultațiile Clinicii medicale în 17 Ianuarie 1927.

Boala actuală datează de 2 ani începând cu dureri în regiunea epigastrică, cari dureri se prezintă atât înainte cât și după mâncare, având caracterul de iradiare în formă de centură până în spate cu senzație de plenitudine eructații și vărsături. I-se prescrie niște prafuri după cari se simte mai bine până acum trei săptămâni, când durerile epigastrice încep din nou a-l supăra și la cari se atașează vărsăturile post-alimentare provocate și spontane (la $\frac{1}{2}$ oră după ingerarea alimentelor).

Din cauza durerilor epigastrice și a vărsăturilor intră în serviciul Clinicii medicale.

Apetitul păstrat, scaun regulat.

La examenul obiectiv:

Ficatul, splina, cordul: normale.

Plămâni: Torace normal, fosele supra și infrascapulare ușor scobite.

La percucie: tonalitatea mai ridicată la vârful stâng, în rest sonoritate.

La auscultatie: respirație mai aspră la vârful stâng, în rest murmur vezicular.

Aparatul digestiv: abdomen normal conformat; senzibil în linia mediană și hipocondrul drept.

Reacția Wasserman: negativă.

Urina: galbenă clară densitatea: 1011 nu conține nici zahăr, nici albumină.

Scaune: Reacția Gregersen: negativă

Sucul gastric:

A jeun fără resturi.

HCl liber: 60. AT: 70.

Dejun de probă HCl: 44. AT: 52.

Examenul radiologic: Stomac formă de cârlig, situat normal, tonicitatea slabă, alungit, căzut pe simfiză.

Bula de aer mică, lichid de patru degete. Peristaltism foarte profund, începe mai sus și interesează și mică curbură. Evacuarea în porțiuni mici, parte din Bariu recade. Duodenul e mare și globos. După 10 minute de decubit lateral drept, duodenul se dessemnează diformat cu o pată persistentă la baza bulbului, sensibil la presiune. După 6 ore stomacul conține $\frac{1}{3}$ de Bariu, restul în ascendent. După 24 ore se vede un rest linear în stomac, restul în ascendent.

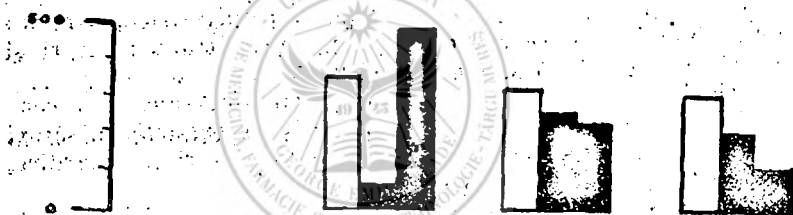
Diagnosticul: *Ulcer juxtapiloric (spre duoden) stenoză incipientă.*

Proba celor trei pahare:

19 Ianuarie 1927, urina diurnă: 320 cc. (I pahar), urina nocturnă 570 cc. II pahar 70 cc. III pahar 500 cc.; urina în 24 ore: 930 cc.

20 Ianuarie 1927, urină diurnă: 320 cc. (I pahar), urină nocturnă: 520 cc. II pahar 270 cc. III pahar 250 cc.; urina în 24 ore: 840 cc.

21 Ianuarie 1927, urină diurnă: 310 cc. (I pahar), urină nocturnă: 330 cc. II pahar 210 cc. III pahar 120 cc.; urină în 24 ore: 640 cc.



Ianuarie 1927.

Cazul acesta corăspunde unei oligurii reale cu o nycturie nu prea caracteristică uneori devenind tardivă sau chiar cu o tendință la izurie. Această variabilitate de eliminare urinară face să bănuim un element variabil un spasm piloric pe lângă o atonie și ptoză gastrică probabil secundară, unui proces distructiv juxta piloric. Proba celor trei pahare în acest caz deci arată un proces *stenozant* organic cu un joc spastic, care poate agrava această stenoză sau e o atonie, care întârzie evacuarea stomacului.

În orice caz oliguria reală denotă o stenoză organică evidentă și consecutiv o nycturie a cărei neregularitate e datorită spasmului care se suprapune procesului anatomo-patologic.

OBSERVAȚIA NO. VI.

(Foaia de observație No. 2384/1926 Clinica medicală Cluj)

S. S. în etate de 29 ani, se prezintă la consultațiile Clinicii în 7 Decembrie 1926.

Din antecedentele sale reiese că în etate de trei ani a avut scabie. Înainte cu 12 ani (chiar înaintea debutului boalei actuale) a primit o lovitură de copită în regiunea epigastrică, care îi lasă pentru câțeva vreme o durere atroce; bolnavul pune în legătură acest traumatism cu boala lui actuală.

Boala actuală datează de 11 ani, a debutat în mod insidios, cu ușoare dureri în regiunea epigastrică, care se prezentau mai ales post-alimentare, rareori cu piroze și eructațiuni acide.

Simptomele aceste sunt atenuate și de scurtă durată, apoi sunt întrerupte de perioade de acalmie de 2—6 luni.

Cu timpul perioadele dureroase sunt mai frecvente și de lungă durată; durerea este violentă apare la 3—4 ore după mâncare, bolnavul își provoacă vărsături, cari totdeauna îl calmează.

Cu aceste acuze intră înainte cu trei ani în Clinica Medicală din Cluj, i-se administrează medicamente și se indică operația, pe care bolnavul o refuză.

Perioadele dureroase, cari mai de mult erau frecvente primăvara și toamna devin continue, bolnavul prezintă trei hematemeze și de câteva ori melenă. Vărsăturile conțin resturi din alimente ingerate cu o săptămână înainte.

Bolnavul observă mișcări în regiunea epigastrică, cari venind din stânga, de sub coaste, merg spre dreapta, uneori și îndărăt.

De 6 săptămâni, durerile nu respectă intervale, sunt continue, insuportabile și se iradiază în spate; se prezintă vărsături după fiecare alimentație, uneori imediate, alteori mai tardive, chiar după alimentele cele mai ușoare.

Pofta de mâncare păstrată: scaune neregulate (constipat). A slăbit în timpul din urmă foarte mult.

Aspectul general: mijlociu conformat, slab nutrit. Tesutul celular adipos, muscular slab dezvoltat. Clavus ventriculi la ambele mâini.

Plămâni: Submatitate la ambele vârfuri cu respirație mai aspră, expiriul prelungit mai ales în stânga.

Inima, ficat, splina, sunt normale.

Abdomenul: de conformație normală. Presintă sensibilitate în regiunea epigastrică și în dreapta (punctul duodenal):

Se prezintă un clapotaj à jeun, precum și unde peristaltice și antiperistaltice.

Reacția Wassermann: negativă.

Urină: nici zahăr, nici albumină.

Scaune: reacția Gregersen: negativă.

La examenul sucului gastric, se extrage à jeun vre-o 300 gr. de lichid cu resturi alimentare multe. Se pun în evidență și sămburi de pere pe cari bolnavul recunoaște că le-a ingerat cu trei săptămâni înainte.

Clapotaj à jeun:

A jeun HCl liber: 35. AT: 47.

După dejun de probă:

HCl liber: 46. AT: 50. Acid lactic: nul.

La radioscopie se vede un stomac de formă semilunară sub ombilic cu două degete, este tras considerabil la dreapta. Pilonul în flancul drept. Bula de aer normal. Lichid foarte mare. Peristaltism de stenoză. Evacuarea nu se observă. După 10 minute de decubit lateral drept pe duoden apare un punct de mărimea unui bob de mazăre, sensibil.

După 6 ore aproape întreagă cantitate de Bariu în stomac.

Diagnosticul: *Stenoză pilorică. Ulcer juxtapiloric.*

La intervenția din 9 Decembrie 1926 (Prof. Iacobovici) se confirmă diagnosticul clinic, găsind un stomac dilatat. Duodenul acoperit pe întreaga întindere de aderențe multiple, sub aceste o ulceratie de mărimea unei piese de 2 lei întinsă și în partea posterioară a duodenului penetrată în capul pancreasului. Capul pancreasului tumefiat cu aspectul pancreatitei cronice. Aderențe între vezica biliară și duoden. Se rezecă stomacul și pilorul.

Prin proba celor trei pahare se observă o oligurie reală cu nycturie precoce în prima zi, foarte neregulate în zilele următoare, pentru că bolnavul a vărsat în ziua doua i-s'a făcut spălătura stomacală și din această cauză urina nocturnă din acea zi e diminuată consecutiv vacuității gastrice.

În cele două zile următoare se prezintă o nycturie fără a fi caracteristică.

În acest caz e o stenoză pilorică de gradul al treilea cu o oligurie reală.

Proba celor trei pahare:

3 Decembrie 1926 urină diurnă: 170 cc. (I pahar) urină nocturnă: 250 cc. II pahar 160 cc. III pahar 90 cc.; urina în 24 ore: 420 cc.

4 Decembrie 1926 urină diurnă: 250 cc. (I pahar) urină nocturnă: 150 cc. II pahar 15 cc. III pahar 135 cc.; urină în 24 ore: 400 cc.

5 Decembrie 1926, urină diurnă: 55 cc. (I pahar) urină nocturnă 365 cc. II pahar 165 cc. III pahar 200 cc.; urină în 24 ore: 420 cc.

6 Decembrie 1926, urină diurnă 160 cc. (I pahar) urină nocturnă 180 cc. II pahar 20 cc. III pahar 160 cc.; urină în 24 ore 340 cc.



Decembrie 1926.

OBSERVAȚIA NO. VII.

(Foaia de observație No. 580/1927 Clinica Medicală Cluj)

Bolnavul P. T. în etate de 40 ani, din comuna Mănăsturul de sus, se prezintă la consultațiile Clinicei în ziua de 9 Martie 1927, pentru dureri epigastrice, piroză și vărsături.

În antecedente semnaleză că a suferit de pojar la 20 ani.

Boala actuală datează de 5 luni, cu dureri în epigastru, vărsături mai ales după o masă abondentă. După aceasta, timp de o lună a avut scaune diareice cu mucozități abondente în ultimele două săptămâni. După încetarea diareei au reapărut durerile din regiunea epigastrică venind tardiv după alimentație, cari se calmau la început prin ingerare de lapte: De două luni, are vărsături dese și provocate, în vederea calmării durerilor și a pirozei. Durerile aveau un caracter iradiant în spate.

Melenă, hematemeză n'a avut, a slăbit mai mult de 10 kgr. Poftă de mâncare n'are. Scaune zilnice.

Bolnavul cu tegumente palide are țesutul celulo-adipos redus.

Plămâni: Torace alungit și turtit în sens antero-posterior. La percuție o submatitate la vârful stâng cu multe cracmente la auscultatie în rest sonoritate cu murmur vezicular.

Cord: normal șgomotul II-a aortic accentuat.

Abdomen: ușor excavat, sensibilitate în punctul epigastric mijlociu, sensibilitate mai mică și la dreapta.

Clapotaj à jeun.

Ficat, splină: normale.

Reacția Wassermann: negativă.

Examenul sucului gastric: „A jeun“ se scoate 300 cc. lichid cu conținut alimentar și Bariu.

HCl liber: 37. AT: 55

După o spălătură stomacală, i-se administrează dejunul de probă cu următorul rezultat al sucului: HCl liber: 20. AT: 35
Acid lactic: nul.

Examenul radiologic: Stomac formă semilunară polul inferior pe simfiză, tras considerabil la dreapta, partea pilorică ascuțită. Bula de aer mică lichid foarte mult (8 degete) Peristaltism de stenoză. Duodenul se umple numai prin presiune; este tras la dreapta neregulat și sensibil la presiune. Evacuare nu se observă, după 7 ore, aproape întreaga cantitate de Bariu în stomac; puțin Bariu în ilion, urme în ascendent:

Diagnosticul: *Stenoză pilorică.*

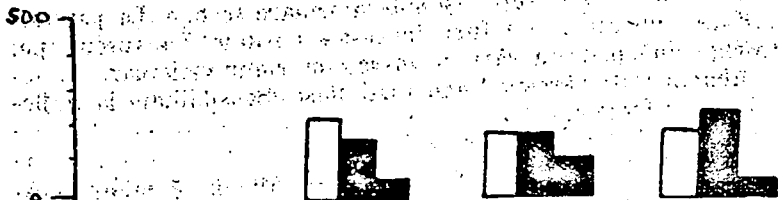
Proba celor trei pahare.

9 Martie 1927, urină diurnă: 210 cc. (I pahar) urină nocturnă: 220 cc. II pahar. 160 cc. III pahar 60 cc. urină în 24 ore: 430 cc.

10 Martie 1927, urină diurnă: 170 cc. (I pahar) urină noc-

turnă: 270 cc. II. pahar 170 cc. III pahar 100 cc. urină în 24 ore: 440 cc.

11 Martie 1927, urină diurnă: 185 cc. (I pahar) urină nocturnă: 250 cc. II pahar 210 cc. III pahar 40 cc. urină în 24 ore: 435 cc.



Martie 1927.

Proba celor trei pahare arată oligurie foarte pronunțată și reală mergând cu o nycturie precoce caracteristică și deci acest caracter e mult mai constant decât se consideră și, deși cantitatea urinei în timp de 24 ore e mult scăzută caracterul precoce a nycturiei rămâne permanent, ceea ce dovedește, că evacuarea stomacului în poziție clinostatică e mult mai rapidă, ca cea din timpul orthostatismului.

OBSERVAȚIA NO. VIII.

(Foaia de observație No. 382/1927 Clinica Medicală Cluj)

R. F. în etate de 40 ani, se prezintă la consultațiile Clinicii Medicale, în 13 Ianuarie 1927, vine în clinică din cauza durerilor epigastrice și a vărsăturilor.

Boala actuală datează de 4 ani, a debutat insidios cu piroze, eructații acide și ușoare dureri în epigastru încă din primăvara anului 1923. Consultă spitalul din Șebeș, unde i-se pune diagnosticul de helmintiază, pentru care i-se administrează un tratament necesar. După acest tratament bolnava se simte mai bine câteva săptămâni. În acelaș an, toamna, reapar aceleași fenomene, adăugându-li-se și dureri epigastrice și vărsături. De atunci perioadele dureroase se mențin aproape continuu, cu foarte mici perioade de acalmie, care nu durează decât câteva zile. Durerea se prezintă la un sfert până la jumătate oră după mâncare, este destul de puternică și e localizată în epigastru, iradiază în întreg abdomen în sus spre torace și în regiunea lombo-dorsală. Durerea apare și noaptea, după miezul nopții și dimineața pe nemâncate, dar nu se calmează cu ingerarea de alimente ci numai cu bicarbonat de sodiu.

Vărsăturile se prezintă când durerile sunt mai mari și de obicei aceste dureri se calmează prin vărsături, cari sunt uneori spontane, alteori provocate. N'a avut hematemeză.

Apetitul păstrat. Se prezintă greață după ingerare de ceapă și supă. Scaun regulat, n'a avut melenă.

Starea prezentă: bolnava de statură mijlocie, tegumentele palide. Tesutul celuloadipos redus. Sistemul muscular și osos integru.

Plămâni: Fosele supra și subclaviculare scobite. La percucie tonalitate ridicată în vârfuri, în rest sonoritate. La auscultatie: respirație înăsprită la vârfuri, în rest murmur vezicular.

Abdomenul: perețele abdominal flasc. Sensibilitate la mijlocul liniei xifoombilicale.

Reacția Wassermann: negativă.

Urină: galbenă clară densitate: 1017 Albumină zahăr negativ purci slab pozitiv.

Scaune: Reacția Gregersen: intens pozitivă.

Sucul gastric: a jeun se extrage 240 cc suc clar cu resturi de Bariu.

HCl liber: 96. AT: 102.

Dejun de prob (Ehrmann (alcoholic) fără bilă.

La 10 minute HCl: 54. AT: 58; la 20 minute HCl: 86 AT: 90; la 30 minute HCl: 100 AT: 104; la 40 minute HCl: 78 AT: 88; la 50 minute HCl: 86 AT: 96.

În sacune se pun în evidență ouă de ascarizi.

Examenul radiologic: Stomacul căzut de simfiză, situat mai la dreapta, are formă de semilună. La umplere manuală se prezintă ca un stomac enorm de dilatat. Bula de aer nu se poate preciza din cauza flexurei lineale extrem de dilatată de gaze. Lichid mai mult. Peristaltismul lenes, evacuare nu se observă. După 10 minute de decubit lateral drept partea pilorică ascuțită, alungită, poate fi însă deplasată. Evacuarea în porțiuni foarte mici, duodenul nu poate fi pus prompt în evidență, ușoară sensibilitate în epigastru.

După 6 ore aproape întreaga cantitate de Bariu în stomac. După 24 ore $\frac{1}{3}$ din Bariu în stomac, o parte în ileon, alta în ascendent. După 30 ore parte evacuat, parte în ascendent și descendent.

Diagnosticul: *Stenoză pilorică organică de natură benignă.*

Proba celor trei pahare:

16 Ianuarie 1927, urină diurnă: 210 cc. (I pahar) urină nocturnă: 270 cc. II pahar 100 cc. III pahar 170 cc.; urină în 24 ore: 480 cc.

17 Ianuarie 1927, urină diurnă: 190 cc. (I pahar) urină nocturnă: 300 cc. II pahar 150 cc. III pahar 150 cc.; urină în 24 ore: 490 cc.

18 Ianuarie 1927, urină diurnă: 135 cc. (I pahar) urină nocturnă: 315 cc. II pahar 200 cc. III pahar 115 cc.; urină în 24 ore: 450 cc.

Prin această probă reese că stenoza e foarte intensă în acest caz ajungând de gradul al treilea, ceea ce e foarte evidentă prin simptomele clinice; clapotaj și o cantitate mare de lichid ce se extrage à jeun cu resturi. Examenul radiologic confirmă diag-

500



Ianuarie 1927.

nosticul insuficienței de evacuare gastrică de gradul al treilea; stomacul nu se evacuează nici chiar după 24 ore. Rezultatul acesteia e oliguria reală, ce se prezintă cu o nycturie relativă.

OBSERVAȚIA NO. IX.

(Foaia de observație No. 601/1927 Clinica Medicală Cluj)

Bolnavul D. Gh. în etate de 47 ani, se prezintă la consultațiile Clinicei în ziua de 11 Martie 1927, din cauza durerilor epigastrice și a constipației.

Antecedentele: fără importanță.

Boala actuală datează de un an începând cu o ușoară piroză, care peste câteva săptămâni se acompaniază de dureri ușoare în regiunea epigastrică și se prezentau la 1—2 ore după mâncare. Durerile n'au fost prea accentuate, n'a avut nici vărsături. De patru luni durerile se accentuează și li-se adaugă o senzație de plenitudine. Nu se poate alimenta din cauza acestor senzații și de trei luni se alimentează exclusiv cu lichide.

Examenul general: tegumentele palide. Ganglionii cervicali și inghinali palpabili, țesutul celulo-adipos dispărut. Tes. muscular, osos și articulațiile intacte.

Plămânii: la percuție sonoritate ce descrește spre vârfuri, la auscultație, raluri sibilante și romflante cu expiriul prelungit.

Cordul: limitele cardiace ușor mănite, zgomotele clare ritmice la toate focarele.

Abdomen: normal conformat. La inspecție contracțiuni peristaltice în regiunea epigastrică, cari merg spre dreapta. Clapotaj à jeun.

Sensibilitate în punctul mijlociu epigastric.

Ficat, splina: normale.

Reacția Wassermann: negativă.

Sucul gastric: à jeun resturi alimentare.

HCl: nul. AT: 37.

Dejun de probă: HCl: nul. AT: 6. Acid lactic: nul.

Urina: galbenă, clară, acidă. D: 1025. Albumină, puroi, zahăr: negativ.

Examenul radiologic: stomac formă semilunară, foarte dilatată, situat patru degete sub ombilic și tras considerabil la dreapta, întrece coloana vertebrală cu trei degete. Bula de aer mică, coloana de lichid foarte mare. Peristaltism profund și violent. Evacuare nu se observă, după 10 minute debucit lateral drept, același tablou. După cinci ore întreaga cantitate de Bariu în stomac, evacuare nu se observă deloc. Duodenul se poate pune în evidență. După 24 ore $\frac{1}{2}$ din Bariu în stomac, restul în ileon și ascendent până la flexura hepatică. Partea descendentă a duodenului se desemnează foarte discret. Bulbul duodenal nu se observă nici acuma. În linia mediană între ombilic și unghiul epigastric se simte o mică rezistență foarte sensibilă la presiune a cărei legătură cu curbura mică nu se poate evidenția.

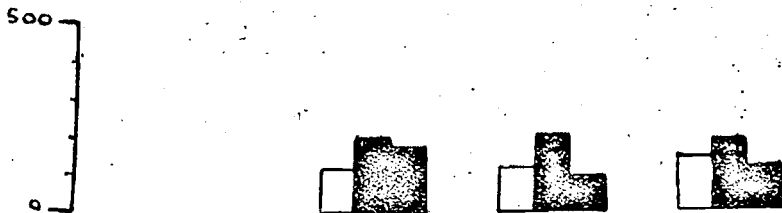
Diagnosticul: *Stenoză pilorică.*

Proba celor trei pahare:

13 Martie 1927, urina diurnă: 110 cc. (I pahar) urina nocturnă: 350 cc. II pahar 180 cc. III pahar 170 cc.; urina în 24 ore: 460 cc.

14 Martie 1927, urina diurnă: 120 cc. (I pahar) urina nocturnă: 290 cc. II pahar 200 cc. III pahar 90 cc.; urină în 24 ore: 410 cc.

15 Martie 1927, urina diurnă: 140 cc. (I pahar) urina nocturnă: 300 cc. II pahar 190 cc. III pahar 110 cc.; urină în 24 ore: 440 cc.



Martie 1927.

Și în acest caz ca în cele anterioare vedem că atât diagnosticul clinic cât și cel radiologic este în concordanță, iar proba celor trei pahare arată o oligurie însemnată cu o nycturie precoce.

V. Diagnosticul și valoarea diagnostică a nycturiei

Intrucât simptomul nycturiei ne dă date foarte importante asupra evacuărilor pilorice; pentru a-i putea atribui valoarea sa diagnostică și caracterele sale să fie cât mai aproape de realitate trebuie să recurgem la o tehnică cât se poate de bună. Technica descrisă anterior mi s'a părut că dă indicații precise.

Înainte de toate trebuie să ne convingem printr'un examen complet că nycturio nu este nici de origine cardio-vasculară, nici de origine hepatică ceea ce este ușor de făcut și asupra cărora nu insist.

De altfel caracterul nycturiei tranșează diagnosticul, caracterul precoce a nycturiei denotă stenoză pilorică și permite de a diferenția în clinică nycturiile ale căror observație este atât de frecventă și atât de utilă; nycturia hepaticilor (Opsuria lui Gilbert și Villaret) și nycturia cardio-renalilor (Vaquez-Cottet).

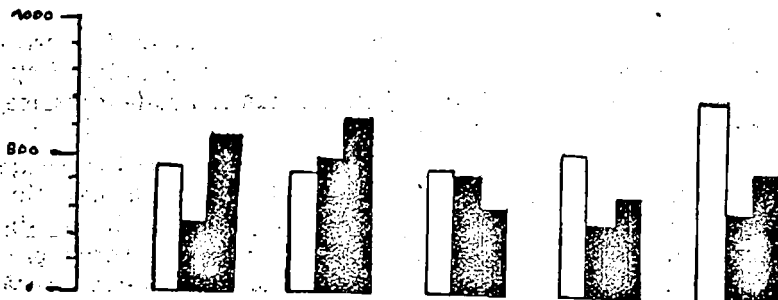
Nu e de neglijat însă nici nycturia ptozelor și dilatațiunilor gastrice, cari se comportă la fel ca stenozele pilorice.

În aceste afecțiuni evacuarea stomacului suferă foarte des; există o hipotensiune portală ușoară și intermitentă comportându-se la fel cu stenozele pilorice la proba celor trei pahare.

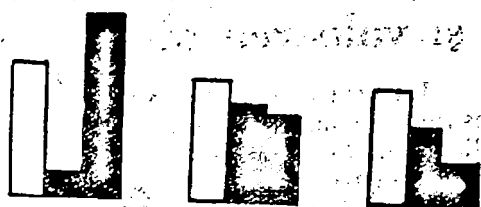
Constanța probei celor trei pahare denotă o stenoză organică și permanentă nefiind însă completă; pe când o stenoză pur spasmodică a pilorului necesită un examen mai atent și îndeosebi: radioscopia.

Deseori însă spasmul pilorului este intermitent; nycturia este și ea intermitentă și variabilă în intensitatea sa, de pe o zi pe alta.

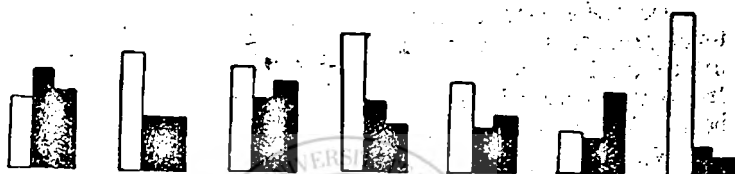
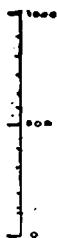
Când stenoză organică a pilorului e asociată cu un spasm, variabilitatea nycturiei este mult mai caracteristică și oscilațiunile cantității de urină din cele două perioade ale nopții, dau un tablou caracteristic. Cum se vede și pe figura alăturată.



Decembrie 1926.



Ianuarie 1927.



Decembrie 1926.

VI. Valoarea semiologică a probei celor trei pahare

Am văzut condițiunile, ce trebuiesc îndeplinite, ca prin proba celor trei pahare să obținem indicațiunile și valorile cele mai reale. Perturbațiunile ritmului urinar la indivizii cu insuficiență de evacuare gastrică le bănuim dela început dacă în mod sistematic îi punem întrebările:

1. Urinați noaptea?
2. La ce oră urinați noaptea?
3. La ce oră urinați mai mult?

Valoarea semiologică a acestei probe trebuie să fie cercetată înainte de toate în gastropatii; pe urmă în celelalte afecțiuni capabile de a da o nycturie, ca afecțiunile renale, cardiace, hepatice.

La gastrici această probă va avea valoarea unei experiențe și se poate zice că ea dă indicațiuni precise pentru bolnavii îndepărtați de centrele urbane și cărora alte mijloace de investigație le sunt inaccesibile; indicațiunile acestei probe vor fi prețioase pentru medicii de provincie. Intotdeauna însă această probă are o valoare importantă, prin sensibilitatea sa, putând

depista mici începuturi de stenoze pilorice, când încă celelalte mijloace de investigație nu le indică. Chiar nici examenul radiologic nu e atât de sensibil, deoarece precum spune Marcel Labbé „bismutul trece în cazul când alimentele nu trec“ și deoarece ritmul urinar este în strânsă legătură cu pasajul alimentelor prin pilor, jena acestuia va aduce după sine un deranj al ritmului urinar.

Când e vorba de un dispeptic, indemn de orice leziune a altor organe, această probă va arăta modul funcționării mecanice a stomacului și va depista spasmul trecător și intermitent precum și stenoza anatomică constantă.

Negativitatea acestei probe are o valoare considerabilă. *O probă a celor trei pahare negativă, denotă o evacuare gastrică normală.*

Pe când radiologia caută să dea indicațiuni operatorii, proba celor trei pahare are de scop depistarea stenzelor incipiente justiciabile de un tratament medical.

Sensibilitatea și importanța semiologică a acestei probe e foarte bine pusă în evidență prin observația No. III.

Valoarea probei celor trei pahare deci se poate rezuma prin simplitate, sensibilitate și fidelitate, cari permit de a o utiliza frecvent și oricând, de a obține date pe cari alte probe nu le dau și de a ținea cont de ele ca de o experiență științifică prelungită.

O altă importanță mare îi atribuim probei celor trei pahare și anume: urmărirea evoluției unui proces gastric sau juxta piloric, fie că are o evoluție progresivă sau e în stadiul staționar, eventual procesul regresează.

Deci afară de diagnosticul evolutiv a leziunilor această probă are și o însemnătate prognostică de mare valoare.

Un exemplu practic va clarifica acest rol a probei celor trei pahare.

OBSERVAȚIA NO. X.

(Foaia de observație No. 2426/1926 Clinica Medicală Cluj)

B. J. în etate de 28 ani, se prezintă la consultația Cliniceii în 2 Decembrie 1926.

În antecedente se notează, că a avut un avort în luna III-a. La 18 ani a suferit de reumatism poliarticular. La vârsta de 22 ani, apar pe ambii umeri și pe brațul drept niște plăgi, cari au lăsat cicatrice mari, bine vizibile, de colorațiune albă.

Boala actuală datează de un an, a început insidios cu dureri difuze epigastrice, cu eructațiuni acide și senzație de plenitudine. Fenomenele dureroase se accentuează imediat după ingerarea alimentelor, dela un timp iau caracterul permanent, cu iradieri în spate și lombe.

Violența durerilor crește câteodată în așa măsură, încât for-

țează pe bolnavă să ia pozițiile cele mai bizare. Atitudinea cea mai deasă e genu-pectorală.

După aceste fenomene începe o salivatie foarte abondentă, grețuri urmate de vărsături, cari la început erau mai puțin dese, pe urmă frecvența lor crește dela 2 la 7 în 24 ore. Bolnava slăbește, îi scad forțele și în Aprilie a. c. i-se prezintă o hematemeză abondentă. Din cauza persistenței acestor simptome bolnava se prezintă la consultațiile Clinice în ziua de 2 Decembrie 1926.

La examen: Din partea plămânilor e o submatitate la vârfuri și la baza dreaptă.

La auscultație: respirație aspră cu expiriul prelungit mai ales la vârful drept.

Bolnava prezintă și o deviațiune spre dreapta a coloanei vertebrale.

Cordul: matitatea precordială între limitele normale, zgomotele cardiace la vârf mai clare ca la bază; dedublarea sgomotului al doilea. Aorta a doua accentuată.

Tensiunea arterială: 10/6 Vaguez-Laubry.

Splina: mărită la percuție până la coasta VII-a.

Reacția Wassermann: intens pozitivă.

Urina: nici albumină, nici zahăr.

Scaune: Reacția Gregersen: negativă.

Sucul gastric: se extrage 7 cc. de lichid à jeun.

HCl: nul. AT: 12.

Dejun de probă HCl: nul. AT: 8.

Examenul radiologic: Stomac formă amputată, situat normal pe ombilic. Bula de aer mare, lichid puțin. Peristaltism mai mult în partea verticală, care se termină brusc, continuându-se printr'un canal circa 2,5 cm lung și un cm larg. Evacuarea continuă. Duodenul se desemnează în întregime. Bulbul mare, globos. După 7 ore un rest minimal în stomac, partea complementară a Bariului e în ilion și ascendent.

Diagnosticul: *Tumoră pilorică (sifilitică)*.

Proba celor trei pahare:

7 Decembrie 1926, urina diurnă: 330 cc. (I pahar) urina nocturnă: 800 cc. II pahar 440 cc. III pahar 360 cc.; urină în 24 ore: 1130 cc.

8 Decembrie 1926, urina diurnă: 520 cc. (I pahar) urina nocturnă: 480 cc. II pahar 240 cc. III pahar 240 cc.; urină în 24 ore: 1000 cc.

9 Decembrie 1926, urină diurnă: 470 cc. (I pahar) urină nocturnă: 720 cc. II pahar 320 cc. III pahar 400 cc.; urină în 24 ore: 1190 cc.

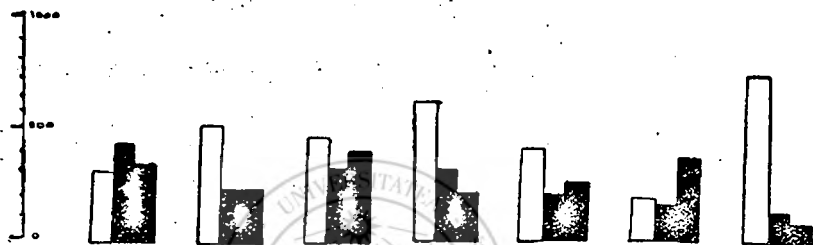
10 Decembrie 1926, urină diurnă: 620 cc. (I pahar) urină

nocturnă: 520 cc. II pahar 320 cc. III pahar 200 cc.; urină în 24 ore: 1140 cc.

11 Decembrie 1926, urină diurnă: 400 cc. (I pahar) urină nocturnă: 450 cc. II pahar 200 cc. III pahar 250 cc.; urină în 24 ore: 850 cc.

12 Decembrie 1926 urină diurnă: 190 cc. (I pahar) urină nocturnă: 450 cc. II pahar 200 cc. III pahar 250 cc.; urină în 24 ore: 680 cc.

19 Ianuarie 1927, urină diurnă: 730 cc. (I pahar) urină nocturnă: 220 cc. II pahar 130 cc. III pahar 90 cc.; urină în 24 ore: 950 cc.



Decembrie 1926.

Cazul acesta e foarte interesant întrucât proba celor trei pahare pune în evidență insuficiența de evacuare gastrică abia perceptibilă examenului clinic și radiologic. În ziua 6-a de probă bolnava a prezentat toată ziua dureri epigastrice și de aici o oligurie mai accentuată din acea zi.

Prin instituirea unui tratament specific, probabil prin regresivitatea tumorii, ritmul urinar tinde la isurie ca peste o lună și jumătate în ziua de 19 Ianuarie ritmul urinar să devină normal prezentând raportul nyctemeral: $\frac{1}{3}$. În această zi nycturia e caracteristică; cantitatea de urină eliminată noaptea merge progresiv descrescând. În tot timpul probei observăm o variabilitate în ceea ce privește nycturia; uneori e precoce, alteori tardivă probabil supraadăugându-i-se obstacolului organic (gomă sifilitică) și elementul spastic mai variabil.

Ca diagnostic diferențial a stenozei pilorice din punct de vedere al evacuării urinare pot intra în joc afecțiunile hepatice mai ales hipertensive, cari prezintă un caracter special de a fi o nycturie tardivă: „opsiurie“ sau în stadiile mai înaintate printr-o tendință la izurie.

Diferențierea de nycturia renalilor și a cardio-renalilor e mult mai grea deoarece în cazul când cantitatea urinei din al doilea pahar, în stenoză, diferă foarte puțin de cel din al treilea pahar, putem face confuzie între aceste două afecțiuni conside-

rând numai aceasta probă. În aceste cazuri ne vin în ajutor alte mijloace clinice de investigație.

Prin urmare proba celor trei pahare n'are o valoare independentă și trebuie să fie pus în mijlocul altor semne clinice pentru a-i stabili valoarea ei reală.

E necesar deci un interogator precis cu un examen clinic amănunțit și cercetări de laborator pentru a putea interpreta datele furnizate de proba celor trei pahare.





Conclușiuni

1. Proba celor trei pahare constă în recoltarea urinei diurne (nu 1 pahar) dela ora 8 dimineața până la ora 20 seara, bolnavul stând tot timpul în picioare, iar urina nocturnă se colectează în două porțiuni deosebite; una dela ora 20 seara până la ore 2 dimineața, (II pahar) alta dela ora 2—8 dimineața bolnavul stând tot timpul culcat (III pahar).

2. În stare normală raportul cantității de urină emisă în timpul nopții și aceea emisă în timpul zilei e $\frac{1}{3}$. Prin proba celor trei pahare se constată, că cantitatea urinei din al II-lea pahar e mai abondentă ca aceea din al III-lea pahar.

3. Proba celor trei pahare arată modificări în cecece privește eliminarea urinei din timpul nopții în următoarele stări patologice:

- a) la cardio renali (nycturie)
- b) la hepatici (opsinrie) și
- c) la gastrici (nycturie precoce).

4. Proba celor trei pahare la gastrici servește pentru depistarea stenozeilor pilorice. În toate cazurile de stenoză pilorică de orice natură ar fi ele și de orice grad, prezintă, un caracter important: nycturia. Acest simptom e constant și se poate baza diagnosticul stenozeilor numai pe acest simptom.

În stenozele de natură spastică, — fie că e spasmul pur al pilorului, fie că acest spasm se asociază la o stenoză, organică, incompletă (stenoză mixtă), — proba celor trei pahare arată pe lângă nycturie o variabilitate în cecece privește caracterul acestei nycturii uneori devenind precoce, alteori mai mult sau mai puțin tardivă.

În stenozele de natură organică — fie benignă (cicatricială), fie malignă (canceroasă) — proba celor trei pahare arată o oligurie reală debitul urinar fiind mult inferior celui normal. În cazurile acestea nycturia e caracterizată prin aceea de a fi precoce (abondența în al II-lea pahar).

5. Rolul clinostatismului în evacuarea stomacului e mult mai important și mai evident decât se credea în stare normală și de aici o indicație terapeutică bolnavilor deshidratați și debili în urma unei stenoze foarte grave, clinostatismul postprandial sau chiar în decubit lateral drept, mai ales în cazurile când se recomandă o forțifiare a bolnavului în vederea unei intervenții.

6. Proba celor trei pahare executată după tehnica descrisă, este foarte simplă și se pretează la aplicarea ei în orice împre-

jurări putând fi făcut de oricine și ori-unde. Valoarea ei mai mare este atunci când nu avem la dispozițiunile noastre toate mijloacele moderne de diagnostic, (Röntgen, sondaj, etc). cari totuși prevalează față de aceste probe.

La noi în Clinică cazurile de stenoză pilorică neglijate sunt mult mai frecvente ca cele incipiente; rolul și importanța acestei probe este deci cu mult mai mare în mâna medicului practician, căruia i-se prezintă mai des bolnavi în stadiul de stenoză incipientă. Și clinicianul însă se poate folosi de această probă în cazurile incipiente de stenoză pilorică, dar mai ales pentru depistarea elementului spastic, care vine să complice de multeori stenoza, uneori chiar și ulcerele de pe curbura mică și ulcerul duodenal (juxtapiloric).

Văzută și bună de imprimat:

Președinte:

Iuliu Hat'eganu



Decan:

Titu Vasiliu

Bibliografie

- Albarran:** Annales des maladies des organes genito-urinaires. Aout 1923.
- Balthazard M.:** Variations horaires de l'excretion urinaire chez l'homme normal. Société de Biologie seance du 16 Febr. 1901.
- Bonciocat N.:** Sindromul mecanic al hipotensiunei portale. Thezã, Cluj. 1927.
- Depreux P.:** Valeur semeiologique de l'épreuve des trois bouches. L'écho med. du Nord 11 Oct. 1924.
- „ L'épreuve des trois bouches. Theze a Lille, 8 Nov. 1924.
- Faugeron L.:** Comparaison de l'élimination renale pendant le jour et pendant la nuit. Theze a Paris.
- Gilbert et Lereboullet:** Les urines retardées (opsiurie) dans les cirrhoses. Société de Biologie seance du 9. Mars 1901.
- Gilbert et Lippmann:** De l'exageration des variations quotidiennes du taux urinaire (anisurie) chez les hépatiques. Soc. de Biol. Seance du 9 Juin 1906.
- Gilbert et Willaret:** L'opsiurie hépatique expérimentale par ligature de la veine porte. Soc. de Biol. Seance du 23 Juin 1906.
- „ Influence de l'omentopexie sur la disparition de l'opsiurie dans les affections hépatiques. Soc. de Biol. seance du 30 Juin 1906.
- Gley E.:** Physiologie 1924.
- Ijisch A.:** Über Tag und Nacht — Harnabsonderung, Haut und Lungen — Ausscheidung bei Oedemen verschiedenen Ursprungs. Münchener Med. Wochenschrift, anul 1896. Nr. 52.
- Linossier et Lemoine:** Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein. Societe de Biologie.
- Seance** du 4 Avril 1903. Tome LV. page 466 et
- Seance** du 9 Mai 1903. Tome LV. page 605.
- Mecanisme de l'albuminurie et de l'oligurie orthostatique. Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hospitaux de Paris 19 Mars 1909.
- L'influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein a la fin de la grossesse. Soc. de Biol. Seance du 15 Mai 1905.
- Laspéryes R.:** Über Tag und Nachtharn. Deutsches Archiv für Medic. von. 16 August 1900.
- Mongour Gh.:** L'influence de l'orthostatisme dans un cas de nephrite. Soc. de Biol. Seance du 2 Mai 1905.
- Surmont et Tipres:** L'épreuve des trois bouches dans la nycturie des stenoses pyloriques. La Presse Médicale 16 Juin 1923.
- L'épreuve des trois bouches dans la nycturie des stenoses pyloriques. Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. III. 1925
- Surmont et Tipres:** L'éliminations urinaires dans les stenoses pyloriques. Arch. des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Tome XIII. No. 8. Octobre 1923.
- L'épreuve des trois bouches dans la nycturie des sténoses pyloriques. L'écho medical du Nord. 30 Juin 1923.

- Surmont H.:** Le retrecissement du pylore et la circulation de l'eau dans l'économie. L'écho medical du Nord du 9 Avril 1924.
Le syndrome mécanique de l'hypotension portale. Paris Medical 13 Mars 1926.
- Tipres Jean:** Syndrome de l'hypotension portale. travail 1926. Paris.
- Vaquez et Cottet:** Recherches et considerations cliniques sur le rythme de la secretion urinaire et sur la diurese provoquée par ingestion d'eau (Polyurie experimentale) Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris. 20 Mai 1910.
- Vaquez et Saragea:** L'épreuve de la diurese provoquée la Presse Medicale 8 Aout 1923. p. 689.
- Wilson:** On diurnal and nocturnal excretion of urine. The Lancet 29 June 1889.
- Winnaert E.:** Quelques remarques a propos du Syndrome pylorique. These a Paris 1923.
- Yvon M.:** Sur les variations horaires de l'excretions urinaire chez l'homme normal. Société de Biologie Séance du 23 Fevr. 1901.
- G. H. Roger, F. Vidal, P. J. Teissier:** Nouveau traité de Médecine. 1923 Fascicule XIII.



