

FT9

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN IAȘI

No. 997 997

**TEZĂ**

Pentru doctorat în medicină și chirurgie  
prezentată și susținută în lunie 1927

DE

**PANTOFARU STRUL**

Fost extern al Policlinicii „Iubirea de Oameni”  
București și al spitalului de copii „Dr. Ghe-  
lerler” Iași.  
Intern al Dispensarului medical „Azilul de  
Noapte”—Iași

**ASPECTE CLINICE  
ALE  
UREMIEI**





\* 4 4 0 0 0 3 1 1 5 \*

Biblioteca UMFST

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN IAȘI

No. 997

## TEZĂ

Pentru doctorat în medicină și chirurgie  
prezentată și susținută în Iunie 1927

DE

PANTOFARU STRUL

Fost extern al Policlinicii „Iubirea de Oameni”  
București și al spitalului de copil „Dr. Ghe-  
lerler” Iași.

Intern al Dispensarului medical „Azilul de  
Noapte”—Iași

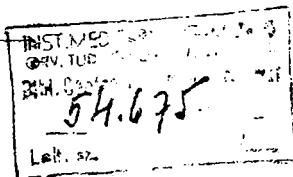
# ASPECTE CLINICE

# U R E M I E I

*Ce danger n'est pas dans ce qui passe,  
il est dans ce qui ne passe pas.*

DIELLAFOY.

24 MAY 2005



IAȘI  
Tip. Coop. „Trecerea Munților Carpați”  
1927

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN IAȘI

Decan Dl. Profesor Dr. M. ȘTEFĂNESCU-GALAȚI

CATEDRELE

CORPUL PROFESORAL

Anatomia patologică	Dl. Profesor Dr.	<i>P. Gălățescu</i>
Clinica terapeutică	" "	<i>I. Enescu</i>
Patologia generală	" "	<i>C. Ionescu-Mihăești</i>
Medicina legală	" "	<i>G. Bogdan</i>
Clinica Obstetricală	" "	<i>N. Zaharescu Karaman</i>
Istoria Naturală-Medicală	" "	<i>N. Leon</i>
Histologia	" "	<i>Emil Pușcariu</i>
Clinica Dermato-Sifilitică	" "	<i>E. Mironescu</i>
Clinica-Medicală	" "	<i>C. Bacaloglu</i>
Bacteriologia	" "	<i>A. Slătineanu</i>
Clinica boalelor nervoase și mentale	" "	<i>Ç. Parhon</i>
Clinica II Chirurgicală	" "	<i>I. Tănăsescu</i>
Chimia Medicală	" "	<i>Ç. Șumuleanu</i>
Clinica Genito-Urinară	" "	<i>M. Ștefănescu-Galați</i>
Patologia Internă	" "	<i>A. Dobrovici</i>
Clinica Oftalmologică	D-na	<i>Elena Pușcariu</i>
Clinica I Chirurgicală	Dl.	<i>N. Hortolomei</i>
Clinica Infantilă	" "	<i>S. Grașosky</i>
Fiziologia și fizica biologică	" "	<i>V. Rășcanu</i>
Farmacologia	Supl.	<i>I. Enescu</i>
Higiena	" "	<i>M. Ciucă</i>
Patologia Chirurgicală	" "	<i>P. Anghel</i>
Medicina operaatorie	" "	<i>M. Butoianu</i>
Farmacia chimică și galenică	" "	<i>A. Ionescu-Măliu</i>
Anatomia Descriptivă	" "supl."	<i>G. Zamfirescu</i>
Anatomia Topografică	"Conferențiar"	<i>I. Nubert</i>
Oto-rino-laringologia	" "	<i>V. Dimitriu-Borca</i>
Radiologia	" "	<i>E. Radu</i>
Epidemiologie și cl. boli contagioase	" "	<i>I. Bălleanu</i>
Ortopedie infantilă	" "	<i>A. Trosc</i>

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte : D-l Profesor Dr. C. Bacaloglu

Membrii { " " " I. Enescu  
 " " " S. Grașosky

Membru suplinitor D-l Docent " E. Savini

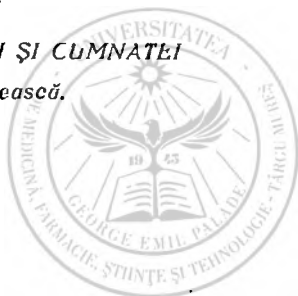
Facultatea consideră cele expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a da nici aprobare nici desaprobare.

**MEMORIEI MAMEI ȘI A  
SUROREI MELE REBECA**

*care prin jertfa de sine m'au ajutat în lupta  
contra mizeriei spre a ajunge la triumful  
zilei de azi, închin modesta-mi lucrare.*

**FRAȚILOR, SUROREI ȘI CUMNATEI**

*dragoste frățească.*



**SCUMPULUI MEU CUMNAT MORITZ**

*care prin ajutoarele și încurajările date la  
timp mi-a îndepărtat obstacolele din cale,  
în veci recunaștință.*

**COLEGEI ȘI PRIETENEI A. GAUSFAIN**

*plăcute amintiri*

**Președintelui juriului meu D-lui Profesor  
Dr. C. Bacaloglu**

*Cavaler al legiunei de onoare, pentru cunoștințele predate cu multă dărnicie, pentru purtarea părintească față de studenți și pentru bună-voința manifestată față de mine, recunoștința mea.*

*Modul D-sale de a se comporta față de bolnavi, necrușând nimic pentru a-i salva, precum și zâmbetul, vorba dulce și încurajare, dată acestora, în veci îmi va servi de călăuză.*

**D-lui Profesor Dr. I. Enescu**

*respectuoase mulțumiri pentru onoarea ce-mi face de a lua parte în juriul meu de promoție.*

**D-lui Profesor Dr. S. Grașosky**

*pentru cunoștințele căpătate în cursul ultimului an de studii precum și pentru magistralele cursuri pe cari ni le-a ținut, recunoștință și admirație.*

**D-lui Docent Dr. E. Savini**

*pentru cunoștințele căpătate în timpul serviciului meu de extern la spitalul „Dr. Ghelerter“, mulțumiri.*

**Corpului Profesoral**

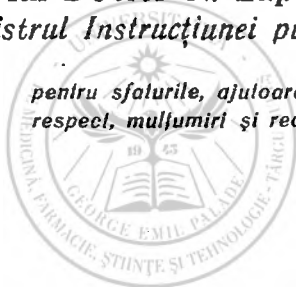
*mulțumiri.*

**D-lui D-r Weisselberg**

*pentru bună-voința sinceră de a mă servi în momentele de grea încercare, îi urez însănătoșire completă, asigurându-l că nu-l voi uita niciodată.*

**D-lui Doctor N. Lupu**  
*Ministrul Instrucțiunii publice*

*pentru sfaturile, ajutoarele și îndrumările date,  
respect, mulțumiri și recunoștință.*







## P R E F A Ț Ă

---

*Sunt mulți ani de-atunci, când lihnit de foame și hărțuit de mizerie, mă culcasem pe cufărul cel vârtos, culcușul meu, în ajunul terminării celor patru clase primare. Gândul îmi zbura c'o iuteală vertiginoasă și zeci de răspunsuri îmi dădeam la întrebarea :*

*„Ce voi face după terminarea școlii ? ”*

*Toate meseriile, toate funcțiunile, toate titlurile îmi defilau înaintea ochilor ca și reclamele de pe ecran în timpul pauzei de Cinematograf și după cum ivirea venideniilor hidoase te silesc să'nchizi ochii spre a nu le vedea, tot așa și eu i-au închis, spre a nu vedea realitatea și a trăi în lumea visurilor.*

*Am visat că m'am înscris la liceu, că l'am urmat luptând cu mizeria, foamea, frigul și lipsuri de tot felul, în special al cărților, și după opt ani îl absolvez.*

*Mă'nscriu la Facultatea de Medicină, luptă aprigă, nevoi mari, lipsuri și greutate mai continuă și acum, iar după o muncă istovitoare devin Doctor în Medicină.*

*M'am trezit. Sunt obosit în urma muncii supra-omenesti. Am revenit la realitate.*

*Văd Onoratul Juriu în fața mea, compus din scumpii mei profesori, iar eu în fața Domniei-Lor îmbrăcat cu toga cea neagră, aștept s'aud pentru prima oară zicându-mi-se :*

*„Doctore, te felicit și-ți urez succes în viață ”.*

*Zi frumoasă, oră încântătoare, clipă fericită, fruct gustos al muncii și necazurilor trecute !*

*Pe căi întortochiate, peste obstacole îngrozitoare, înfruntând toate intemperiiile, mă văd, în cele din urmă, ajuns pe piscul înalt al realizării unei dorinți ivite în frageda-mi copilărie.*

---



## Definiția

*Uremia* — sinonim cu uroemie, toxiurie (N. Guéneau de Mussy), urinemie (Gubler), lificiațiune urinemică (Peter), otrăvire urinară, insuficiența renală, azotemie, cloruremie, sindromul hipertensiv (Widal), sindromul acidozei (P. Weill și Guillaumin),— este intoxicația organismului de către elementele constitutive ale urinei sau a retențiunii în organism a elementelor cari în chip normal se elimină cu urina.

Prin urină se elimină zilnic numeroase produse de dezasimilație și elemente toxice, cari provin din uzura și dezintegrarea țesuturilor. Dacă dintr'o cauză oarecare, rinichii încetează de a-și îndeplini funcțiunea lor, sau și-o îndeplinesc rău, se produce imediat o acumulare, în sânge și diverse organe, de resturi ale vieții celulare. Din această cauză, rezultă o serie de turburări grave, care constituiesc *uremia*.

Denumirea de uremie, atribuită pe nedrept cuvânt lui *Frederichs*, a fost întrebuințată pentru prima dată de către *Piorry* în anul 1847.

*Lancereaux* compară insuficiența rinichiului cu aceia a cordului, ficatului și pulmonului, zicând că *uremia* traduce insuficiența rinichilor, după cum *asistolia* traduce insuficiența și decăderea terminală a inimii, *icterul grav* aceia a ficatului, iar *asfixia* aceia a pulmonilor.

---

## Istoricul

Se pare că *uremia*, sau *pericolul supresiunii urinelor*, după cum o denumiau cei din vechime, a fost cunoscută chiar înainte de *Hristos*.

*Hippocrat* chiar avea noțiunea accidentelor cerebrale cari rezultă în urma acestei supresiuni. Dânsul zicea : „E periculos

ca uritele să fie oprite, de oarece oprirea lor poate da naștere la convulziuni“.

*Arrélee, Baillou, von Helmont și J. B. Montano*, citați de către *Rayer*, observară simptome cerebrale provenite în urma unei supresiuni de urină. În fine *Morgagni*, rapoartă mai multe exemple de boli de rinichi, urmate de *convulsiuni* sau de *coma*.

De drept, istoria uremiei începe cu *Bright*, care descriind pentru prima oră în chip științific *nefritele cronice* (1827), arată în acelaș timp și legătura ce există între anumite manifestări nervoase și insuficiența renală.

În al doilea memoriu al său, între altele zice: „Durerile de cap devin mai frecvente, stomacul mai deranjat, vederea neclară, auzul se alterează, bolnavul e lovit în chip subit de un atac convulsiv și devine orb. Atacul se reînoește de mai multe ori și apoi după un interval scurt, bolnavul moare, epuizat de convulziuni, s'au înăbușit prin comă“.

Lui *Bright* îi urmează *Addison*, care într'un memoriu publicat în 1839 sub titlul: „Dezordine cerebrale coincidând cu maladiile rinichilor“, arată că accidentele *maladiei lui Bright*, au drept caracter comun, paloarea feței, frecvența mică a pulsului, contractilitatea persistentă a pupilelor, cari rămân senzibile la lumină și în cele din urmă absența paraliziei.

Înainte lui *Addison*, *Wilson* în 1833, căută și dânsul să facă o legătură între leziunile renale și accidentele nervoase. Aceste accidente nervoase le explică prin *retențiunea ureei în sânge*. Această uree, din cauza leziunilor renale, neputându-se elimina prin rinichi, e reținută în sânge și purtată în întregu organism. Dânsul arată complicațiile nervoase ale *maladiei lui Bright*.

De abia în anul 1839, în „les Bulletins de la Société anatomique“, se văd primele încercări de studiu ale *maladiei lui Bright*.

În anul următor, 1849, *Bequerel* prezintă un caz de *maladia lui Bright* terminat prin comă.

Apoi *Rayer* în tratatul său intitulat „*Traité de maladies des Reins*“, apărut în 1840, studiază rapoartele *nefritei albuminoase* cu afecțiunile cerebrale.

În 1851, *Frerichs*, în importanta sa monografie intitulată „*La maladie de Bright et son traitement*“, studiază pentru prima oară, în chip amănunțit, intoxicația uremică, distingându-i două

forme: acută și cronică. Descrie apoi fenomenele nervoase, în particular *amauroza* care fusese deja semnalată de către *Landouzy*, precum și *diminuarea auzului și amețelile*.

Explicația cauzei e cu totul alta decât aceea a lui *Wilson*.

În 1852, *Lassègue*, într-o revistă intitulată „Des accidents cerebraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright“, stabilește că uremia este terminațiunea frecventă a afecțiunilor renale.

În 1854, *Charcot* comunică un raport la Societatea anatomică, prin care confirmă cele susținute de *Rayer* și *Lassègue*.

Lovitura o dădu *A. Fournier* în 1863, prin teza sa de agregatie, intitulată „De l'uremie“. După aceasta urmă un memoriu celebru a lui *Traube* și apoi faimoasa monografie a lui *Treitz* asupra uremiei intestinale.

Autorii următori au căutat să completeze și să elucideze simptomatologia și patogenia. Aceasta din urmă comportă un lung istoric, pe care-l voi expune în capitolul corespunzător.

Dintre autorii cari au mai lucrat și contribuit intens pe acest tărâm îi voi cita în treacăt, urmând ca atunci când voi vorbi despre patogenie să expun teoria susținută de fiecare.

*Felz* și *Ritter*, asupra uremiei experimentale (1881) *Bouchard* scrie despre patogenia uremiei, în „Leçons de pathologie générale“ (1885-1886).

În urmă vin *Brault*, *Widal*. Acesta din urmă dă cu totul altă formă patogeniei uremiei, neadmițând nici chiar termenul de *uremie*. Dânsul zice:

„Crizele uremice depind de trei mari sindrome și anume: sindromul retențiunii clorurate, sindromul retențiunii azotate și al hipertenziunii. Termenul de *uremie* trebuie deci să dispară din limbajul medical. El putea să fie întrebuințat altădată, atunci când nu se cunoșteau procesele fizio-patologice cari sunt la origina accidentelor lui Bright“.

Cercetările însă nu s'au oprit aci. Ele mai continuă, pentru a se preciza mai limpede cauzele și modificările ce se petrec în organism și cari se traduc prin sindromul uremic.

## Etiologia

Uremia nu se observă când e suprimată funcțiunea unui singur rinichiu, din cauză că toxinele se elimină prin cel de-al doilea. Așa că, pentru ca uremia să se manifeste, e nevoie ca ambii rinichi să fie atinși. Așa se explică de ce dânsa lipsește de obicei în nefropatiile provenite în urma oare căror agenți fizici, cum ar fi traumatizmele, p'ăgi, etc., precum și'n nefropatii neoplazice cum ar fi cancer, sarcom, cari de obicei ating un singur rinichiu.

Din contra, când ambii rinichi sunt atinși, uremia trebuie să se producă.

De aici, toate afecțiunile care-s însoțite de o destrucțiune sau de o inflamațiune a țesutului renal, cum ar fi, *a*) nefritele acute, *b*) nefritele subacute, *c*) maladia lui Bright (nefrita cronică), *d*) nefritele gravidice, *e*) infarctus embolic intens de origine cardiacă, *f*) toate congestiunile renale active și pasive, *g*) toate degenerescențele grăsoase, amiloide sau chistice ale rinichiului, *h*) toate leziunile neoplazice, tuberculoase, sifilitice, sau parazitare și cari prind ambii rinichi, sunt în stare să dea naștere uremiei; într'un cuvânt, toate maladiile generale sau locale cari năvălesc la destrucțiunea rapidă și progresivă a elementelor secretorii ale rinichilor.

Uremia mai poate proveni atunci când se găsește o jenă în excrețiunea urinei. În acest grup trebuie să se înțeleagă: *a*) litiaza renală, *b*) tumorile micului bazin, cari ar compresa asupra celor două uretere, *c*) cancerul sau fibromul uterin, *d*) calculii ureterali, *e*) leziunile vezicii, *f*) cancerul prostatei. Toate acestea dau fenomene de retențiune sau infecțiune ascendentă.

*Cauzele* descrise până aci sunț *esențiale*. Sunt și *cauze accidentale*. Acestea sunt multiple. Astfel se văd câte odată survenind accidente uremice în chip brusc în urma unei răceli oboseli, emoții puternice, după o masă abundentă, după o indigestie, după vindecarea unei plăgi întinse cum ar fi un ulcer varicos, după vindecarea unei eczeme, după un tratament intern mercurial, după diminuarea foarte rapidă a unui edem de natură nefretică și'n cele din urmă după supresiunea vărsăturilor sau diareli cronice, cari au servit până ntr'un grad oarecare de emonctor.

Uremia se observă la orice vârstă și la ambele sexe

Din cele expuse mai sus, putem deduce, că deși natura acestor cauze e variată, totuși rezultatul pe care-l dau naștere e acelaș adică o retențiune a unor anumite substanțe cari în chip normal se elimină cu urina, și care retențiune se traduce prin simptomele uremice.

## Formele clinice și simptomatologia

Uremia își face apariția în mai multe moduri.

I. Câte odală ea apare în mod brusc, fără prodrome și aduce moartea în câteva ore sau câteva zile. *E uremia acută*

II. Alte ori este anunțată printr'o serie de simptome premergătoare și prevestitoare adevăratei instalări uremice (mica uremie sau faza prodromică), după care se instalează uremia cu toate consecințele ei (marea uremie) *E uremia subacută*.

III. In cele din urmă este o formă în care simptomele evoluează lent, luni de zile, până când într'una din zile dă în Coma și deacolo, moartea.

Aceasta e *uremia cronică*.

Din punct de vedere al modului de manifestare, uremia se împarte în două grupe:

1) Prima numită *mica uremie* sau *mica insuficiență urinară* și 2) a doua grupă numită *marea insuficiență urinară* sau *uremia propriu zisă*.

În *mica uremie* se observă următoarele simptome: cefalgie, turburări ale auzului, zgomot în urechi, turburări ale vederii cum e ambliopia sau amauroza subită, greutatea de a ține capul ridicat, polachiuria, poliuria nocturnă, fenomenul degetului mort, amețeli, crampe, mâncărimi, epistaxis și indurația arterelor periferice, vărsături sau diaree, somnolență. Addison spune că trebuie să se aibă în vedere cefaleia rebelă, incapacitatea la lucru precum și miozisul. Aceste turburări, recunoscute de medic, îl pun pe calea diagnosticului.

În această perioadă se mai observă modificări în secreția urinară spre exemplu: diminuarea densității, precum și diminuarea toxicității sale.

La început e greu de diagnosticat o uremie din cauză că insuficiența renală e măscată prin supraactivitatea altor emonctoare, prin modificarea generală a circulațiunii, ca rezultat al hipertrofiei inimii și al exagerațiunii, și presiunii sanghine. Grație acestor emonctorii precum și hipertrofiei compensatrice posibile a părților rămase sănătoase a parenchimului renal, secrețiunea nu diminuează în chip simțitor.

Dacă în această perioadă se intervine la timp, putem opri progresarea rapidă, întârziind astfel izbucnirea vulcanică a accidentelor grave, cari consiliuesc 2) *marea insuficiență renală* sau *Uremia confirmată*.

Manifestarea simptomelor uremiei confirmate e mai gravă. Toate simptomele miciei uremii se accentuează, își măresc intensitatea, cefaleia devine continuă, volumul urinelor și mai cu seamă cantitatea ureei și al materiilor solide scad; toate turburările auditive și vizuale se accentuează, bolnavul are tendință spre hipotermie, dispnee și aslenie generală.

*Din punct de vedere clinic, putem observa trei forme de uremie.*

I, *Uremia nervoasă.*

II. *Uremia dispneică.*

III *Uremia gastro-intestinală.*

Să vedem acum prin ce se caracterivează fiecare formă clinică.

I. Uremia nervoasă sau cerebrală se resimte asupra celor trei funcțiuni 1) *sensibilității*, 2) *mișcărilor* și 3) *psihicului*, cari pot fi afectate fie în chip izolat, fie simultan.

Așa dar vom avea 1) turburări senzitive, 2) turburări motrice și 3) turburări psihice.

#### 1) *Turburările senzitive.*

Acestea consistă în senzațiuni subiective de prurii, amorțeală și durere în diferite părți ale corpului. Bolnavii au senzații de furnicăături și de înțepături în membre dureri în articulații care-s mobile, neregulate, trecătoare, având punctul de plecare în sistemul nervos și nu într'o dezordine materială a articulației; crampe penibile, bolnavii se zvârcolesc din pricina durerii. Aceste crampe își au locul de preferință în mușchii gambei.



*Dieulafoy* semnaleză ca simptom important senzația de deget mori, apoi anestezia, critezia, nevralgii, adică toate simptomele semnalate în mica uremie, dar cari se disting aci prin caracterul lor rebel și prin intensitatea lor. Cea ce predomină e *cefaleia*. Ea se traduce fie printr'o simplă durere de cap, fie prin dureri cari au o mare asemănare cu migrena.

Prima din aceste forme este continuă cu paroxizme, survenind câteodată în timpul zilei, dar mai adesea în timpul nopții, ceiace e de altfel un caracter comun tuturor accidentelor uremice.

Durerea se găsește fie în regiunea frontală, fie în cea occipitală și se relevă prin o senzație de jenă, de greutate și de strivire; rar localizată la o singură regiune, ea ocupă mai cu seamă întregul cap și se traduce prin un fel de cerc dureros care comprimă craniul pe de-a'ntregul, ca și cum ar purta pe cap o *cască strîmtă și grea*. De aici și denumirea de *durere în cască*. Prin paroxizmele sale nocturne, se apropie de durerile osteocope ale sifilisului.

În al doilea caz, când cefaleia uremică amintește migrena, durerile sunt intermitente și survin prin crize cari durează de la câteva ore la mai multe zile. Aceste dureri sunt sfâșietoare, rebele, intolerabile complicate de insomnie, torpoare, și apatie intelectuală. Ea constituie, când este singura manifestație nervoasă, forma specială numită, *forma cefalgică* a uremiei.

În acest timp se mai pot observa turburări ale vederii, *Amauroza*, se observă în oarecari cazuri de crize convulsive ale uremiei; ea apare brusc dela începutul crizei, se continuă tot timpul duratei sale, și dispare după dispariția crizei. Această amauroză se acompaniază de conservațiunea contractilității irisului, deși senzația de lumină e abolită.

Pe lângă *amauroza* s'a notat și *diplopia*, *hemiopsia* și chiar *hemeralopia* de origină uremică. Trebuie de reamintit că un fenomen foarte frecvent în cursul uremiei este strângerea sau micșorarea pupilei. *Profesorul Paulescu*, susține totuși c'ar fi văzut în câteva cazuri o dilatare a pupilei.

În fine se mai observă *turburări auditive* consistând fie în *hiperacuzie* fie *surditate*.

Artralgiile se pot însoți de delir și simulează atunci *reumatismul cerebral* (Jaccoud).

## 2) Turburările motrice de natură uremică.

Acestea se împart în două grupe.

A) Turburări motorii prin excitațiune și

B) Turburări motorii prin depresiune.

În grupul A avem; a) *contractura*, care e relativ rară și trecătoare. Câteodată însoțește o paralizie tranzitorie. Când e izolată, e localizată de obicei la mușchii regiunii posterioare a cefei și determină o înțepenire cu o ușoară răsturnare a capului înapoi. Bolnavul prezintă așa dar, trismus, înțepeneala cefei, opistotonos și contracturi ale extremităților. Aceasta e forma tetanică.

b) *Convulziunile* pot fi generalizate, discontinue sau permanente.

*Convulziunile generalizate* se observă mai cu seamă la copii și femei. Criza poate ține 2—15 minute, fiind adesea precedată de greață, amețeli trecătoare, tresăriruri, rădarea și neregularitatea pulsului, miozis și exagerarea reflexelor. Acestea toate constituiesc *semnul de alarmă*; ele preced criza convulsivă care izbucnește brusc, în chipul unui *acces epileptic*.

Bolnavul cade fără cunoștință, apoi prezintă convulziuni tonice generalizate urmate în curând de convulziuni clonice și de coma cu respirația stertoroasă. Alacurile nu sunt unice, ci se repetă, dând un adevărat—*état de mal*.

Când *convulsiunile sunt localizate*, atunci cuprind numai un segment de membru sau un grup muscular și afectează *tipul epilepsiei Jacksoniene*,

B) *Turburările motorii prin depresiune* se caracterizează prin *paralizii uremice*, cari se localizează la un mare număr de mușchi și de preferință la o jumătate a corpului. Ele au fost studiate de *Raymond, Chantemesse, Tennesson, Florand, Level, Adda și Baillet*.

Paraliziile apar sub formă de *hemiplegie flască*, de *paralizie facială* și de cele mai adesea ori, sub formă de *monoplegie*; sunt incomplete, tranzitorii și fugare, variază chiar în aceeași zi, după cum variază și celelalte simptome cari le însoțesc.

## 3) Turburări psihice.

Acestea sunt foarte importante de cunoscut. Ele se traduc rând pe rând prin A) *afazie*, B) *delir* și C) *coma*.

A) *Afazia* este un accident uremic, relativ rar, care se însoțește de obicei de hemiplegie, dar care poate fi și independent. Ea este tranzitorie și apare la intervale neregulate; uneori sunt regulate și chiar periodice.

B) *Delirul uremic* poate să îmbrace toate formele. *Dieulafoy* a rezumat astfel principalele varietăți:

a) „Câte odată, *delirul uremic* îmbracă caracterele *maniei acute* cu excitațiune, agitațiune, insomnie și vociferațiuni. Bolnavul se scoală la orice moment, nu poate sta locului, se luptă cu acela care încearcă să-l rețină locului. Excitațiunea alternează câte odată cu faze de torpoare, de amorțire, sau de somnolență.

b) „In alte cazuri e predominența *halucinațiilor auditive* sau *vizuale*.

a) „Câte odată e *forma lipemanică* care domină. Bolnavul are toate aparențele unui melancolic; are ochiul stins, figura indiferentă; se închide într'un mutism absolut, pare resemnat de a suferi de toate, se teme de moarte, sau ar dori să moară, nutrind idei de sinucidere.

d) „Alteori, *ideile de persecuție* sunt acelea cari domină; bolnavul refuză alimentele de teama de a nu fi otrăvit; îi se pare că se atentează la viața lui, el aude cum unele persoane vor să-l omoare; se crede vinovat de cele mai mari crime și se teme de pedeapsă. Pe toți acei ce-l înconjoară îi consideră de călăi.

e) „Mai rar, *delirul uremic* îmbracă forma *erotică* și *religioasă*“.

Aceste diferite varietăți de delir pot să existe izolat, se succed, alternează sau chiar se combină.

C) *Coma* este rezultatul final al tuturor formelor de uremie. Poate să succedă turburărilor de uremie convulsivă, delirantă, turburărilor gastro-intestinale și respiratorii; poate să survină brusc sau insidios; poate fi *complectă* sau *incomplectă*.

Când *coma* e *complectă*, bolnavul stă în patul său imobil. În prostațiunea cea mai profundă, fără cunoștință, ochii închiși sau semi-deschiși, fața pală. El este într'o rezoluție musculară flască.

Senzibilitatea e abolită. Înșepându-l nu răspunde excitațiilor; pupilele sunt de cele mai adesea ori în miozis, ori foarte rar, dilatate; pulsul este dur, hipertensiv, accelerat sau rar; tempe-

ratura este adesea subnormală; bolnavul nu urinează sau urinează sub dânsul în pat în cantitate foarte mică; respirația e lentă, profundă și prezintă *ritmul lui Cheyne-Stokes*.

Câte odată, *coma completă* este întretăiată de scurte remisiuni sau alternează cu accidentele convulsive sau delirante. Alte ori poate să retrocedeze complet sau să nu lase după dânsa de cât niște turburări paralizice tranzitorii.

Adesea însă, e de un pronostic grav, mai cu seamă atunci când rezistă medicațiunii instituite și când are o durată de mai multe zile.

## II. Uremia dispneică.

Turburările respiratorii uremice sunt foarte importante de cunoscut. Ele dau naștere la *dispneia uremică*, care se prezintă sub trei varietăți.

1) *Dispneia simplă*, 2) *dispneia paroxistică* și 3) *dispneia spazmodică*.

1). *Dispneia simplă* e caracterizată prin accelerațiunea și variațiunile de întindere ale mișcărilor respiratorii și prin sufocarea sub influența celui mai mic efort, sau chiar după o simplă primblare. Mai cu seamă seara sau în timpul nopții, respirațiunea devine dificilă. Mișcărilor sunt accelerate și mai profunde decât normal, efectuându-se mai cu seamă de către diafragm, ceilalți mușchi fiind mai mult ori mai puțin contractați.

Dispneia uremicilor se însoțește câte odată de fenomene laringee. asprimea vocii și se aude ca un fel de șuerătură în timpul inspirației. Toate acestea sunt însoțite de un tiraj supra și sub sternal; ea e însoțită adesea ori de o accelerațiune a pulsului.

b) *Dispneia paroxistică* e constituită printr'o opresiune violentă, care reapare din timp în timp însoțită de o respirație tânguitoare. Această varietate de dispneie a fost desemnată sub numele de *respirația lui Cheyne Stokes*.

Observată pentru prima oară de *Cheyne* în 1816, descrisă întâia oară de *Stokes* în 1854, e botezată cu numele de *respirația Cheyne-Stokes* de către *Traube*.

Această respirație consistă în o serie de inspirațiuni din ce în ce mai puternice, până la un maxim de intensitate, după care ele diminuiază progresiv în întindere și forță și sfârșesc prin o suspenziune, în aparență, completă a respirațiunii.

Bolnavul poate rămânea în această stare destul timp pentru ca cei din jurul lui să creadă c'a murit. După aceasta, apare o primă inspirație slabă, urmată de o a doua inspirație mai marcată și dă naștere unei noi serii de mișcări inspiratorii analoge celor descrise mai sus.

Faza de apnee e câte odată extrem de lungă, chiar 40 secunde. În acest moment se observă un miozis mai accentuat, mici convulzii ale mușchilor feței, bradicardie cu hipertensiunea arterială și o diminuare a excitabilității nervoase. Această respirațiune nu e totdeauna fatală.

De altfel nu e exclusiv caracteristică uremiei, ci se mai poate întâlni în câteva afecțiuni cerebrale, cardiace, precum și'n intoxicație cu morfină.

Respirația lui Cheyne-Stokes constituie un prețios element în punerea diagnosticului de uremie.

*Saloz* descrie un alt tip de respirație care, zice dânsul, precede respirația lui Cheyne-Stokes. El descrie acest tip de respirație sub numele de *ritm intermedtar* și consistă în mișcări alternantive rare și accelerate, cari se urmează regulat unele pe altele fără a exista apnea.

Respirația lui Cheyne-Stokes e însoțită de răirea pulsului, mărirea presiunii arteriale, paloarea tegumentelor și al mucoaselor. Acestea din urmă se observă la sfârșitul perioadei de apnee și mai cu seamă atunci când apnea a fost foarte prelungită (Traube și Filehne).

Mai e apoi însoțită de: somnolență, obnubilație intelectuală în timpul pauzei, agitație în timpul perioadei de hiperpnee; Zguduituri convulsive ale feței, într'un membru sau într'o jumătate a corpului la sfârșitul fazei de apnee. Strângerea bruscă a pupilei la începutul pauzei; când încep mișcările respiratorii, pupila se dilată și devine sensibilă la lumină.

Semnele stetoscopice fac lipsă de cele mai multe ori în timpul respirației Cheyne-Stokes. Se percep câteva raluri sibilante și ronflante. Totuși, cu timpul se supra adaugă insuficiența inimii la insuficiența renală și atunci se văd apărând toate simptomele *congestiunii pasive a pulmonilor*, în acelaș timp cu *edemele periferice*.

c) *Dispneia spasmodică* are o mare analogie cu accesul de *astm* și din cauza aceasta a fost adesea descrisă sub numele de *astm uremic*.

Ea se caracterizează prin aceea că survine ca un acces de astm pur nervos, fără nici o cauză apreciabilă și consistă în o senzație de neliniște penibilă care forțează pe bolnav să stea în pat șezând, să se cramponeze de obiectele înconjurătoare și să facă eforturi pentru a respira aerul care ar părea că-i lipsește. Pieptul balonat, globulos, rămâne fixat în pozițiunea de inspirațiune și aerul nu se reînoește, din care cauză se sufocă.

După această fază, urmează liniștea. Expirațiunea începe prin relaxarea mușchilor inspiratori. Ea este lentă, prelungită însă nu șuerătoare ca într'un acces de astm propriu zis; se aud în acest timp roluri sibilante și rônflante la ascultație. Ochii sunt eșiți în afară, buzele decolorate, fața pală, pulsul dur și accelerat; adesea, vărsături preced sau urmează criza. Durata unui astfel de atac e variabil, poate ținea 30 până la 60 minute și să se reînoiască de mai multe ori în cursul zilei, dar mai cu seamă noaptea.

## Manifestațiunile cardio-vasculare ale uremiei

Se observă, câte odată, la uremici turburări cardiace caracterizate prin zgomot de galop și insuficiența triscupidiană.

*Merklen și Rabé* au observat în oarecari cazuri de uremie un edem inflamator al miocardului, o adevărată miocardită interstițială subacută.

Autoînxicăția prin insuficiența renală se însoțește și de manifestații diverse din partea vaselor dând hemoragii.

*Epistaxisul* e uneori foarte frequent și foarte abundent. Bolnavul poate să piardă 1—2 jum. litri sânge, provocând moartea imediată.

Se mai observă, dar mai rar, *hemoptizii, hematurii metroragii, hemoragii gastro-intestinale și purpura.*

Tot la manifestațiunile cardio-vasculare trebuie să adăugăm și *edemele*, cari au o importanță mare la unii uremici.

Nici *globulele roșii*, nu scapă; un mare număr din ele se alterează producând *anemia uremică* și consecutiv *dispneia*.

### III. Uremia gastro-intestinală.

În urma experiențelor făcute de către *Cl. Bernard* și *Bareswill*, s'a constatat că dacă se leagă ambele uretere, sau dacă se practică o dublă nefrectomie la un animal, se produc, un timp oarecare, fenomene de înlocuire din partea altor organe și mai cu seamă din partea mucoasei digestive.

Acelaș fenomen se întâmplă și la uremici. *Pielea, pulmonii, căile digestive*, joacă la ei rolul de organe accesorii de eliminare și de aci se înțelege cum saliva și materiile provenite prin vărsături, conțin un exces de *uree* și mai cu seamă *carbonat de amoniac*.

Trecerea materiilor anormale la nivelul mucoasei gastrice produce iritațiuni, la cari adăugându-se microbii cari își au reședința în căile digestive sau aceia care-s introduși cu alimente și cari se grezează pe porțiunile iritate, dau naștere la diverse manifestațiuni inflamatorii sau ulcerose de natură uremică. Aceste fenomene se localizează mai cu seamă pe mucoasa stomacului sau al intestinului gros, mai rar pe cea a intestinului subțire și uneori chiar pe mucoasa bucală și faringiană, dând naștere la accidente multiple.

#### 1) Turburări bucale și faringee.

Uremia tubului digestiv fiind datorită eliminării și depozitării substanțelor, cari în chip normal ar trebui să se elimine prin aparatul urinar, la nivelul mucoasei tubului digestiv, mucoasa bucală nu scapă nici dânsa și se observă la nivelul ei o serie de leziuni asemănătoare cu acelea provenite în cazul unui tratament mercurial intensiv. Uremia nu are de cât un rol preparator, iar infecțiunei supra adăugate trebuie să i se atribue puterea determinantă a stomatitelor uremice.

Sunt două feluri de stomatite: A) *Ușoare, eritematoase pullacee* și B) *grave, sau ulcerose*.

A) *Stomatitele eritematoase sau ușoare* se prezintă în modul următor. Cavitatea buco-faringee e aproape totdeauna uscată, ca o urmare a supresiunii sau a diminuării secreției salivare; uscăcimea gurei e un semn important, de oarece ne pune pe calea diagnosticului; mucoasa prezintă o roșiață difuză; *gingivile, dinții, faringele* sunt acoperite de un mucus vâscos și li-

picios, foarte abundent, dedesubtul căruia se găsește mucoasa foarte inflamată și pe cale de a exulcera; limba are aspectul *limbei urinare a lui Guyon*, e roșie pe margini și-i acoperită în centru de un induct cenușiu.

B) *Forma ulceroasă sau stomatita gravă ulceroasă*, descrisă de Barié, vine în urma inflamației agravate. Ulcerele, de mărimi variate și foarte sensibile, sunt însoțite de o salivatie abundentă și-s situate pe buze, fața internă a obrazilor și pe gingii. Din cauza extremității lor senzibilități fac imposibilă ingestivitatea vreunui aliment.

În timpul acesta sunt prinse și glandele *submaxilare* și *parotide*. Ele se complică de *ptialism*.

*Profesorul Paulescu* amintește de o complicație gangrenoasă. Dânsul zice: „La unul din uremicii noștri, o placă neagră, excesiv de fetidă, apără pe o amigdală, la nivelul unei fașe membrane de faringită; această placă se mări foarte repede—cu toate spălăturile abundente cu apă oxigenată—și bolnavul sucombă, în adinamie, după patru zile“.

## 2) *Turburări gastrice ale uremiei*

*Mathieu* zice că turburările gastrice constituiesc prima manifestare a uremiei. E greu la început să se pună imediat diagnosticul de turburare gastrică de natură uremică.

Aceste turburări constă în digestiuni grele, vărsături zilnice, vărsături cari pot fi alimentare, seroase sau bilioase, apoi o stare de greață continuă. Toate aceste turburări sunt subdependința unei exagerațiuni secretorii a stomacului care înlocuiește funcția renală. Cea ce ne ajută la afirmarea vărsăturilor că sunt de natura uremică, e că conțin un *exces de uree*, după *Dieulafoy*, sau de *carbonat de amoniac* după *Frerichs*.

Alăta timp cât vărsăturile sunt moderate și nedureroase trebuie respectate. Când devin însă neconținute, incoercibile, nepermițând alimentarea bolnavului, trebuie imediat să intervenim căci traduc leziuni ale mucoasei stomacale.

## c) *Turburări intestinale ale uremiei.*

Această turburare a fost descrisă de *Treltz*. Ea se anunță printr'o diaree seroasă, fetidă, abundentă, fără colici, bogată



în uree și cabonat de amoniac. Această diaree, ca și vărsăturile la început, e binefăcătoare, căci dă prilejul de a se elimina otrăvurile urinei pe această cale, neputându-se elimina pe calea naturală. Ea nu obosește pe bolnav deși e abundentă și frecventă, calmează cefaleia, favorizează somnul și ameliorează starea generală a bolnavului.

Apoi vine diareia sanghinolentă, dizenteriformă, însoțită de tenezme și de colici. Evacuațiile dela început nedureroase, devin acum dureroase.

Turburările uremice sunt datorite unor ulcerațiuni localizate pe jejun, ileon partea sa terminală, și mai cu seamă pe intestinul gros. Aceste ulcerații pot da naștere la perforații urmate de peritonită difuză.

### Uremia cronică.

Această formă de uremie prezintă toate simptomele uremiei subacute, mersul ei e mai lent, simptomele nu afectează un mers acut. Ele evoluează într'un timp îndelungat, luni de zile, năvălind dintr'odală la comă.

Această formă de uremie e frecventă în nefrita interstițială cu evoluție lentă.

### Patogenia

Un număr infinit de teorii s'au emis pentru a explica patogenia uremiei. Și azi mai continuă încă discuțiile. O teorie emisă de unul, a fost imediat combătută de altul și tot așa s'a urmat până când în ultimul timp Widal, veni să explice patogenia uremiei cu totul altfel de cum o înțelegeau cei de mai înainte

Voi căuta, ca în chip sumar, să trec în revistă cele mai principale teorii emise până'n prezent.

Teoriile se împart în I *anatomice* și II *chimice*.

Cele chimice se subdivid la rândul lor în :

1) Prima categorie zisă a intoxicațiunilor uremice datorite unei singure otrave.

2) A doua categorie a intoxicațiilor uremice datorite otrăvurilor multiple.

Acum să le vedem pe rând.

I. Teoriile anatomice cuprind: a) anemia cerebrală, b) congestia cerebrală, c) inflamația meningelor, d) alterațiunile sângelui, e) hidrocefalie ventriculară, f) edemul cerebral.

Toate aceste cauze au fost pe rând încriminate. Traube a susținut teoria *edemului cerebral*. Explicația după dânsul ar fi astfel: La brigthici, fiind o *hidremie* și o *hipertenziune sanghină*, având în același timp și o permeabilitate mai mare a vaselor, ar permite o transudare a serului prin pereții capilarelor. Din această cauză ar rezulta o compresiune asupra substanței cerebrale, producându-se astfel fie *coma*, fie *fenomene convulsive*.

Raymond, Tenneson și Chantemesse, nu contestă teoria *edemului cerebral*, reducându-i însă acțiunea din cauză generală, la una parțială.

Anume, ei susțin, că edemul nu poate fi cauza tuturor manifestațiilor uremiei, ci poate da loc numai la *paralizii localizate ale uremiei*.

Dupré și Castaigne susțin cum că fenomenele uremiei datorite unui *exces de lichid cefalo-rachidian*. Aceasta au dovedit-o prin aceia că, făcând o puncție lombară la bolnavi de uremie, au putut ușura accidente uremice.

Vaquez crede că *hipertenziunea arterială*, joacă un mare rol în producțiunea oarecăror forme de uremie, sau a oarecăror accidente uremice, cum ar fi *amauroza* și *convulziunile*.

Loeper atribue accidente uremice unei *deshidratări a celulelor cerebrale* sub influența poliuriei.

Parhon și Papinian au constatat într'un caz de uremie comatoasă cele ce urmează:

*alterațiuni ale marilor celule piramidale din scoarța cerebrală*, consistând în umflarea celulei, fragmentarea și chiar dispariția substanței sale cromatice, subțierea fibrelor nervoase cari se împregnează rău cu nitrat de argint. Ei explică simptomele nervoase ale uremiei prin aceste fine alterațiuni.

II Teoriile chimice, după cum am mai spus, se divid în două categorii.

1) Otrăvuri unice și

2) Otrăvuri multiple.

1) Prima are mulți adepți, fiecare atribuind unei alte substanțe în producerea uremiei.

Voi cita în ordine toate teoriile și concomitent combaterea lor.

*Rayer* atribue uremia, intoxicațiunii organismului prin *uree*. *Rostock și Christison* au constatat că la uremici proporțiunile de *uree* sunt adesea diminuate în urină, ele sunt din contra exagerate în sângele lor. *Wilson* reduce puterea *ureei*, zicând că dânsa nu e cauza tuturor fenomenelor uremice.

*Charrin* susține cum că *ureia* este un produs inofensiv și chiar diuretic. Aceasta o dovedește prin experiența sa, arătând că ar fi nevoie de o doză de 500 de ori mai mare decât aceea care se întâlnește în stare normală în circulațiune, pentru a produce moartea. Ori, zice dânsul, omul moare înainte de a fi timp să se acumuleze în organism cantitatea de *uree* necesară de a-l omori.

b) *Frerichs* atribue uremia, intoxicațiunii organismului prin *carbonat de amoniac*. După dânsul, carbonatul de amoniac e singurul agent producător al uremiei. *Treitz și Grandeau* arată că *ureia* prin descompunerea ei dă naștere la carbonat de amoniac, care se găsește în sângele și vărsăturile uremicilor.

*Picard și Bernard* combat teoria lui *Frerichs*, spunând că chiar când omul e sănătos are în organismul său carbonat de amoniac și că dacă *amoniemia* produce oare-cari simptome uremice cum ar fi *hipotermia, vărsături, convulzii*, ea este de parte însă de a produce toate simptomele uremiei.

c) *Fellz și Ritter* atribue uremia, intoxicațiunii cu *săruri de potasiu*. *D'Espine* constată că'n sângele uremicilor se găsesc într'o proporție exagerată *săruri de potasiu*.

*Charrin* combate puterea lor exclusivă, arătând că nu produc decât unele simptome cum e *miozisul, hipotermia, diureza și salivația*.

d) *Schottlin* atribue uremia, intoxicației organismului prin *creatină*; e) *Bence Jones*, *acidului oxalic*; f) *Thudicum*, *pigmenților urinari* și'n special *urochromului* și diverselor produse de descompunere; g) *Mairet și Bosc*, atribue *uroxantinei* și *urobilinei*.

h) *Perls, Volt Chalvet, Hope Seyler* susțin că cea mai mare parte a accidentelor uremice, se datoresc *materiilor extractive* cum ar fi: *creatinina, xantina, leucina, tirozina, taurina*, etc.

S'a constatat însă că fiecare element considerat izolat, când e găsit în sânge, n'are altă valoare decât aceea că traduce o perturbațiune generală a fenomenelor de nutrițiune, o diminuare a combustioniilor, un viciu general în funcționarea celulară.

i) Fenomenele uremice au mai fost atribuite *acidului uric* și *acidului hipuric*. *Bouchard* prin experiențele și constatările sale, combate puterea lor exclusivă în producerea uremiei.

## 2-a Teoria intoxicațiunilor uremice datorite otrăzurilor multiple

Această teorie e susținută de *Bouchard*. Dânsul zice că uremia e datorită retențiunei în organism al tuturor substanțelor toxice conținute în urină, care neputându-se elimina din cauza impermeabilității filtrului renal, trec în organism și-l otrăvesc.

De aici după dânsul, uremia ar trebui să se numiască *urinemia*.

În ultimii ani, *Widal* vine de răstoarnă toate concepțiunile și teoriile de până acum atribuite uremiei, zicând că simptomele uremice și mecanismul patogen al accidentelor variază cu natura principiilor reținute în organism. De oarece simptomele de uremie se observă atunci când este o *retenție de cloruri* sau o *retenție de azot*, sau în cursul unei *hipertenziuni*, fie că sunt izolate, fie că simptomele lor se combină între ele, dânsul încheie astfel :

„Ce n'est donc pas ce terme imprécis „d'urémie“ qu'il faut employer ; c'est les termes de rétention chlorurée, de rétention azotée ou d'hypertension.

Seuls ils indiquent la nature des accidents que présente le malade“

Acum se mai adaogă la cele două retențiuni arătate de *Widal* o nouă cauză și anume acidoza. Această *uremie cu acidoză* a prins rădăcini. În 1923 *P. Weill și Guillaumin* consacra un memoriu relativ la acidoza brighticilor zicând : „Certainement, il y aurait beaucoup à préciser pour ce qui est de cette étude clinique, mais, d'ores et déjà, nous croyons qu'à côté de grands syndromes du mal de Bright, și magistralement mis en valeur par le Professeur *Widal*, doit prendre place un syndrome acidotique d'importante valeur pronostique“ Pe lângă aceasta trebuie de remarcat că'n laboratorul clinicei medicale condus de către D-l Profesor *Bacaloglu*, s'a găsit la unii brightici, de către D-l Doctor *Vasilu*, o alcaloză.

## Anatomia patologică

Printre leziunile găsite la autopsia bolnavilor morți în plină perioadă a uremiei, nu e nici una pentru a zice astfel, care să-i aparțină și care să explice într'un chip satisfăcător ansamblul fenomenelor observate. Trebuie făcute excepții pentru sistemul nervos și pentru aparatul digestiv.

1) Leziunile toxice ale nevraxului ating în principal neuronii bulbului și ai scoarței cerebrale. S'au semnalat apoi turburări vaso-motorii cum ar fi: congestiunea, anemia și mai cu seamă edemul cerebral.

Printre alterațiunile nervoase ale uremiei se citează de asemenea acelea ale retinei, care constituie *retinita zisă albuminurică* și care consistă în o infiltrație grăsoasă și colesterinică a celulelor sale.

2) Leziunile mucoasei digestive.

a) Mucoasele, bucală și faringiană, nu prezintă decât leziuni microbiene, congestiuni, eroziuni, ulcerațiuni și gangrenă.

b) Mucoasa stomacală este acoperită printr'o mare cantitate de mucus, care formează un strat gros cenușiu, vâscos și atât de aderent, în cât, câte odată e nevoie de raclat cu un cuțit. Dedesubtul acestui strat, mucoasa apare tare, pală, cenușie și din loc în loc cu mici plăci de culoarea ardeziei, roșii sau hemoragice și câte odată cu eroziuni și ulcerațiuni punctiforme, lenticulare sau în formă de urme de unghie. Aceste mici ulcerațiuni, de obicei foarte numeroase, sunt diseminate pe toată suprafața stomacală. În jurul lor există o congestiune de intensitate mijlocie, fără extravazațiuni sanghine.

c) Intestinul subțire e puțin alterat.

d) Intestinul gros din contra prezintă leziuni ulceroase, atingând maximul lor de intensitate. Într'un caz de uremie, mucoasa S-lui iliac și al rectului era presărată de mici escare gălbii, înconjurate fiecare de o zonă de congestiune foarte vie (Paulescu).

## Pronostic

Pronosticul depinde de două condițiuni :

1) Punerea cât mai din timp a diagnosticului și instituirea dietei și al tratamentului.

2) Natura patogenă a uremiei. (1) cloruremică, 2) azotemică, sau 3) hipertensivă).

Din acestea trei cea mai benignă e cea cloruremică. Celelalte două au un pronostic mai rezervat. Ceiace ne dă un în-diciu în privința pronosticului e cantitatea de *uree în sânge*. Sub un gram e favorabil. Mai mult de un gram, sfârșitul e fatal.

Mai intervine în pronostic și starea cardio-vasculară. Hipertenzivul poate să moară subit în urma unui accident datorit hipertenziunii arteriale, sau să devină un asistolic prin dilata-ția cardiacă secundară.



## Tratament

Tratamentul consistă în I *dietetic* și II *medicamentos*. Acesta din urmă se împarte în 1) *tratament terapeutic rațional, bazat pe diversele sindrome*, precum și 2) *tratament simptomatic*

### In caz de retenție clorurată.

1) Regim hidric în primele 24 ore.

2) Cura de declorurație după Widal și Joval. Scopul e ca clorura de sodiu introdusă în organism să fie inferioară celei pe care rinichiul bolnav mai e în stare de a elimina. În cazul acesta scad treptat edemele.

3) Injecții intravenoase sau subcutane de ser glucozat 45 ‰ câte 500 gr. repetat 2—3 ori pe zi.

4) După ce au scăzut edemele putem începe alimentația. Vom da zaharuri sub formă de ser glucozat, lactozat etc.

5) Se va institui un regim lăctat 500—600 gr. și chiar 1000 gr. lapte în 24 ore. Dacă rinichiul e prea alterat, atunci acest regim e periculos de oarece laptele, deși în cantitate mică conține clorură de sodiu, totuși acea mică cantitate neputându-se elimina, se va acumula favorizând edemele.

6) Se va ordona bolnavului să stea în pat. Dacă sub influența regimului și al șederii în pat edemele nu dispar, se va asocia la regim și tratamentul medicamentos. Pentru aceasta, vom ține seama de cord și de rinichi.

Pentru insuficiența cardiacă se va da.

*Digitala* sub formă de injecții sau *Digalen*. Putem da și *strofantină* sau *ouabaïnă*, intramuscular.

Pentru rinichi se va da.

*Teobromină* pe cale bucală. Ea e în general bine tolerată. Câte odată se observă turburări gastrice și cefalalgice.

*Infuzii de Uva Ursi*.

*Allyltheobromina* propusă de curând. Se injectează și înlocuște *Teobromina*, când aceasta e rău tolerată sau când rămâne fără acțiune suficientă.

*Diuretina*, cafeina, injecții de Eofilina. În ultimul grad se fac injecții intravenoase de *Diuretina* soluție  $\frac{1}{10}$  se fac 5—10 cm<sub>3</sub> în 24 ore.

### In caz de retenție azotată.

În fața retenției azotate, medicul este aproape dezarmat. Principiul dietetic în marele azotemii, este aproape ineficace. Bolnavilor, cari nu se pot alimenta, li se va face alimentația pe cale rectală cu apă zaharată (glucozată, lactozată).

*Pic* a propus ca diuretic azoturic *Scilla*. Deși de mulți e combătut acest diuretic, totuși s'a observat în timpul din urmă că e singurul medicament de o eficacitate relativă care se poate propune la azotemici.

*Venesecția* e indicată totdeauna în marile azotemii. Se va scoate 300—500 gr. pentru adult, 200 gr. pentru un copil mai mare de 9 ani.

### Când e hipertensiv

*Regim declorurat*, care face să scadă tenziunea arterială. Se va restrânge cantitatea lichidelor ca să nu se producă o presiune prea mare în arterele sale.

I se vor administra medicamente hipotensoare.

*Soluție alcoolică de trinitrină*  $\frac{1}{100}$ .

*Nitrat de amid*, care dă o vazodilatație și o scoborâre pasageră a tenziunii arteriale. Aceasta din urmă se administrează în accidentele supra acute.

La aceasta se va adăuga și medicațiune iodurată în doză mică.

În faza terminală când sunt edeme voluminoase, ireductibile, ale membrilor inferioare, se fac înțepături cu termocauterul sau se evacuează lichidul cu *tuburile lui Soutley*.

### Tratament simptomatic.

Vom da calmante nervoase evitând opiaceele.

a) *Contra cefaleei* vom da piramidon în doze mici.

b) *Contra dispneei* vom practica *veneseția 300 gr.* sânge și imediat vom *injecta*  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  *ctg. morfină*. (Să n'aibă resp. Cheine Stokes).

Când dispneea e datorită edemului pulmonar sau congestiei pulmonare, *ventuze scarificate*.

*Inhalajii de oxigen* 3 baloane a 60 litri în 24 ore.

c) *Contra vărsăturilor* dietă absolută. Nici apă și nici lapte. Câteva bucăți de ghiașă pentru înghițit.

I se vor face spălături cu :

Rp. Peptonă 10 gr.

Lactoză 20 „

Galbenus de ou No. 1.

Apă 160 gr.

(Dieulafoy)

Se va face uz de *apă cloroformată* sau *acid lactic*.

d) *Contra diareei*. Trebuie de evitat de a le face să încezeze prea repede.

Se va ordona *Dieta hidrică* și *spălături ale intestinului*.

Când diareia devine periculoasă vom căuta s'o combatem. Diareia în acest caz e foarte greu de calmat.

În uremia prin *obstrucția calculoasă* sau prin compresiunea ureterelor, este indicată *intervenția chirurgicală*.

În *cazurile grave*, în deosebi în *formele convulsive* și *comatoase*, veneseția cu scoaterea a 300—400 gr. de sânge, dă uneori rezultate neașteptate.

*Voi cita cazul d-lui profesor Bacaloglu.*

D-sa fiind chemat, acum 20 ani în urmă, la o femeie care se găsea în comă și unde mai fuseră chemați și alți medici, fără a-i putea da vre-un ajutor, cum a văzut-o a pus diagnosticul de *coma uremică* și fără a sta mult pe gânduri i-a făcut



o *venesechie*, scofându-i 400 gr. de sânge. Bolnava și-a recăpătat imediat cunoștința și în urmă fiind sub îngrijirile și stricta supraveghere a D-sale, ea s'a însănătoșit complect.

Au trecut 15 ani, când cu un prilej oarecare. d. profesor Bacaloglu revăzând-o, avu satisfacția de a constata că femeia era voioasă și sănătoasă, grație *venesechiei* făcută la timp.

## I. Foaia de observație

din clinica D-lui Profesor Dr. C. Bacaloglu.

Bolnava B. S. de 30 ani, din Bacău, vine pe ziua de 8 Mai 1926, în serviciul clinicei medicale, pentru vărsături, anorexie, edem al membrilor inferioare, temporar tusă cu expectorație albă fibrinoasă și aerată. Aceasta i-a venit în urma unei gripe. Odată cu edemul membrilor inferioare a avut și edemul pleoapelor.

*Antecedente heredo-colaterale.* Tatăl trăește. Mama a murit din cauza bătrâneții. Au fost 4 frați. O soră a murit de tifos exantematic. Mama n'a avut avorturi.

*Antecedente personale.* În copilărie n'a suferit de nimic, neagă tabagizmul, neagă alcoolul, neagă boalele venerice și sifilisul. A avut un avort la trei luni. Nu-i poate preciza cauza. Are 2 copii sănătoși. A suferit de gripă și hemoroizi.

*Istoricul boalei.* Acum un an a început să debordeze. Cauza nu o poate preciza. Crede din cauza excesului de bere, sifon și apa pe care le consuma din cauză că avea sete mare. Cu toate acestea se simțea sănătoasă. Toate acestea au mers aproape un an, în care timp vărsa din ce în ce mai des, până acum două luni, când au devenit foarte dese și imposibile de suportat. Totdeauna varsă după masă. Arătându-se medicilor locali, aceștia au supus-o la un regim lactat, pentru că era constipată. Ne spune că glucoză în urină nu are. Albumină a început să aibă în urină, dela data când a avut avortul. Avea greață și edem al gambei stângi. Totodată i-a pierit și pofta

de mâncare. Toate acestea au decis'o să vie în clinica noastră.

*Starea prezentă.* Faciesul palid, pleoapele inferioare mă-ales, par edemațiate. Lipsă de sânge. Tegumentele palide. Pe membrele inferioare se observă edem. Nu există edem al gotei. Toracele plat. și emaciat. Fosele supra și sub-claviculare, precum și spațiile intercostale se evidențiază.

E într'o stare de apatie.

*Aparatul vizual.* Pupilele egale. Reacționează la lumină și acomodează la distanță.

*Aparatul respirator* nimic important de semnalat.

*Aparatul circulator.* Nimic important, vârful bate în al cincilea spațiu intercostal stâng. Matitatea cordului nu depășește bordul din dreapta.

*Aparatul cardio-vascular.* Puls mic, bine bătut, amplu, vasele sinuoase.

*Examenul local.* Gamba stângă edemațiată, pleoapele prezintă urme de edem.

*Aparatul digestiv* anorexie, scaunele neregulate. Ficatul normal. Bordul inferior nu depășește falsele coaste. Splina e mărită. Suferă de constipație. I se fac clizme.

*Aparatul uro-genital.* Urina are 2 gr. albumină. Ureea în sânge 0,72, în ziua când a intrat. Pe ziua de 16 Mai are 2,25 uree în sânge, în sediment se găsesc hematii, cilindri granuloși, cilindri hialini, rare polinucleare. În timpul cât stă în spital un mers neregulat al diurezei. Pe ziua de 8 Mai elimină 250 gr. urină, pe ziua de 10 Mai 1000 gr. și merge crescând până în ziua de 13 Mai, după accia descrește iarăși până la 800 gr. urină și apoi descrește tot mai mult. Temperatura e tot timpul 36,4.

Tenziunea arterială prezintă Mx. 12 și Mn. 6.

### **Tratamentul.**

*Injectii cu hemostyl,* clizme cu ser glicozat 500 gr. Aceste clizme se repetă 3 zile una după alta. Pe ziuă de 14 Mai i se administrează *clorură de calciu* în venă. Aceasta se repetă până'n ziua de 16 Mai. În ziua de 17 i se face ser glucozat.

*Evoluție.* Starea bolnavei nu se ameliorează. Simțind că se pierde, ea cere să plece acasă, spunând că vrea să moară acasă la dânsa. Într'adevăr după 8 zile dela eșirea ei din spital, dânsa muri în comă.

## II. Foaie de observație

din clinica D-lui Profesor Dr. C. Bacaloglu.

Bolnavul, G. I. muncitor, 32 ani, din Dorohoi, intră în serviciul clinicei medicale pe ziua de 25 Iunie 1926, pentru a-nasarc și diminuarea vederii.

*Antecedente heredo-colaterale.* Nimic de remarcat.

*Antecedente personale.* În copilărie a avut cori și reumatism articular. Înaintea războiului a suferit de cord, tot cu edem pe întregul corp. În timpul războiului a fost bolnav de tifoz exantematic. Fumează un pachet de tutun pe săptămână. Obișnuiește să bea vin și rachiu. Neagă sifilisul și celelalte boli venerice. Căsătorit la 21 ani. Soția moartă anul acesta, probabil în urma unei afecțiuni de piept. Are doi copii sănătoși.

*Istoricul boalei.* Boala datează din primăvara anului acesta. S'a început prin dispnee de efort și edeme la membrele inferioare. Obosia foarte ușor, la cea mai mică efort, încât era nevoit, când voia să se ducă undeva, să facă popasuri dese, pentru a se putea liniști. În același timp simția că-l supără o durere în partea anterioară a toracelui, mai mult sub stern. N'a avut temperatură, n'a tușit de loc. Diureza bună, soaunele de asemenea. Edemele crescuseră din ce în ce mai mult, până cuprinseseră întreg corpul și fața. Bolnavul fu adus aproape în o stare de impotență funcțională, încât fu silit să stea în pat. Nu mult după aceasta observă că vederea i se micșurează, avea în fața ochilor un fel de ceață, care accentuându-se din ce în ce, ajunsese în cele din urmă să nu mai vadă aproape de loc.

Edemele crescuseră mereu, iar în cele din urmă, văzând că merge tot mai rău, se hotărâște să vină la spital.

*Starea prezentă.* Bolnavul de statură înaltă, bine conformat, afebril. Tesutul celular subcutan foarte infiltrat de serozitate, lasă urme la presiune ou degetul. Acest edem este de altfel mai accentuat în părțile declive. Stă în decubitus dorsal și foarte greu se poate întoarce în pat sau să poată face vre-o mișcare. Nu poate merge decât cu foarte mare greutate și numai susținut de cineva.

Pulsul frecvent și unic, 104 pulsații pe minut. Dispnee, 30 respirații pe minut.

Faciesul complet desfigurat din cauza edemelor. Buzele

cianozate și tumefiate, mai ales cea inferioară. Pleoapele sunt și ele edemate. Le ține mai mult întredeschise. Pupilele puternic dilatate. Reflexele oculare foarte leneșe, par chiar abolite. Nu poate vedea la distanță mare. Abia zărește degetul nostru la 40 cm. distanță.

La examenul oftalmoscopic s'a găsit leziuni ale retinei și edem al papilei.

Auzul e normal.

*Aparatul respirator.* La inspecție cușca toracică f. mărită în diametrele sale antero-posterior și transversal, mai ales către bază. Edemele foarte pronunțate. Dispnee. Nu tușește. La percuție, matitate către bază. Vibrațiile sonore deasemeni dispărute către baze. La ascultație, respirației îi lipsește murmurul vezicular în aceiași parte.

*Aparatul urinar.* Ese bine cu urina. 3 ori pe zi. Tot așa și cu scaunele.

Diureza dela 28 Iunie până la 1 Iulie variază între 500 gr. și 700 gr. Pe ziua de 2 Iulie scade la 200 gr. După aceea scade se ridică și se menține aproape de 1000 gr. și chiar 1500 gr. Din ziua de 6 Iulie începe să scadă din nou. În ziua de 7 Iulie capătă incontinență, urinează în pat.

*Examen de laborator.*

27/VI *Analiza urinei* : Sedimentul, polinucleare și celule de descuamație epiteliale (vezicale, uretrale, etc).

Foarte multe săruri oxalice și urice, formând adevărați cilindri falși. Rari cilindri hialini și foarte rari granulo-grăsoși.

28/VI *Analiza sângelui.* Colesterină în sânge 2,25 (Normal 1,50-1,60).

29/VI *Analiza sângelui.* Cantitatea ureei la ‰ în sânge 1,34 gr.

30/VI *Analiza urinei.* Cloruri în urină 11,9 gr.

1/VII *Analiza urinei.* Cloruri în urină 4,42 gr.

8/VII *Cantitatea de uree în sânge* 2,70‰.

Temperatura e sub normală.

*Tratament.*

Digitală, teobromină, strofantus și diuretină. S'a scos 8 litri lichid ascitic în ziua de 2 Iulie.

Veneseclia 600 gr. sânge în ziua de 7 Iulie.

Starea bolnavului e din ce în ce mai rea și după cererea lui i se dă drumul acasă.

### III. Foaie de observație

din clinica D-lui Profesor Dr. C. Bacalogu.

Ileana M. în vârstă de 26 ani, de profesiune muncitoare din com. Poeni jud. Iași, intră în serviciul clinicei medicale, pe ziua de 30 Noembrie 1925, pentru dureri în regiunea epigastrică, în hipocondrul drept și stâng, amețeală, vărsături, dureri de cap și tuse.

*Antecedente-heredo colaterale.* Părinții au murit. Mama a murit de tifos.

*Antecedente personale.* Este căsătorită de 20 ani. Soțul e bolnav de tuberculoză, după spusele bolnavei. A fost bolnavă în timpul războiului de tifos exantematic. Menstruația a început la vârsta de 13 ani și menstrele s'au continuat în mod regulat. N'are copii. N'a avut nici un avort. Neagă alcoolizmul. Afirmă tabagismul. Neagă bolile venerice.

*Istoriul boalei.* Boala a început acum 7 zile. Bolnava spune că după o masă săracăcioasă, compusă din mămligă de vre-o două zile, fasole reci și varză, a simțit dureri în stomac. Durerile erau la început mici, însă se accentuau din ce în ce. Apoi i-a venit greață, amețeală și vărsături. Bolnava spune că a vărsat tot ce a mâncat. Vărsăturile erau amare și de culoare verzi-gălbue. Durerile îi veneau totdeauna când mânca ceva și cu timpul s'au prelungit așa de mult, încât o durea ziua și noaptea. N'avea poftă de mâncare.

Scaunele s'au oprit complet. Urina era în foarte mică cantitate. Bolnava spune, că dorește mâncăruri acre, pe cari i-mediat ce le îngerează, le varsă.

Pentru aceasta bolnava intră în serviciul clinicei medicale, pe ziua de 30 Noembrie,

#### *Starea prezentă*

Examen obiectiv. Părul negru și bine înlăntat, Nasul aquilin. Faciesul anxios și pometele eșite în relief. Ochii reacționează la lumină și acomodează la distanță. Țesutul celular subcutanat foarte redus. Țesutul muscular și osos normal.

Reflexul rotulian exagerat. Reflexul achilian normal. Articulațiile funcționează bine. Pupilele foarte contractate. Conjunctiva congestionată. Semnul lui Babinski negativ la ambele picioare.

*Aparatul circulator.* Cordul bate în al V-lea spațiu intercostal. Pulsul bradicardic. Abia se poate simți.

*Aparatul respirator.* nu prezintă nimic anormal.

*Aparatul digestiv.* Bolnava n'are poftă de mâncare. Are greață, vărsături și dureri mari în epigastru. Tot ce îngherează varsă. Scaunele foarte neregulate. Pentru ca să poată elimina materiile fecale are nevoie de clizme, sau de un purgativ drastic. Vărsăturile sunt de culoarea galben verzui.

*Aparatul genito-urinar.* Bolnava prezintă anurie. I s'a făcut sondaj și s'a putut scoate o mică cantitate de urină. La analiză, urina n'are albumină.

*Aparatul genital.* La inspecție, se observă scurgeri sanguinolente.

*Examenul local.* Abdomenul este escavat. Umbilicul cufundat. Linia albă se observă bine. La palpație abdomenul e dureros în regiunea epigastrică, hipocondru drept și stâng. La percuție, spațiul lui Traube e f, sonor.

*Examenul sângelui* Ureia în sânge 6,14 la ‰

*Evoluție și tratament.*

*2 Decembrie* I se fac clizme și sondaje. Apă clorofor-mată și prafuri de diuretină. Boala nu cedează întru nimic. Chiar dacă i se fac sondaje, bolnava nu urinează.

*3 Decembrie* Se continuă același tratament. Starea bolnavei însă se agravează din ce în ce. Starea sub comatoasă. S'a făcut veneseecția și ser glucozat.

*4 Decembrie* Bolnava a succumbat.

#### IV. Foaie de observație

Din clinica D-lui Profesor Dr. C. Bacaloglu.

Bolnavul Toader R. de 25 ani, de profesie agricultor, intră în clinica medicală în ziua de 12 Decembrie pentru un junghiu în hemitoracele drept, tuse, expectorație, dispnee și edemul membrelor inferioare.

*Antecedente heredo-colaterale.* Ambii părinți sunt morți din timpul războiului de tifos exantematic. Mama a avut șase sarcini, duse toate la termen. N'a avut nici un avort. A avut un frate care a murit de tuberculoză pulmonară, și o soră,

moartă în timpul unei nașteri anevoioase. Ceilalți copii trăesc și sunt perfect sănătoși.

*Antecedente personale.* Nici o boală infecto-contagioasă în copilărie. Neagă sifilisul, bolile venerice și alcoolismul. Fumează puțin. În timpul stagiului militar în 1924, a fost internat într'un spital din București, suferind de nefrită. A fost îngrijit 52 zile, după care timp a mers acasă, unde s'a vindecat, dispărându-i și edemele membrelor inferioare. Reluat în armată, s'a îmbolnăvit din nou. A fost reformat. Nu e căsătorit.

*Istoricul bolii actuale.* Boala pentru care vine în serviciul nostru datează de două luni. Bolnavul ne spune c'a început cu un junghiu în hemitoracele drept, tusă și expectorație. Febricită numai în timpul nopții. În acelaș timp apare și un edem al membrelor inferioare. Bolnavul simte dureri în lombe. Urinele devin turbure. Are anorexie. Scaunele regulate, nu are vărsături. Expectorația nu era hemoptoică. Văzând că aceste fenomene se mențin, vine în clinica medicală pentru a se îngriji.

*Starea prezentă.* Bolnavul, de statură mijlocie. Tegumentele de culoare palidă. Tesutul celulo-adipos subcutanat, normal dezvoltat. Capul dolicocefal, fruntea mică. Bolnavul prezintă un strabism convergent congenital. Pupilele egale, reacționează la lumină și acomodează la distanță. Gura de conformație normală, dantura completă. Limba încă cată, cu marginile roșii. Mucoasele buca'a și faringiană, vălul palatului, lueta și amigdalele de conformație normală. Ganglionii submaxilari, axilari și inghinali ușor hipertrofiați.

Gâtul scurt, reliefurile și fosele supra și sub claviculare, puțin accentuate. Toracele de conformație normală. Fosele supra și subspinoase șterse. Percuția este normală în ambele arii pulmonare. Vibrațiile toracice se transmit normal. Auscultația ne arată raluri ronflante și sibilante pe toată suprafața pulmonară. Numărul respirațiilor pe minută e de 16. Respirația tip abdominal.

*Aparatul cardio-vascular.* Regiunea precordială, normală. În decubitus lateral stâng, se simte șocul apexian într'al 4-lea spațiu intercostal stâng, pe linia mamelonară. Zgomotele cordului sunt normale. Nu se aude nici un suflu. Pulsul regulat, bine bătut. 80 bătăi pe minută.

**Abdomenul.** La inspecție se prezintă globulos. Palpația ușoară cât și cea profundă, nu sunt dureroase. Splina întrece cu 2 laturi de deget falsele coaste. Percuția ficatului, normală. Abdomenul prezintă ușoară submatitate în hipogastru și fosele iliace. Sonor în restul abdomenului.

*Examen de laborator.*

Sânge ureea 1,53‰	Diureza	albumină
Urina are multă albumină.	1200 gr.	8 gr.
	1900 gr.	7 gr.
	1800 gr.	15 gr.
Tenziunea arterială Mx. 12	Temp.	36,8.
Mn. 5 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>		

**Tratament** Inf. Uva ursi 20‰  
Teobromină.

După câteva zile simțindu-se mai bine, pleacă acasă. Bolnavul revine în clinică pe ziua de 16 Ianuarie 1927, cu fenomene de uremie în stare gravă. Afebril.

17 Ianuar. Anasarc. Diureza 200 gr. în 24 ore. Albumină 16 gr.

Ureia în sânge 4 gr. Dispnee. 40 respirații pe minut.

I se prescriu Diuretice. Uva Ursi, Teobromină. Se face venesecția și se ia 300 gr. sânge, Ventuze cu sânge în lombe și reg. ficatului.

18 Ianuarie Bolnavul în stare proastă ca și în ziua venirei. Aceiași stare generală se menține. E dispneic. Albumina a crescut la 18 gr. Diureza e scăzută la 200 gr. Febricitază. I se prescriu diuretice.

19 Ianuarie. Se menține aceeași stare generală. Temperatura e scoborâtă. Diureza aceeași. Deasemenea și cantitatea de albumină.

E dispneic și e foarte neliniștit. Aceiași medicație. Inf. Uva Ursi ; Teobromina.

20 Ianuarie Starea generală foarte proastă, Bolnavul se mișcă cu mare greutate. Acuză dureri mari generalizate la cea mai mică mișcare. Diureza e aceeași. Deasemenea și cantitatea de albumină. Temperatura e mai ridicată.

21 Ianuarie I se face venesecție. S'a scos 300 gr. sânge. Starea generală proastă. I se prescriu diuretice. În seara acestei zile a sucombat.



## CONCLUZIUNI

- I. Prin uremie înțelegem complexul de fenomene morbide cari se petrec în organism și care traduc insuficiența sau supresiunea funcțională a filtrului renal.
- II. Pentru ca uremia să se producă e nevoie ca:
  - 1) Rinichii să fie atinși prin o destrucțiune sau o inflamațiune a țesutului lor.
  - 2) Ea mai poate proveni atunci când există un obstacol la excrețiunea urinei (litiază renală, calculi ureterali, tumorile bazinului, în special cancerul uterin, etc).
- III. Uremia se poate deslănțui la ori ce vârstă și la ambele sexe.
- IV. Uremia poate fi : acută, subacută și cronică.
- V. Din punct de vedere clinic avem :
  - 1) uremia nervoasă.
  - 2) uremia dispneică, și
  - 3) uremia gastro-intestinală.
  - 1) Uremia nervoasă produce turburări a) senzitive, b) motorii și c) psihice.
  - 2) Uremia dispneică se prezintă sub formă de a) dispneia simplă, b) dispneia paroxistică cu respirația Cheine-Stokes, și c) dispneia spazmodică, numită și astm uremic.
  - 3) Uremia gastro-intestinală sau digestivă cuprinde : a) Turburări bucale și faringiene, b) Turburări gastrice și c) Turburări intestinale.
- VI. Patogenia uremiei a fost atribuită reținerii în organism a diferitelor toxine cari în mod normal se elimină cu urina. Unii atribuiau toate accidentele

unei singure otrave, ex. ureia (Rayer), carbonat de amoniac (Frerichs) etc.; alții atribuiau toxinelor multiple (Bouchard).

Azi toate teoriile de mai sus au fost îndepărtate iar explicația ei e atribuită retenției de cloruri, azot, și hipertenziunii (Widal). În ultimul timp se atribuie un mare rol acidozei (Weill și Guillaumin)

**VII.** Tratamentul depinde de fiecare sindrom în parte. Se va institui după fiecare caz în particular, dieta hidrică, se va suprima sarea din alimentație, se va recomanda regim lactat.

Se vor administra diuretice (Teobromina, infuzie de Uva-Ursi, Diuretina, Scilla, etc.) Se vor administra zaharuri sub formă de ser glucozat, lactozat etc.

În cazurile grave, în deosebi în formele convulsive și comatoase, venesecția cu scoaterea a 300-400 gr. de sânge, dă uneori rezultate neașteptate.

Văzută și bună de imprimat  
Președintele tezei

Văzută de noi  
Decanul Facultății de Medicină

(ss) Prof. Dr.C. Bacaloglu (ss) Prof.Dr.M.Ștețnescu-Galați

No. 1838  
din 6 Iunie 1927

L. S.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Dieulafoy.*—Appareil urinaire.
- Ramond Louis.*—Conférences de clinique médicale.
- A. Brault.*—Maladies du Rein et de capsules surrénales din colectia Charcot-Bouchard-Brissaud.
- Simionescu-Elena.*—Asupra pericarditei uremice.
- Lematte.*—Diététique et éliminations urinaires. (Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. 11 Mars 1927.
- Paulescu.*—Uremia din volumul III-lea de Fiziologie.
- Pasteur Vallery Radot.*—Maladies des Reins.
- Charles Aupeyin.*—Formes rénales de l'endocardite lente. Thèse de Paris présentée en 1926).
- Donald D. Van Slyke.*—La formule uréo-sécrétoire d'Ambard et les résultats de Austin Stillman et Van Slyke (Présse méd. Pag. 214. No. 14, 1927).
- Melnotte et Farjol.*—Syndrome azotémique et dysentérique aigué d'origine colibacillaire probable (Bull. et Mem. de la Soc. méd. des hôpitaux. 11 Mars 1927. Paris).
- Desgrez, Rathery et Lescoeur.*—Les eaux bicarbonatées calciques et l'élimination de l'acide urique (Présse méd. No. 1, Pag. 4 1927).
- I. Khouri.*—Uémie et oxalemie. (Monde médical No. 684, 15 Mars, 1927.
- E. Blum et D. Broun.*—La pathogénie de l'urémie (Présse méd. No. 18, 2 Mars 1927 Pag. 278).
- Rathery.*—L'acidose rénale (Bull. et Mem. de la Société de pathologie comparée. Séance annuelle du 7 Dec. 1926).
- G. Mouriquand et Bernheim.*—Néphrite chlorurémique chez un enfant.
- Lancereaux.*—Les accidents de l'insuffisance urinaire ou urémie (Leçons de Clinique médicale)
- Carles J.*—Maladies des Reins.

- Pousson.*—Maladies de Voies urinaires.
- J. Troucin.*—Les atteintes rénales dans la pneumonie franche lobaire aiguë. Thèse de Paris 1926.
- M. Nathan.*—Les idées actuelles sur l'urémie convulsive. (Presse méd. No. 7 pag. 101, 22 Jan. 1927.)
- Ch. Achard.*—Troubles des échanges nutritifs.
- Brouardel-P. Gilbert.*—Maladies des reins.
- Henri Setbon.*—Contribution à l'étude de l'urée et de l'urémie (Monde médical pag. 638 1/I 1924)
- F. Widal et Laudat.*—Formule azotée du sérum sanguin ; sa constance chez le sujet sain (Soc. de biologie. 20 Noemb. 1926).
- André Boivin.*—Nouvelle méthode micro-analytique de dosage de l'urée en biologie. (Thèse de Montpellier, 1926.
- Meunier.*—Syndrome de spléno-pneumonie rapidement guéri au cours d'une urémie infantile (soc. clinique des hôpitaux de Bruxelles. 9 Oct. 1926).
- Van Dooren.*—Crise d'hypotension au cours d'une néphrite urémigène hypertensive (Soc. clinique des hôpitaux de Bruxelles. 9 Oct. 1926).
- Coumange.*—Urémie suraiguë grave après néphrectomie (XXVI-e Congrès Français d'urologie Paris 5-9 Oct. 1926.
- Pr. Merklen, M. Wolf et P. Bicart.*—Importance du dosage de l'urée sanguine dans le coma diabétique ; la mort par le coma urémique. (Soc. méd. des hôpitaux 19 Fev. 1926).
- A. Ravina.*—La fonction ureo sécrétoire des hypertendus (Presse méd. No. 4, 13 Janvier 1926. Pag. 54)

