

RÖNTGENTERAPIA ASTMULUI BRONCHIAL



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 5 NOEMVRIE 1936.

DE

CICHI GH. BELA
fost extern al Inst. Rad. din Cluj

1936

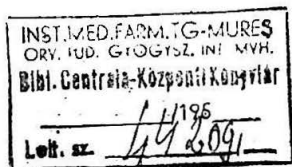
RÖNTGENTERAPIA ASTMULUI BRONCHIAL



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 5 NOEMVRIE 1936.

DE

CICHI GH. BELA
fost extern al Inst. Rad. din Cluj



23 MAY 2005

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAÏL

Profesori :

| | | |
|---|----------------------|---------------|
| Clinica stomatologică | D ^o l Dr. | Aleman I. |
| Bacteriologie | „ „ | Baroni V. |
| Istoria medicinei | „ „ | Bologa V. |
| Patologia generală și experimentală | „ „ | Botez A. M. |
| Clinica oto-rino-laringologică | „ „ | Buzoianu Gh. |
| Istologia și embriologia umană | „ „ | Drăgoi I. |
| Fiziologia umană (supl.) | „ „ | Drăgoi I. |
| Semiologia medicală | „ „ | Goia I. |
| Clinica ginecologică și obstetricală | „ „ | Grigoriu C. |
| Clinica medicală | „ „ | Hațieganu I. |
| Medicina legală | „ „ | Kernbach M. |
| Clinica oftalmologică | „ „ | Michail D. |
| Clinica neurologică | „ „ | Minca I. |
| Igiena și igiena socială | „ „ | Moldovan I. |
| Radiologia medicală | „ „ | Negru D. |
| Anatomia descriptivă și topografică | „ „ | Papilian V. |
| Clinica chirurgicală } | „ „ | Pop A. |
| Medicina operatorie } | „ „ | Popoviciu Gh. |
| Clinica infantilă | „ „ | Popoviciu Gh. |
| Farmacologia și farmacognozia (supl.) | „ „ | Sturza M. |
| Balneologie | „ „ | Tătaru C. |
| Clinica dermato-venerică | „ „ | Țeposu E. |
| Clinica urologică | „ „ | Thomas P. |
| Chimia biologică | „ „ | Urechia C. I. |
| Clinica psihiatrică | „ „ | Vasilii T. |
| Anatomia patologică | „ „ | |

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte: D^ol Prof. Dr. D. Negru

Membrii : { „ „ „ I. Hațieganu
 „ „ „ V. Bologa
 „ „ „ Gh. Popoviciu
 „ „ „ C. I. Urechia

Supleant : „ Doc. Dr. I. Gavrilă

Prefața.

Mă aching cu dragoste și conștiinciositate de problema cu care a binevoit să mă onoreze d-l prof. Dr. Dimitrie Negru, directorul Institutului Radiologic din Cluj.

Felul cum am înțeles s'o duc la bun sfârșit să fie mărturisirea sentimentelor mele față de Domnia Sa și disciplina pe care o conduce și care la rândul ei mi-a fost călăuză în tratarea „Röntgenterapiei Astmului” precum „Tratatul elementar de semiologie și patologie medicală” a d-lor prof. Hațieganu—Goia mi-a dat posibilitatea să mă descurc din labirintul părții clinice al astmului.

Deasemenea mulțumesc d-lui șef de lucrări Dr. C. Berariu și d-lui asistent Dr. V. Rusu pentru bunavoința cu care îmi dădeau sfaturile solicitate, tot timpul cât am fost extern al Institutului Radiologic din Cluj și acum, la sfârșit, când mi-am pregătit teza de doctorat.

Introducere.

Astmul este un sindrom de dispnee expiratorie paroxistică. La baza acestui sindrom putem găsi suferințe din partea diferitelor organe cu leziuni anatomice evidente sau discrete, ori nu suntem în măsură să stabilim vre-o alterațiune anatomică care să ne explice sindromul.

În primul caz vorbim de astm simptomatic, în cazul a doilea de astm esențial, când presupunem stări respiratorii caracterizate prin accidente bronșice, spasmodice, vazo-motorii, vazo-secretorii, cari nu au ca substrat vre-o afecțiune organică evidențiabilă.

Se deosebesc două tipuri de sindrome de astm: un *sindrom tipic*, unde este vorba mai mult de o stare constituțională, neuroartritică, un dezechilibru a sistemului nervos organo-vegetativ, endocrin, sau stări alergice, coloidoclasice, precum și stări de hipersenzibilitate generală ori locală și un *sindrom atipic*, unde întâlnim o serie de manifestări astmatice în legătură cu o leziune organică constatată, cardiacă, renală genitală, abdominală etc., fie că tabloul clinic e dominat mai mult de turburări de ordin circulator, vazo-motric, secretoric dela nivelul căilor respiratorii (Hațieganu—Goia). Astmul are o cauzalitate multiplă și complicată prezentând și astăzi probleme de studiat cari au nevoie de a fi puse la punct.

În modesta-mi lucrare de față nu voi aprofunda aceste chestiuni ci voi trece doar în revistă concepțiunile asupra etiologiei, patogeniei și a tratamentului radiologic, fără a încerca să aprofundez problema din punct de vedere causal.

După un scurt istoric al radioterapiei voi descrie câteva metode și tehnice întrebuințate de diferiți autori precum și rezultatele obținute de ei și voi insista cu interesul cuvenit asupra tehnicii întrebuințate la Institutul Radiologic din Cluj precum

și a rezultatelor obținute de acest Institut în terapia astmului în decurs de peste 12 ani.

Multe cazuri din anii mai îndepărtați s'au pierdut sau din alte motive n'au putut fi urmărite și integrate în statistici concludente micșorând astfel cazuistica mea.

Toți bolnavii cari alcătuiesc materialul observațiilor mele, au fost urmăriți și anchetați prin corespondență pentru cei domiciliați în provincie — cheltuelile fiind susținute de Institut, — prin anchete personale, cu ocazia vizitelor făcute în acest scop la domiciliul bolnavilor din localitate și prin înterogarea bolnavilor chemați la Institut, ori prin notarea rezultatului obținut după tratament în foaia de observație a bolnavului.

Răspunsurile, cari alcătuiesc rezultatul anchetei și probele afirmațiilor mele sunt în păstrarea arhivei Institutului Radiologic din Cluj.

Toți bolnavii anchetați au răspuns la următoarele întrebări:

1. Ați observat ameliorare sau vindecare după tratamentul cu raze?... sau nu?
2. La cât timp după tratament V'ăți făcut bine și cât a durat această ameliorare?
3. Câte accese de astm pe zi ați avut înainte de tratament și câte după acest tratament?
4. Ați mai făcut alt tratament sau o nouă radioterapie și cu ce rezultat?

Din nefericire, mulți nu au răspuns apelului nostru, așa că cazuistica mea care la început cuprindea un număr mare de bolnavi, s'a redus simțitor.

Cu toate acestea, dacă din acest număr de cazuri astfel micșorat voi reuși să dovedesc că röntgenerapia este realmente eficientă în tratamentul astmului, atunci lucrarea de față și-a atins scopul, o închin Institutului Radiologic din Cluj și directorului Ei, Prof. Dr. Negru Dimitrie, ca astfel să-mi exprim recunoștința față de Domnia Sa de a-mi fi încredințat spre rezolvire această teză.

Etiologie. Patogenie.

In ceea ce privește etiologia astmului, există o mulțime de presupuneri și teorii.

Ereditatea se crede că este un factor primordial.

Ereditatea încărcată din alt punct de vedere, cum ar fi histeria, epilepsia, guta, exema, urticaria, precum și antecedentele personale ale bolnavilor cuprinzând: urticarie, eczemă, prurigo infantil, enterocolita, cari de altfel trădează o perturbațiune humorală, care după *Vidal, Arbami, Brissand* și *Joltrain* premerge și cauzează atacul de astm, au o mare importanță etiologică.

In cadrul circumstanțelor etiologice exterioare sunt cuprinse acele afecțiuni organice, extrapulmonare care pot cauza atacuri de astm. Afecțiuni cardiace, renale, hepatice, apoi apendicita cronică ca sprin iritativ (*Delagéniere, Guttman*), cholecistita, chist de ovar (*de Joung*) etc.

Asupra mecanismului de producere al astmului s'au perindat o mulțime de teorii și mare importanță s'a dat patogeniei unde colaborează mai mulți factori și formează așa numitul teren astmogen pe care naște astmul.

Până în secolul al XIX. domnea fără rivalitate teoria lui *Galien*: obstrucția căilor aeriene printr'o secreție vâscoasă, aderentă.

Au urmat apoi o serie de noi teorii.

Bretonneau: tumefierea mucoasei bronșice.

Guéneau de Mussy, Duclos de Tours considera astmul ca pe o veritabilă urticarie a bronșiilor.

Teoria bronchospasmului susținută de *Laënc* și confirmată de *Biermer* prin obținerea contracțiunilor mușchilor bronșici, dacă se excită pneumogastricul. (Hipersensibilitatea centrului bulbar). Teoria astmului reflex, explicată prin felul brusc al

atacului precum și prin frecvența tulburărilor nevropatice la astmatici. Acest reflex, după *Danielopolu*, s'ar face în circuit parasimpatic între plămân și bulb, plecând dela regiuni astmogene și se întreține pe cont propriu și după dispariția cauzei determinante.

Teoria lui *Wintrich*: contracția spastică a diafragmului, precum și teoria lui *Stümpell*: bronșiolita accufissima sunt tot atâtea încercări de elucidare al acestei probleme.

Este incontestabil că la producerea crizei dispneice colaborează un factor spastic de origine pneumogastrică (mușchii lui *Reiseissen*) și un factor secretoric, vasodilatorie de origine simpatică, cari trădează un dezechilibru simpatico=parasimpatic, care trebuie socotit ca un moment de bază în producerea astmului (*Hațiegan=Goia*).

După *Richet* și *Portier* cari au descris anafilaxia, *Widal*, *Abrami*, *Lermayer*, *Brissand* și *Joltrain* au demonstrat natura anafilactică sau coloidoclastică al astmului subliniând că criza hemoclastică precede pe cea astmatică.

Bergmann studiind stările de alergie datorite unor substanțe cu cari vine în contact mucoasa aparatului respirator, numite Alergine și cari sensibilizează în așa fel, că a doua oară introduse în organism, luând acum numele de Realgine, declanșează atacul de astm.

Factorii cari compun terenul astmogen sunt următorii (*Hațieganu=Goia*):

Factori predispozanți cari țin de o constituție iritabilă, neuroartritică. Indivizi cu o instabilitate umorală și nervoasă la cari adesea se pot evidenția și tulburări de metabolism.

Factori favorizanți, „spini iritativi“ care este o leziune anatomică, uneori infimă, în teritoriul de sub dependența sistemului nervos vegetativ.

Factorii determinanți cei mai importanți sunt: iritabilitatea humorală și dezechilibrul sistemului nervos vegetativ.

Factorii deslănțuitori al accesului astmatic sunt multipli. *Storm van Leeuwen* dă mare importanță alergenelor. Proteine de origine vegetală, animală sau microbiană, cum sunt infecțiunile cu streptococi, stafilococi, enterococi precum și infecțiunile gripale, sifilisul și tuberculoza, mai ales cea fibroasă

— după cum opiniază Clinica Medicală din Cluj — împreună cu anumiți corpi chimici, pot să deslănțuiască accesul de astm.

Intre constituantele terenului astmogen un loc de frunte ocupă, după cercetările moderne, glandele cu secreție internă.

După *Widal* și colaboratorii, cauza astmului să se caute în disfuncțiuni pluriglandulare și mulți alți autori caută să stabilească legături de cauzalitate între discriinii și îmbolnăviri alergice, în special astm, căci sistemul nervos vegetativ al bolnavilor alergici este într'un stadiu labil, iritabil, datorit disechilibrului endocrin. Ovarile și toată viața sexuală a femeii, pubertate, menstruație, graviditate, leuzie, alăptare, climacteriu, sunt în strânsă legătură cu patogenia, evoluția și prognosticul astmului. Aici însă nu trebuie să uităm transformările psihice strâns legate de aceste fenomene specifice femeii. S'a dovedit și experimental că menopauza produce simptome simpaticotonice. Cu disfuncțiune tiroidei ades observăm simptome astmatice, urticarie și edem Quincke. *Pritzel* din 40 astmatici a găsit 14 cu strumă. După *Curschmann*, în aceste cazuri de astm, prin iradierea tiroidei, cum a făcut *Widal*, *Abrami*, se amendează și fenomenele de astm.

Hipoparatiroidismul, după *Falta și Colin*, are acțiune excitantă asupra mușchilor netezi și se întâlnește uneori la astmatici precum și contracturi tetaniforme, mai ales la copii. Timusul prin acțiunea vagotonizată înclină organismul spre anafilaxie.

Suprarenala pare a avea un rol important — deocamdată obscur. — Există o legătură între funcțiunea sist. cromafin și patogeniza astmului și se dovedește prin acțiunea adrenalinei asupra accesului de astm.

Joslin crede că există o legătură și între diabet și astm în sensul interpretat de *Beckmann* adică faptul că diabeticii prezintă foarte rar astm s'ar datori echilibrului acido-bazic care în diabet este înclinat spre acidoză, ceea ce împiedică dezvoltarea simptomelor alergice.

Acesta este stadiul unde s'a ajuns cu cercetările și teoriile în ceea ce privește etiologia și patogenia astmului.

Este o problemă foarte complicată, mult studiată și nu pe deplin elucidată.

Simptome clinice. Diagnostic. Examen radiologic. Anatomie-Patologică. Evoluție și prognostic.

Simptomele clinice variază după natura astmului. În caz de astm tipic, în linii generale, poate debuta cu un prodrom de turburări digestive nervoase și respiratorii, sau de-a dreptul cu criza dispneică, care survine mai ales noaptea, sau după efort. Bolnavul simte o sete imperioasă de aer și prezintă o dispnee expiratorie, cu inspirație scurtă și expirație prelungită, însoțită de o senzație acustică de şuieră „Wheezing”-ul englezilor. Fața bolnavului exprimă înfricoșare, e cianozat și dispnea expiratorie se face cu colaborarea tuturor mușchilor ajutători respirației. La examenul fizic se constată un torace în inspirație maximă, cu limitele inf. coborâte, iar la auscultație găsim respirația diminuată și pulsul poate fi normal. Această perioadă durează 2-3 ore, însă poate să se prelungească și 24 ore, ori chiar mai mult.

Urmează perioada cataraală cu simptome de bronșită, când bolnavul se simte ușurat și expectorează o spută mucoasă aderentă, alb-surie, semitransparentă, cu aspect perlat — sputa perlata a lui Laë nec — cu multe eozinofile, spirale Curschmann și cristale Charcot-Leyden. La auscultație: respirație prelungită, raluri sibilante și ronfiante. Vocea este voalată. Această perioadă durează câteva zile, după cari urmează intervalul de acalmie.

În cursul examenului general al unui astmatic mai putem găsi la cord uneori, un dublu suflu de ateros aortic sau o simplă întârziere sau dezdoire al celui de al doilea zgomot dela bază. Tensiunea arterială este ridicată. Uneori se mai constată o ușoară albuminurie și destul de frecvent o poliurie. Cardiograma arată mărirea volumului ventricolului stg. (Bezaçon).

Din punct de vedere al diagnosticului semnele radiologice, după Dr. Erich Zdansky, (Wien) care a cercetat 70 bolnavi de astm, prin radioscopie și radiografie pul-

monară, sunt următoarele: („Lungen-Röntgenbefunde bei Astma bronchiale“).

1. Cazuri de astm grav fără emfizem nu sunt rare.
2. Sunt numeroase leziuni de bronșită cronică cu îngroșarea mucoasei și hipertrofia peretelui muscular. (Leziuni de altfel nespecifice fiind prezente și în tbc., bronșită cronică și în emfizem.

3. Adesiuni pleurale cu diafragma sau cu mediastinul sunt frecvente; aceste nu sunt numai decât de origine tuberculoasă ci pot fi datorite și unor procese inflamatorii nespecifice din trecutul astmaticului.

4. Procese nespecifice localizate în plămâni sub formele:
a) Condensații indurative cu sau fără bronșectazie,
b) Condensații indurative cu procese infiltrative,
c) Infiltrate circumscrise — cari dispar — fără simptome clinice,

d) Condensații miliare în urma unei bronșiolite,
e) Infiltrate mari, areolare, la bază, cu predilecție în cazuri de „status astmaticus“ (Aspectul este asemănător în cazuri de bronșită gravă cu dispnee și cianoză dar fără astm. Asemenea procese infiltrative survin în alterațiuni cronice indurative fără bronșectazie).

5. Alterațiuni de tuberculoză pulmonară în 50% a cazurilor; felul alterațiunilor tuberculoase și mersul lor în caz de astm, nu au vre-o particularitate marcată.

6. Manifestațiuni astmatice în tuberculoza pulmonară nu ne indică mersul tuberculozei. Progresiunea unei fizii cavernoase nu este rară în cazuri de astm.

7. Relativ la geneza tuberculo-alergică al astmului, cercetările autorului nu sunt concludente.

8. Complexul primar, alterațiunile hibare și procesele de condensație hilară deasemenea nu sunt specifice astmului.

Tot în această ordine de idei, doi autori americani, Manger și Hawley, făcând cercetări Radiologice, ajung la concluziile de sus. Ei au publicat în Journ. of. Am. Med. Assoc. următoarea statistică făcută pe un număr de 157 cazuri și ne-au dat următorul tablou procentual:

27% îngroșare peribronchică,

23% infecțiuni cronice ale lobilor inferiori,

18% alterațiuni tuberculoase,

12% umbră hilară mărită,

3% dilatații cardiace,

1% emfizem,

16% negativ.

Toate aceste alterațiuni însă, cași cele găsite de Zdansky, cu patru ani în urmă, nu sunt specifice astmului și servesc mai mult la completarea diagnosticului, singure fiind insuficiente.

Frecvent se constată la astmatici adenită tracheo-bronhică, ganglioni hilari măriți, cari în urma tratamentului radiologic retrocedează paralel cu simptomele clinice, cum am observat și noi în câteva cazuri.

L. Rothbart găsește în fiecare caz de astm br. modificări din partea șelei turcești.

Pentru a completa cunoștințele asupra astmului, s'au studiat și modificările tipului de respirație la astmatici. *G. A. Weltz* spune că respirația de tip superior este mai accentuată și mai frecventă. Găsim o gradajie în excursiunea diafragmului, pauze patologice și schimbarea periodică a mișcărilor diafragmului.

În cazuri mijlocii și ușoare mișcările respiratorii sunt încetinite, în cazuri grave, accelerate. Toate aceste au repercursiuni asupra cutiei toracice și dau naștere la ceea ce se chiamă „torace-astenico-astmatic“, mai ales în cazuri prelungite. (*Fortschritte*, 1931).

Pentru punerea diagnosticului, celor până aici expuse, trebuie adăugată cu fișu de mai mult interes, anamneza conștiințioasă, studierea amănunțită a felului de viață a bolnavului, examenul general și în special axaminarea sistemului nervos și endocrino-vegetativ precum și cutireacția *Walker* — în ordinea frecvenței — pentru punerea în evidență a stărilor anafilactice.

Din punct de vedere anatomo-patologic, în ceea ce privește criza de astm, nu este mult de spus din cauză că moartea survine foarte rar în criză. În cazurile de moarte survenită precoce, unul autopsiat de *Froenkel* și altul de *Lemiérre*, *Kindberg* și *Lévesque* s'au constatat următoarele: bronchiile mijlocii și mici obstruate de un mucus coagulat, mucoasa bronhică tumefiată și infiltrată de celule eozinofile cari se găsesc în abundență și în mucusul din lumen. Nici examenul anatomo-pato-

Logic al plămânilor nu evidențiază leziuni cari să fie caracteristice numai astmului și din aacest motiv se neglijează.

Evoluția astmului nu poate fi prevăzută. Crizele la început survin cu intervale mari, de 1—2 ani de acalmie. Mai târziu perioada de acalmie devine tot mai scurtă și accesele se repetă tot mai des și devin tot mai lungi ca durată. Uneori crizele se succed fără intervale de liniște constituind o stare astmatică, care întreține o bronșită permanentă și duce la instalarea unui emfizem care la rândul-i provoacă o hipertrofie și o dilatație a inimii drepte. Mai târziu se atasează și o scleroză arterială și bolnavul termină cardio-renal sau cardio-pulmonar, iar sfârșitul de obicei este o asistolie, mai rar o uremie ori o slare cașectică. Moartea foarte rar survine în acces. Se poate însă, în formele grave, să survină în cursul accesului o distensiune acută ventriculară dreaptă, căruia îi urmează hiposistolia hepatică sau pulmonară. Poate încă să survină și un pneumotorace spontan în urma distensiunii extreme a țesutului pulmonar care perforază pleura.

În rezumat, prognosticul astmului este în funcție de etiologie. Când avem de a face cu un astm atipic, care având ca substrat o leziune viscerală, care întreține o stare morbidă permanentă și duce în cele din urmă la insuficiență cardio-renală, prognosticul este grav. (Hațieganu—Goia).

La un astm tipic, fără suferințe organice evidente, prognosticul este ceva mai bun, căci acționând cu o terapeutică simptomatică amendăm suferința și preîntâmpinăm complicațiile.

Tratamentul general și medicamentos.

Pentru a obține rezultate bune, vindecări sau ameliorări este nevoie de a cunoaște exact natura astmului pe care voim să-l tratăm și de a stabili un program terapeutic după care să lucrăm.

Trebue să cunoaștem amănunțit felul de viață, alimentația, ocupațiunile zilnice și meseria bolnavului, unde găsim frecvent momente patologice, cari eliminate, amendează astmul. Uneori ajunge o schimbare a mediului sau al climei pt. a obține rezultate cari până aici au întârziat în ciuda tuturor tratamentelor.

Când există în organis o leziune vişcerală care să întreţină ca un spin iritativ accesele de astm, tratamentul este causal şi terapeutică trebuie să se îndrepte în direcţia aceasta. Trebuie tratată gripa, siflisul şi tuberculoza fibroasă. Instituim, în caz de astm de origine endocrină, opoterapla ovariaică, tiroidiană, hipofizară etc. Intervenim chirurgical asupra ghimpelui vişceral prin apendicectomie, extirparea polipilor nasali, ovariectomie etc.

Nu trebuie uitat nici psihoterapia când e cazul.

Bolnavului să i se asigure condiţiuni ireproşabile de alimentaţie şi igienă generală. Evitarea eforturilor fizice şi a emoţiunilor. Climatul cel mai potrivit pare a fi cel alpin, peste 1400 metri.

După alţii clima continentală este preferată.

Tratamentul medicamentos este simptomatic şi după profesorii *Hafjeganu* şi *Goia* este următorul:

Trat. în criză: Administrăm cu predilecţie Astmosedina sau Astmolisina, o combinaţie de adrenalină şi hipofiză, care acţionează prompt prin înlăturarea bronchospasmului.

Efeonina şi Efedrina acţionează similar.

Antispasmodicele deasemenea se utilizează cu succes.

Morfina şi pantoponul să se administreze în doze mici şi combinate cu atropina.

În accese uşoare, fumigaţia sau ţigaretile speciale, cari conţin Belladonna, Datura Stram., Lobelia, Adrenalină etc., au efecte bune calmând dispnea. Sunt în comerţ o mulţime de astfel de preparate, cu efecte variabile, dar reclamă mare.

Trat. în perioada catarală constă în administrare de expectorante, purgative şi diuretice.

Trat. în perioada de acalmie: Regim lactat, leguminos, făinos, fructe multe şi carne puşină. Băuturi alcoolice, fumatul şi condimentele trebuiesc evitate. Să fim cu consideraţie la starea hepatică, cardio-renală şi gastro-intestinală.

Trat. cronic cuprinde administrarea de Iodură de potasiu, 1—2 gr. la zi sau alte preparate cu Iod ca Lipoiodina, Alival, Endopodin, Sajodin etc.

Clorură de Ca 5—10 gr. la zi. Calcio-coramina „Ciba“, 3—4 comprimate la zi. Afară de aceste se mai recomandă

sedative combinate cu un tratament cronic de atropină.

După tratamentul medicamentos, aplicat la început, facem și un tratament antianafilactic, anticoloidoclastic, desensibilizant și modificador de teren. Când nu cunoaștem materia provocatoare, întrebuițăm desensibilizarea nespecifică. Desensibilizarea specifică se face parenteral, cu doza de $\frac{1}{10}$ cc. din diluția care dă o cutireacție pozitivă. Se poate face desensibilizare și pe cale digestivă sau nazală prin inhalatie. Ca tratament anti-anafilactic nespecific dă rezultate bune peptona în sol. de 50% administrată intradermic, zilnic dela $\frac{1}{10}$ cc. până la $\frac{1}{2}$ gr., 28—30 injecții, după cari se face pauză 60 zile. Autohemo și autosero-terapie în doze de 10—20 cc. intramuscular până la 20 injecții, pare a avea un efect desensibilizant. Clinica Medicală din Cluj preferă auto-hemo-terapia intracutanată prin ven-tuze aplicate tot a 2-a, 3-a zi. Tot ca tratament antianafilactic nespecific se utilizează și tuberculino-terapia, timp de 5—6 luni, cu doze extrem de mici, din diluția $\frac{1}{100,000}$, 0,1—1 cc.

Tratamentul chirurgical este indicat în cazul „spinului iri-tativ“ identificat și extirpabil după cum am amintit deja.

În timpul din urmă, *Kappis* recomandă secționarea pneumogastricului drept, *Kümmel* extirparea simpaticului cervical stg. și a ganglionilor corespunzători, *Leriche* stelectomia uni-sau bilaterală, iar *Danielopolu*, simpatectomia cervicală, cu respectarea ganglionului cervical inferior, cu secționarea fibrelor emanând din vag, din laringeul superior, din nervul vertebral și a tuturor ramurilor comunicante, cari unesc ganglionul cervical inferior și primul toracic, cu nervii 6—8 cervicali și primul dorsal.

Aceste sunt, pe scurt, metodele erapeutice cele mai uzitate în tratamentul astmului bronșial și rămâne încă tratamentul röntgenologic, pe care îl voi exprima mai pe larg și care și-a câștigat azi un loc de frunte prin rezultatele uneori uimitoare.

Röntgenterapia.

Istoricul tratamentului radiologic.

Röntgenterapia ca mijloc terapeutic în astmul bronșial datează din epoca primelor întrebuițări a razelor penetrante.

Schilling a fost primul care a aplicat röntgenerapia în anul 1906—1907, într'un caz de bronșiolită exsudativă cu stare astmatică. Incurajat de rezultat, continuă să aplice acest tratament la numeroase cazuri de astm obținând succese. Exemplul a fost urmat de *Immelmann*, *Wetterer* și alții cari prin munca lor au deschis o nouă epocă în tratamentul astmului. Războiul mondial a paralizat însă orice progres.

În anul 1919 *Menzer* reia această metodă, însă din cauza etiologiei și patogeniei obscure, nu obține rezultate apreciable.

Insuccesul nu l-a descurajat, nici pe el și nici pe alții, cari în baza evoluției concepțiunilor asupra etiologiei și mecanismului provocător al astmului, cu felurite metode și tehnică variată tratau și vindecau astmul cu ajutorul Röntgenerapiei. Din galeria lor cităm pe *Dreg* și *Loosen* cari iradiau splina. Apoi *Groedel* aplică această metodă la 30 bolnavi obținând rezultate foarte bune și publică o statistică cu un procent respectabil de vindecări și ameliorări. Pe mai departe *Klewitz*, *Gottlieb*, *Morchäuser*, *Bolschakowa*, *Podkaminsky*, *G. Scott*, *Zipperlen*, *Zimmermann*, *P. Gilbert*, asistentul lui *Iser-Solomon* și alți mulți din zilele noastre, pe cari îi voi descrie în cele ce urmează, au aplicat Röntgenerapia în tratamentul astmului întrebuițând metode și tehnică variată cu ajutorul cărora au obținut rezultatele cele mai bune.

Astăzi Röntgenerapia este răspândită universal ca metodă terapeutică în tratamentul astmului și rezultatele bune pretutindeni obținute, acolo unde se aplică cu pricepere, îi asigură prestigiul cuvenit.

Modul de acțiune a razelor X.

După cercetări îndelungate această problemă nici azi nu este pe deplin clarificată și o soluție exactă nu se poate da din cauza dificultăților de a măsura doza absorbită.

După *I. Solomon*, în linii generale, s'au constatat următoarele proprietă biologice:

1. Acțiune citolitică.

2. Radiosensibilitatea diferitelor țesuturi normale. Cu un țesut este mai tânăr și animat de o activitate mai intensă,

atât e mai radiosensibil (foarte important în radioterapia profundă). La doze minime leucocitele diminuează în sânge. Modificările chimice se traduc prin schimbarea timpului de coagulare, a vitezei de sedimentare și a Ph-ului sanghin (conc. în H⁺).

3. Radiosensibilitatea diferitelor țesuturi patologice pare a fi augmentată.

4. Radiosensibilitatea variază în timp, cu stadiul evolutiv al celulei. După *Bergonié-Tribondeau*: „Razele X acționează cu atât mai intens asupra celulelor, cu cât: 1. activitatea de reproducere este mai mare; 2. timpul cariochinezii mai lung și 3. funcțiunea și morfologia lor este mai puțin fixată.

5. Acțiunea indirectă a razelor X pe organe situate în afara zonei iradiate se desiginează cu termenul de acțiune generală și are un mecanism complex și variabil. Să nu uităm că iradiind un segment de corp, acționăm și asupra sângelui din aceea regiune care suferă modificări importante. (Hemoragia nazală se oprește dacă se iradiază splina (Paquiez și Ravina).

6. Variația radiosensibilității cu lungimea de undă a razelor utilizate. Pentru *Guillemot, Friederich, Holthusen*, aceeași cantitate de energie Röntgeniană absorbită de țesuturi dă aceleași efecte biologice. După *Nogier, Regaud* efectul biologic depinde și de calitatea razelor absorbite.

Un paralelism foarte exact pare că există între acțiunea ionizantă a razelor X și acțiunea lor biologică.

Acțiunea razelor X asupra excitabilității sistemului neurovegetativ, după cercetările lui *Zimmermann* și *P. Chailley-Bert*, cari au utilizat pentru control teste clinice și biologice, este următoarea: Uneori mărește, alteori — mai des — scade excitabilitățile. Depinde de doză și tonusul particular neurovegetativ al fiecărui caz.

Modul de acțiune al razelor X în astm.

După *C. Pohlman*, razele X ar modifica „dispozițiile anafilactice” care este una din constituantele neuroartrismului și astfel explică rezultatele bune obținute prin iradierea splinei.

Nemenow admite că, acționând asupra cutiei toracice, se eliberează de sub compresiunea leucocitelor terminațiile nervoase.

Eliberarea se face datorită destincției apoi rezorbției elementelor inflamatorii de la nivelul peretelui bronșic.

J. Campos (Rio de Janeiro) întrebuințează la iradiația toracelui 225,000 volți și 3,5 MA și astfel susține că acțiunea este dublă: fizică, topirea ganglionilor și decompresionarea pneumogasticului, și chimică, sângele și țesutul limfatic pune în libertate diferite produse care acționează asupra nucleilor cerebrali creind o stare de apărare organică.

Când există o adenopatie tracheo-bronșică toți autorii au observat deodată cu ameliorarea simptomelor clinice, retrocedarea ganglionilor hilari. Dar în cazuri unde mărirea acestor ganglioni n'a existat nici înainte de tratament, acolo pare mai verosimilă observația lui *Danielopolu*, care spune că există două momente obligatorii în astm. Una constituțională, alta condițională. Factorul de bază, constituțional — *locus minoris resistentiae* — are sediul de obicei la vârfurile pulmonilor și exersează acolo o acțiune mecanică și anafilactică. Celelalte momente etiologice care declanșează în mod nemijlocit accesul, acționează prin factorul local. Această teorie clarifică și rezultatele bune obținute prin iradierea splinei, a hipofizei, a toracelui „în toto” ca și a tratamentului combinat: plămâni + splină.

Spiralele Curschmann și eozinofilia cedează totdeauna după iradiații, paralel cu simptomele subiective. *Müller* chiar preconizează un prognostic al radioterapiei după numărul eozinofililor. Cu cât ele sunt mai multe cu atât și rezultatele așteptate vor fi mai bune.

Razele x întăresc tonusul sistemului neurovegetativ, stabilizează echilibrul glandelor cu secreție internă și hotăresc o armonie între funcțiunea sistemului reticulo-endotelial și sistemul nervos vegetativ. Excită organele hematopoetice la formare de anticorpi. Toți aceștia sunt factori de a căror funcțiunea și echilibru depinde astmul.

Razele x mai au o acțiune de desenzibilizare generală (Scott G.).

Rezultatele obținute prin radioterapie și tehnica întrebuintată de diferiți autori.

Primele rezultate bune le semnalează *Schilling*, în anul 1906 asupra 10 cazuri de astm, iar mai târziu, în anul 1910, asupra 60 cazuri.

Immelmann, în anul 1907, ajunge să amelioreze cazuri acute, prin 1-2 iradiații.

Pe mai departe rezultate bune obține *Gottschalk*, *Ecksten*, *Levy Dorn* și *Wetterer* care iradia toracele prin 4 porți, 2 ant. și 2 post. În special vârful plămânilor. Doza: 5-6 H. pe poartă. Strahlenhärte: 2,5-3 cm. Halbwertschicht in Wasser. Filtru: 0,5 mm. Zn. și 2-3 mm. Al. Ședințele se repetă tot la 1-2 zile. Pauză de 2-6 săpt. între serii.

Primele norme în tehnica iradiațiunilor se datoresc lui *Klewitz*. El dă 7 câmpuri pulmonare, fiecare de 10 x 15 cm. 4 post. și 3 ant. lăsând suprafața inimii liberă. Doza: 20-30% HED. filtru: 3 mm. Al. sau 0,5 mm. Zn. 10-12 Wehnelt de unde pe fiecare câmp vine $\frac{1}{5}$ ED. Pe zi iradiază 1-2 câmpuri. Intervalul între ședințe să nu treacă de 7 zile. Pauză de 4 săpt. între serii.

Rezultate: 16 cazuri tratate. Vindecări 31%, ameliorări f. pronunțate 56%, ameliorări 12%.

85 cazuri tratate în anul 1924. Vindecări 30%, ameliorări 32%.

Marum a obținut rezultate și mai bune cu următoarea tehnică: 4 câmpuri pulmonare, 2 ant. și 2 post. fiecare de 80 cm². Doza pe câmp: $\frac{1}{5}$ HED. filtru 3 mm. Al. 10-12 Wehnelt. În interval de 3 săpt. fiecare câmp era de 2-3 ori iradiat.

Rezultate: 32,5% vindecări, 27,5% ameliorări.

Groedel iradiază splina cu doza de 1 HED. H-F=23 cm. un singur câmp de 12 x 12 cm.

Rezultatul: 30% vindecări, 20% ameliorări, 12% st. quo, din 30 cazuri.

I. Gerber (U. S. A.) întrebuintează o metodă directă, pe cutia toracică, una pe splină și una a 3-a combinată.

Technica: fiecare câmp de 8 „pouces carrés”. Doza:

8—12% din doza eritem, distanța focus piele = 50 cm., 170—200 Kw., filtru: 0,5 cu + 1 mm. Al. Iradiază 1 câmp. pe zi, 3 zile consecutiv. Tratatamentul ține 3—4 săpt.

V. Kogan—Jassny și Abramowitsch au tratat 35 bolnavi cu următoarele tehnici: a) primii 8 b după Klewitz, b) următorii 13 b după Groedel însă cu următoarele modificări: doza: 25% HED filtru: 4 mm. Al., H—F = 23 cm. Ultimii 13 b au fost tratați cu metodă combinată, adică: 4 câmpuri pulmonare, 2 ant., 2 post., și un singur câmp pe splină. Doza pe câmp: 20% HED., filtru 4 mm. Al., 2 MA.

Rezultate: 35 bolnavi. 9 f. m. ameliorați (25,7%), 23 ameliorați (65,7%) 3 fără rezultat (8,6%) și nici o agravare. După acești autori, „f. m. ameliorat” înseamnă, nici un acces timp de 1¹/₂—2 ani după tratam.

N. A. Podhaminsky iradiază centrul bronchoconstrictor din bulb prin 4 porți așezați pe ceafă, 2 mediane, unul sup. și altul inferior și 2 laterale celei superioare. Doza: 25% HED pe poartă, filtru: 4 mm. Al. distanța H—F = 22 cm.

Rezultate: 8 bolnavi.

| Nr. boln. | Vârsta | Obs. dp. | Rezultat. |
|-----------|---------|---------------------------------|-------------|
| 1 | 44 anii | 9 luni | 2 mici acc. |
| 2 | 18 " | 8 ¹ / ₂ " | 1 acc. |
| 3 | 40 " | 6 " | 0 " |
| 4 | 44 " | 3 " | 1 " |
| 5 | 47 " | 3 " | 0 " |
| 6 | 53 " | 3 " | 0 " |
| 7 | 30 " | 3 " | 0 " |
| 8 | 26 " | 2 " | 0 " |

Acestui rezultat îi scade din prestigiu numărul redus de bolnavi la care s'a făcut observația.

Cu metodă asemănătoare, H. Langer a obținut 85% ameliorări f. pronunțate. Unii dintre b. lui chiar timp de 5 ani n'au avut nici un acces.

P. Gibert în colaborare cu Pasteur—Vallery—Radot, Blamantier și Claude tratează radiologic un mare număr de astmatici unde — la cei mai mulți — toate tratamentele anterioare au eșuat. În general întrebunțează iradiația hilară sau splenică succesiv sau în acelaș timp.

Technica: Generator cu bobină alimentând un Coolidge

Standard sub o tensiune corespunzătoare la 25 cm scântee echivalentă distanța focus-piele = 23 cm. 4 câmpuri hilare, 2 ant. 2 post. și 2 câmpuri pe splină, 1 ant. și 1 post. Fiecare câmp de 12x12 cm. filtru: 5 sau 10 mm. Al. Doza pe fiecare ședință: 400—500 R. 2 aplicații pe săpt. cu 3 zile pauză. O serie consta din 8—12 aplicații, după necesitate.

Rezultate: 52 bolnavi, 12 vindecați, 21 foarte ameliorați, 19 fără rezultat.

I. Solomon a obținut rezultate asemănătoare cu ajutorul tehnicii următoare: 2 câmpuri ant. hilare fiecare de 16x16 cm. Pe fiecare câmp 500 R. Se iriază ambele câmpuri în aceeaș ședință hebdomedară sau bihebdomedară până la doza de 5000 R pe câmp. Se utilizează raze de duritate mijlocie. La nevoie se repetă ședințele după 2—3 luni.

Metoda lui Ascoli se adresează hipofizei cu tehnica obișnuită a focurilor încrucișate, prin care a obținut 5 vindecări. Această metodă a fost întrebuintată și de Faguioli, Rothbart în cazuri de dispnee hipofizară (Révész, Holisch).

J.-A. Huet și Sobel aduc 8 cazuri de astm cu etiologie stabilită și cari revăzute peste 2 ani s'au prezentat astfel:

| Nr. b. | Ex. radioscopic | Radioterapia | Rezultatul |
|--------|---------------------------|------------------|-------------------------------------|
| 1 | Scleroză bronșică | 6 șd. în 3 săpt. | Amel. după 2 șd. Vindec. după 6 șd. |
| 2 | Adenop. trach.-br. | 4 " 4 " | " " 1 " " 4 " |
| 3 | Scl. br. și bronșectazic. | 8 " 4 " | " " 4 " " 8 " |
| 4 | Adenop. tr.-br., mediast. | 10 " 5 " | " " 6 " " 10 " |
| 5 | Scl. peribrilară | 7 " 7 " | " " 4 " " " |
| 6 | Tbc. evolutivă, Aguină | 2 " | " " 2 " |

Technica: Se iriază simpaticul prin 2 câmpuri post. de 8—10 cm., 1 cervico dorsal, 1 dorsal și 2 câmpuri ant. parasternale, încrucișate. 25 cm. EE. 2¹/₃ MA. 30 cm. focus-piele, filtru 5 mm. Al. Doza pe câmp 500 R. Doza totală să nu depășească 2000 R pe câmp în maximum 10 ședințe.

G. Scott întrebuintează așa numita „baia de raze”. Câmpuri mari și doză mică. Technica: iradiația separată sau simultană a înfregului trunchi ant. dela menton la pubis, post. dela ceafă la sacru. Distanța focus-piele. 12 „pouces” (40 cm.), maximum 150 Rv., filtru: 4 mm. Al. Doza pe poartă maximum 15 x. 1—2 șe-

dințe pe săpt. 15 zile pauză, apoi 2 porți laterale tot așa de mari.

Rezultatul: 121 cazuri revăzute la 3 ani după tratament.

1. Astm paroxistic 31 caz. 21 succ. 4 recid. 4 eșec, 2 perdate
2. „ cronic 19 „ 13 „ 4 amel. 2 recidive ușoare.
3. „ cu bronșit. 53 „ 43 „ 2 „ 4 „ 4 eșec.
4. „ br.+cr.+emfiz. 18 „ 12 „ 1 „ 2 „ 3 „

R. Zipperlen, asistentul lui O. Müller întrebuințează următoarele metode:

1. Un câmp pulmonar depărtat, ant., fără a proteja inima și un câmp post. Doza $\frac{1}{3}$ HED pe câmp. distanța focus-piele. 35 cm. filtru: 0,5 mm. Cu, 4 mm. Al.

2. Un câmp. ant. depărtat și 4 câmpuri post. mici. Doza: $\frac{1}{2}$ HED pe câmp, distanța focus-piele = 32 cm., filtru: 0,5 mm. Cu și 4 mm. Al.

3. In cazuri grave adugă uneia din metodele de sus și iradiația splinei cu $\frac{1}{3}$ HED, f.p.=32 cm. un singur câmp ant. de 10×15 cm. filtru 0,5 mm. Cu și 4 mm. Al.

Rezultate: 54 cazuri. Vindecare 15, (=27,78%) f. ameliorat 15, (=27,78%) ameliorat 15, (=27,78%) neinfluențat 9, (=16,66%).

Cele mai bune rezultate le-a obținut prin metoda câmpului distal fără splină.

Delherm și *Beau* încep cu iradierea mediastinului prin 2 câmpuri mari de 18×20 cm., 1 ant. și 1 post. întrebuințând raze de duritate mijlocie doza pe câmp = 500 R. Ședințele se repetă la 2 zile până la doza totală de 3000 R. pe câmp. Dacă nu se obțin rezultate, iradiază și splina cu aceeaș metodă. In urmă iradiază și pancreasul după *Delherm*, *Giroux* și *Kristinos* cari în anul 1431 au obținut cu această metodă 5 vindecări de 4 ani, 1 caz f. mult ameliorat și numai unul neinfluențat.

Metodele înșirate până aici le găsim și astăzi, cu mici modificări de tehnică, la toți radioterapeuții.

Technica întrebuințată la Institutul Radiologic din Cluj.

Tratamentul radiologic al astmului s'a făcut la aparate: Symmetrie, Multivolt și cele mai multe la aparatul Stabilivolt,

după normele indicate de d^l prof. Dr. Dimitrie Negru:

Technica: 5 câmpuri: 4 bilare și 1 pe splină.

Localizator: 10×15 cm.

Distanța f. p.: 30 cm.

Doza pe câmp: 200 r (33% DE).

Tensiunea: 160 Kv. (Ap. Stv.) — 180 Kv. (Ap. Mv.)

Intensitatea: 3—4 MA.

Filtru: 0,5 mm. Cu.+4 mm. Al. sau 0,5 mm. Zn.+4 mm. Al.

Iradiațiile se fac tot la 2 zile; o poartă pe zi. Tratamentul durează 10 zile. Seria se repetă la 4—6 săpt., de 2—4 ori, sau dacă este nevoie, de mai multe ori.

Această tehnică a dat rezultatele cele mai mulțumitoare din toate, câte s'au încercat la Institutul nostru.

În multe cazuri deja dela primele ședințe se arată ameliorări, traduse prin răirea acceselor, diminuarea lor ca intensitate, uneori expectorație eliberatoare și ușurarea respirației. Aceste bune rezultate obținute la început amăgesc bolnavii, oamenii simplii, plugari, muncitori etc. făcându-i să nu mai continue tratamentul și astfel să scadă numărul vindecărilor sau al ameliorărilor persistente, căci, astmul recidivează prin excelență. Altele rezultatele bune nu survin decât după terminarea seriei sau a 2—3 serii consecutive. Agravarea simptomelor și accidente datorite razelor X nu s'au înregistrat.

Observațiunile mele cuprind un număr de 80 cazuri dintr'un total de peste o sută, cari au fost tratați în Institutul Radiologic din Cluj dela 1924—1935 inclusiv.

Bolnavii cari n'au fost urmăriți și anchetati măcar și imediat după terminarea tratamentului radiologic, nu fac parte dincazuistica mea.

Din rezultatele obținute am făcut 5 grupuri:

1. *Vindecare*: nici un acces de astm cel puțin 1 an după tratament. Starea generală bună (+++);

2. *Ameliorare foarte pronunțată*: nici un acces de astm cel puțin 5 luni după tratament. Starea gen. bună (++)

3. *Ameliorare*: nici un acces tot timpul tratamentului, sau răirea și diminuarea acceselor ca intensitate și durată după tratament. Starea gen. bună (+).

4. *Statu quo*: nici o ameliorare (0).

5. *Agravarea simptomelor* (//).

| Rezultate: | Nr. cazurilor: | Procentual | | |
|-------------------------|----------------|------------|-----|------------|
| foarte pronunțat amel.: | Vindecați: 15 | 18,75% | +++ | } 88,76% |
| | 14 | 17,51% | ++ | |
| | ameliorați: 42 | 52,5% | + | } =100,00% |
| | statu quo: 9 | 11,24% | 0 | |
| | agravați: 0 | 0% | // | |
| | Total: 80 | | | |

Raportul între cele două sexe: 41 bărbați, 39 femei.

Rezultatele radioterapiei, după sexe:

| Rezultate: | Bărbați: | Femei: |
|------------|----------|--------|
| +++ | 7 | 8 |
| ++ | 7 | 7 |
| + | 26 | 16 |
| 0 | 1 | 8 |
| // | 0 | 0 |

Deci din 41 bărbați, radioterapia a vindecat și a ameliorat 40, iar din 39 femei, " " " " 38.

Rezultatele radioterapiei după vârsta în ani:

| anii: | 10-20 | 20-30 | 30-40 | 40-50 | 50-60 | 60-70 | |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| +++ | 1 | 4 | 3 | 4 | 3 | — | =15 |
| ++ | 2 | 5 | 3 | 3 | 1 | — | =14 |
| + | 3 | 11 | 15 | 7 | 3 | 3 | =42 |
| 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | — | =9 |
| // | — | — | — | — | — | — | =0 |
| total: | 7 | 21 | 24 | 15 | 10 | 3 | =80 |

În rezumat, în 88,76% a cazurilor, tratamentul radiologic a dat rezultate favorabile. Procentul de 11,24%, care exprimă nereușita, se atribuie în parte și faptului că bolnavii n'au terminat seria sau nu s'au prezentat la celelalte serii de radioterapie, în cazul când ar fi fost indicat o reluare a röntgenterapiei, pentru a ajunge la un rezultat bun și durabil.

Vindecări într'un procent ridicat de peste 30%, cum întâlnim în unele statistici streine, se explică prin faptul că

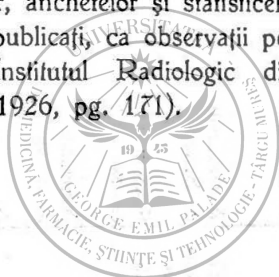
acești autori, fiecare, după vederile lui, consideră vindecați o parte mai mare sau mai mică din bolnavii cari după radio-terapie nu mai prezintă accese și mărturisesc o stare generală bună timp de 5—6—7—8 luni. Pe aceștii noi i-am trecut în grupa celor foarte mult ameliorați. (+ +) Dacă am fi făcut o singură grupă din primele două, iar observațiile noastre să fi avut un recul mai scurt decât 10—12 ani, nu ca în cazul de față, atunci puteam și noi publica un proceț foarte ridicat de vindecări

Ceeace pune statistica noastră alături de acele cari anunță rezultatele cele mai bune, este totalul vindecărilor și al ameliorărilor, sau ceeace se numește „rezultate favorabile“ și care total, la noi se urcă la 88,76%. Este o procentualitate dintre cele mai bune, obținute în condițiunile arătate, din câte am găsit în literatura consultată.



Cazuistica.

În tabloul ce urmează prezint pe cei 80 de bolnavi, materialul observațiilor, anchetelor și statisticelor mele. (3 dintre cei 80 au mai fost publicați, ca observații personale, de Dr. I. Popp, asistent la Institutul Radiologic din Cluj, în revista „Spitalul“ din anul 1926, pg. 171).



Tabloul cazurilor de astm bronchial tratate în Inst. de Rad. din Cluj.

| Numele, etatea și prof. sexul Nr. foii de obs. și anul | Antecedente Numărul acceselor înainte de tratament | Examen obiectiv | Tratamentul medicamentos | Tratamentul radiologic | Rezultatul | Durata ameliorării | Obs. |
|---|---|-------------------------------------|--|---|--|--------------------|------|
| Dr. J. Melp. 56 ani f. 662/1935 | Bolnavă de 33 ani, de 2 săpt. are 1-2 accese pe zi. Starea astmatică. | Astm br., emfizem | Acr comprimat, Ser antispasm., Weckel* Auto-ser, Auto-vaccin. Inj. cu Compolon. Eferit. Decoct de Senega | 3 serii la 2-3 luni, 5 ședințe pe serie la interval de 2 zile | Nici un acces în tot timpul seriei III. | 3 luni | + |
| S. B. 50 ani, comerciant b. 1931 660/1935 | Bolnav de 40 ani, accese zilnice | | Adrenalină, Astmosedin, Auto-vaccin, decoct de Senega | În anul 1931 1 serie, 5 ședințe la 2 zile. În an. 1935 1 șed. | După seria I. nici un acces în 4 ani. După 2 ședințe din an. 1935 pleacă vindec. | 1 an | +++ |
| S. I. 15 ani, elev b. 623/1935 | Bolnav de 2 ani, 2-3 accese pe săpt. | | Infusie de Ipeca | 4 ședințe, nu se prezintă la ședința 5-a | Nici un acces în timpul tratamentului | 1 an | +++ |
| R. Fl. 40 ani, casn. f. 621/1935 | Bolnavă de 20 ani, respirație dispneică, toamna și primăvara prez. acc. de astm | Amigdalită crpt., deviație de sept. | Auto-vaccin, decoct de Senega | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | Expectorație, respirația ușoară nici un acc. de astm | 1 an | +++ |
| P. Fr. 39 ani, brigadier silv. b. 577/1935 | Bolnav de 2 ani, 1-2 acc. pe zi | Deviație de sept. | Silicium pneumocautosi, auto-vaccin | 3 ședințe la 2 zile nu se mai prezintă la tratam. | Un acces ușor după prima ședință, nici un acc. în timpul următoarelor 2 ședințe | | + |
| V. I. 22 ani, student b. 576/1935 | Bolnav de 9 ani, accese zilnice când este la Blaj. La Cluj un singur acc. | Idem | Adrenalină, decoct de Senega | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | Tot timpul tratam. acc. n'au survenit. Resp. ușurată. | 2 luni | + |
| T. M. 20 ani, negustor b. 570/1935 | Bolnav de 4 ani, accese zilnice de 3 săptămâni | Idem | Ol. gomenolat. Operație pt. sept. Auto-vaccin. Calcium Clorat. Ipeca | Idem | Tot timpul tratam. n'a avut accese | | + |
| I. V. 34 ani, miner b. 562/1935 | Bolnav de 4 ani, în ultimul timp 2-3 acc. pe zi | Deviație de sept. (operat) | Astmosedin, Auto-vaccin, Decoct de Senega | Idem | Mai are câte un acces ușor la 2-3 zile | | + |
| I. V. 30 ani, mecanic b. 550/1935 | Bolnav de 5 ani, accese zilnice | Emfizem, scleroză pulm. | Adrenalină. Digibaină Decoct de Senega | Idem | Tot timpul tratam. n'a avut nici un acces de astm | | + |
| Ch. El. 26 ani, casn. f. 549/1935 | Bolnavă de 3 ani, de 3 luni are accese zilnice (mutat la Oravița) | | | 4 ședințe la 2 zile | De când e la Cluj n'a avut nici un acces de astm | | + |

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---------|-----|
| R. B. 25 ani, casn. f. 1933 530/1935 | Bolnavă de 6 ani, 1 acc. la 2-3 zile, Status astmolicus de 2 săpt. | | Astmosedin, Auto- vaccin | În anul 1933 : 1 se- rie; 5 ședințe. În an. 1935: 1 serie, 5 șed. | După I. serie timp de 3 luni, nici un acc. După II. serie St. astm. cedează. Nici un acc. | 9 luni | ++ |
| B. E. 19 ani, casn. f. 528/1935 | Bolnavă de 6 luni, Accese în fiecare zi | Derivație de sept. | Decoct de Senega Tuberculinoterapie | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | Nici un acc. Se simte foarte bine | 8 luni | ++ |
| M. R. 46 ani, casn. f. 518/1935 | Bolnavă de 3-4 ani 2-3 accese pe zi | R.W.++++ | Cardiazol, Efedrină. Autovaccin | 4 ședințe la 2 zile, nu se prezintă a 5-a | Mai are câte un acces la zi, însă f. ușor. Respirația norm. | | + |
| H. M. 36 ani, casn. f. 516/1935 | Bolnavă de 3 ani, tusă seacă, dispnee, 2 acc. într'o săpt. | Rino-faringită acc. | Inf. de Ipeca. Auto- ser. Tuberculino- terapie | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | Dispnee a cedat nici un ac- ces de astm | 14 luni | +++ |
| G. C. 33 ani, negustor b. 492/1935 | Bolnav de 3 ani, accese zilnice | Deviație de sept. laringită cronică | Regim lacto-veget. Aspirin, Codein, Do- veri. Tuberculinoterap. | 4 ședințe la 2 zile, nu se prezintă la a 5-a | Nici un acces timp de 12 zile cât a fost sub observ. | | + |
| T. Gh. 28 ani, plugar b. 479/1935 | Bolnav de 5 ani, accese zilnice | Hipertrof. com. inf. | Adrenalin, Atropin, Decoct de Senega. Auto-vaccin | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | Nici un acces | 1 an | +++ |
| B. Z. 32 ani, funcț. b. 430/1935 | Bolnav de 7 ani, respirație dificilă, 2-3 acc. pe săpt. | Bronșită | Auto-vaccin | Idem | Nici un acces după termi- narea seriei | 1 an | +++ |
| B. I. 49 ani, plugar b. 415/1935 | Bolnav de 1 an, accese zilnice | Bronșită Emfizem | Pilule Trousseau, Decoct de Senega | Idem | Accesele s'au rărit 1-2 pe săpt. apoi au dispărut | | + |
| S. A. 40 ani, casn. b. 447/1935 | Bolnavă de 1/2 an, accese în timpul menstruației și când plouă | Polipi nasali | Astmosedin. Iod | Idem | Mai are la 2-3 zile câte un acces ușor și scurt | | + |
| I. M. 20 ani, casn. f. 393/1935 | Bolnavă de 4 ani, 7-8 ac- cese pe zi, durata 1/2-1 oră | Idem | Inj. Senega. Auto- vaccin. Fer redus prin H. Adrenalină | 2 ședințe, nu se pre- zintă la șed. următ. | Nici o ameliorare | | 0 |
| B. S. 40 ani, plugar b. 389/1935 | Accese la interval de 1/2-1 oră | | Astmosediu, Auto- vaccin, Autoser | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | Nici un acces | 15 luni | +++ |

| Numele, etatea și prof. sexul Nr. foii de obs. și anul | Antecedente Numărul acceselor înainte de tratament | Examen obiectiv | Tratamentul medicamentos | Tratamentul radiologic | Rezultatul | Durata ameliorării | Obs. |
|---|---|--|---|---|--|--------------------|------|
| Dr. V. O. 31 ani, casn. f. 368/1935 | Bolnavă de 8 ani, Cong. pulmonară drp. care are zilnic 2-3 accese de astm | Bronșită | Vaccino-terapie | Idem | Accesele au cedat. Respirația dificilă | | + |
| A. A. 52 ani, casn. f. 348/1935 | Bolnavă de 4 ani, stare astmatică cu accese la 2-3 zile | | Bram, Valeriană, Auto-vaccin, Folliculină | Idem | Nu are acces tipice. Respirația dispneică | | 0 |
| F. M. 42 ani, casn. f. 335/1935 | Bolnavă de 3 luni, 1-3 accese pe zi | Bronșită | Inj. Senega, Eferit, Auto-vaccin | Idem | Nici un acces tot timpul tratamentului | | + |
| I. S. 62 ani, casn. f. 263/1935 | Bolnavă de 3 luni, dispnee în accese nocturne | Emfizem Bronșită | | Idem | Dispnea a cedat. Tușește și expectorează foarte mult | | + |
| Gră I. V. 49 ani, casn. f. 184/1935 | Bolnavă de 16 ani, accese zilnice sub-intrante | Polipi nazali Bronșită cr. | Eferit, Astmosedin, Auto-vaccin, Glândonin | 1 serie, 5 ședințe, pauză 3 luni, 1 serie, 5 șed. | Accesele au dispărut complet | 18 luni | +++ |
| M. M. 49 ani, servitor b. 156/1935 | Tușește de 10 ani, uneori are accese de astm. Respirație dispneică | Emfizem Bronșită cr. | Autoser, Decoct de Senega | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | Se simte mai bine, nici un acces. Respirația ușurată | 7 luni | ++ |
| B. L. 28 ani, cas. f. 30/1935 | Bolnavă de 4 ani, accese zilnice | | Decoct de Senega, Auto-vaccin, Anti-spasmină, Autohemoterapie | 8 serii, de câte 5 șed. Pauză câte 2 luni | Accesele dispăreau după terminarea seriilor | 2-4 luni | + |
| F. G. 62 ani, miner b. 2/1935 | Bolnav de 25 ani. Dispnee. Tușă și expectorație | Emfizem | Inj. de Senega | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | Dispnea a cedat puțin. Tușă și expectorație | | + |
| M. I. 44 ani b. 519/1944 | Bolnav de 4 ani. Tușă, dispnee. Accese zilnice de astm | Emfizem Scleroză pulm. Broșectazie | Decoct de Senega, Papaverină, Adrenal. | 1 serie de 5 șed. Pauză 8 luni, 1 serie de 5 șed. | După I. serie accesele au dispărut. După II. serie acelaș rezultat | 5 luni | ++ |

| | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|---|---|---------|-----|
| S. Șt. 47 ani b. 506/1934 | Bolnav de 3 ani. Accese zilnice mai ales toamna | | Autohemoterapie | 1 serie, 5 șed. la 2 zile | Accesele au dispărut. Ușoară dispnee dimineața | 5 luni | †† |
| Șt. G. 24 ani, plugar b. 502/1934 | Bolnav de 2 ani, 1-2 acc. pe săpt. | Bronșită, Rsc. desemn pulm. accentuat | Idem | Idem | Nici un acces tot timpul tratamentului | | † |
| G. Fl. 40 ani, casn. f. 488/1934 | Bolnavă de 2 ani, 1-2 accese pe zi | Bronșită | Autohemoterapie, Decoct de Senega Adrenalină | 2 șed., nu se prezintă la complet. seriei | În 3 zile neavând nici un acces, nu mai vine la trat. | | † |
| Dr. P. A. 29 ani, medic b. 465/1934 | Bolnav de 3-4 săpt., dispnee continuă, exagerată la efort | Rino-faringită | | Idem | Dispnea a cedat | 18 luni | ††† |
| F. Em. 22 ani, casn. f. 457/1934 | Bolnavă de 2 ¹ / ₂ ani, accese nocturne, accese zilnice | | Inj. de Senega, Auto-vaccin | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | 1-2 accese ușoare la săpt. | | † |
| J. F. M. 47 ani, casn. f. 454/1934 | Bolnavă de 4 ani, accese zilnice | Bronșită | Adrenalină, Autohemoterapie, Cardiazol, Efedrin | Idem | Nici o ameliorare | | 0 |
| N. D. 28 ani, casn. f. 452/1934 | Bolnavă de 6 ani, accese la cel mai mic efort | Tbc. fibro-caz. dr. | | 3 serii, de 5 șed. pauză 2 luni între serii | Se ameliorează treptat. Nu mai are accese | 5 luni | †† |
| M. L. 32 ani, casn. f. 421/1934 | Bolnavă de 3 ani, accese mai ales în timpul iernii | Emfizem Bronșită cr. | Inj. de Ipeca, Decoct de Senega, Trat. anti-tuberculos | 3 șed. la 2 zile | Nici o ameliorare | | 0 |
| I. D. 64 ani, casn. f. 419/1934 | Bolnavă de 15 ani, 3-4 accese pe noapte | Bronșită | Decoct de Senega, Astmosedin | 4 șed. la 3 zile Nu mai vine la trat. | Nici un acces. Peste o săpt. accesele revin 1 pe noapte | 7 zile | † |
| M. T. 27 ani, muncit. b. 404/1934 | Bolnavă de 4 ani. Accesele survin când lucră cu fân | | Autoser, Astmosedin, Auto-vaccin | 1 serie, 5 ședințe la 2 zile | Nici un acces | | † |
| T. Șt. 40 ani, pantofar b. 367/1934 | Bolnav de 2 ¹ / ₂ ani. Accese zilnice | | Adrenalină, Decoct de Senega, Autohemoterapie | 2 serii de 5 șed. Pauză 2 luni între serii | Accesele se reduc la 2-3 pe săpt. Acc. sunt suportab. | 2 luni | † |

| Numele, etatea și prof. sexul Nr. foii de obs. și anul | Antecedente Numărul acceselor înainte de tratament | Examen obiectiv | Tratamentul medicamentos | Tratamentul radiologic | Rezultatul | Durata ameliorării | Obs. |
|---|--|--|--|--|---|---------------------|------|
| H. P. 35 ani, casn. f. 296/1934 | Bolnavă de 1 an. Accese zilnice | Rino-faringită cr., polipi nas. | Calcium Clorat, Autohemoterapie | 1 serie, 5 șed. la 2 zile | Accesele n'au mai survenit 5 luni | 5 luni | ++ |
| S. I. 35 ani, funcț. b. 250/1934 | Bolnav de 6 săpt. Accese zilnice | Bronșită cr. | Auto-vaccin | Idem | Mai are câte un acces ușor la 8-10 zile | 2 ani | + |
| V. Ctin 51 ani, tarmacist b. 182/1934 | Bolnav de 1 an, 2-4 accese în 24 ore | | Autoser | Idem | Accesele nu mai survin | 2 ani | +++ |
| Sora M. L. 36 ani, călug. f. 173/1934 | Bolnavă de 7 ani, Accese nocturne. Tusă, expectorație | Deviație de sept. Hiperrof. com. mijl. | Decoct de Senega, Eferit, Astmosedin | Idem | Accesele s'au rărit 1 la 2-3 zile. Accese neputabile | 1 an | + |
| D. M. 37 ani, casn. f. 60/1934 | Bolnavă de 4 ani, dispnee la efort. Respirație grea | | Decoct de Senega, Antispasmodice, Autoser, Adrenalină, Papaverin | 4 ședințe la 2 zile | Expectorație abundentă. Respirația se ușurează | | 0 |
| S. M. 56 ani, casn. f. 28/1934 | Bolnavă de 5 ani, 2-4 accese pe zi | | Calmante expectorante, Autoser | 1 serie de 5 șed. Pauză 2 luni. 1 serie de 5 șed. | Accesele se reduc la 1-2 în 2-3 zile. Sunt de intens. suf. suportabile | 1 ^{1/2} an | + |
| S. C. 36 ani, lucrătoare f. 1/1934 | Bolnavă de 9 zile. Câte un acces nocturn | Bronșită | Decoct de Senega Papaverină | 4 șed. la 2 zile Nu vine la șed. 5-a | Simțindu-se bine și neavând nici un acces în timpul tratament. Nu vine la ultima șed. | 9 luni | ++ |
| M. Gr. 31 ani, zidar b. 313/1933 | Bolnav de 4 ani. Accese nocturne | Rsc. bride perihilare și pleurale | | Idem | Nici un acces în timpul tratamentului | | + |
| G. Șt. 53 ani, plugar b. 320/1933 | Bolnav de 9 ani, crize de dispnee în anotimpuri reci | | Astmosedin Decoct de Senega | 4 șed. la 2 zile | St. gen. f. bună. Nici un acces de astm. Ușoară dispnee | 1 an | ++ |
| Cs. M. 24 ani, casn. lucr. f. 254/1936 317/1933 | Bolnavă de 2 ani, respirație dispneică. Tusa, expectorație | | Decoct de Senega Efedrină, Autovaccin | 3 șed. la 1 zi. In an. 1936: 1 serie, 5 șed. la 2 zile | Respirația ușurată. N'are dispnee nici la efort. | 3 ani | +++ |

| | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|------------------------------------|---|---|--------------------------------------|-----|
| L. I. 29 ani, mecanic b. 259/1933 | Bolnav de 2 ani, 3-10 accese pe lună | Bronșită | | 1 serie, 5 șed. la 2 zile | Nici un acces | 2 ¹ / ₂ ani | +++ |
| B. V. 45 ani, casn. f. 228/1933 | Bolnavă de câțiva ani. Accese de dispnee nocturnă tot la 1-2 zile | Bronșită | | Idem | Accesele se răresc. După 3 luni accesele au dispărut | 2 ani | +++ |
| D. E. 24 ani, acordeur b. 184/1933 | Bolnav de 6 ani. Accese tot a 2-a-3-a zi, mai ales vara | Idem | | Idem | Mai are câte un acces la 6-7 zile | 3 ani | + |
| S. T. 52 ani, casn. f. 177/1933 | Bolnavă de 1 an, accese zilnice | Idem | Auto-vaccin, Eferit. Adrenalină | 2 serii de 5 șed. Pauză 2 luni | Tirup de 2-3 săpt. S'a simțit m. bine fiind accese m. suportabile | 3 săpt. | + |
| S. C. 32 ani, casn. b. 147/1933 | Bolnavă de 1 an, accese zilnice | | Asimosedin, Adrenalin, Auto-vaccin | 1 serie, 5 șed. la 2 zile | Accesele au diminuat ca intensitate | | 0 |
| R. R. 17 ani, muncit. f. 129/1933 | Bolnavă de 5 ani, 2-3 accese pe săpt. | | | 2 serii de 5 șed. Pauză 3 luni | Nu mai are accese de astm. E ușor dispneizată | 3 luni d. I. serie 1 an d. II. serie | ++ |
| Sl. S. Șt. 25 ani, ofițer b. 89/1933 | Bolnav de 1/2 an, accese zilnice | Bronșită | Asimosedin, Adrenalin, Auto-vaccin | 4 șed. la 2 zile | Tot timpul tratamentului n'a avut nici un acces de astm. | | + |
| L. V. 35 ani, funcț. b. 438/1932 | Bolnavă de 4 ani, 10-12 accese pe zi | | Auto-vaccin, Adrenalin | 6 șed. la 2 zile | 1-2 accese f. ușoare la 2-3 zile. Accesele dispar. | 8 luni | ++ |
| G. L. 30 ani, funcționar b. 147/1932 | Bolnav de 2 ani, accese zilnice | | Asimosedin, Poligala | 2 șed. la 2 zile | Nici un acces în timpul tratamentului | | + |
| C. S. 50 ani, preot b. 189/1931 | Bolnav de 2-3 ani, accese zilnice 3-4 | Astm cu hipertensiune par. | | 1 serie 6 șed. la 1 zi | Accese zilnice dar mai puțin intense 1-2 la zi | | + |
| L. G. 59 ani, casn. f. 84/1930 | Bolnavă de 3 ani, Accese de dispnee la cel mai mic efort | Bronșită cr. | Auto-vaccin | 2 șed. pe suprarenala 2 șed. pe splină | Nici o ameliorare | | 0 |

| Numele, etatea și prof. sexul Nr. foii de obs. și anul | Antecedente Numărul acceselor înainte de tratament | Examen obiectiv | Tratamentul medicamentos | Tratamentul radiologic | Rezultatul | Durata ameliorării | Obs. |
|---|--|-------------------------|---|--|---|-----------------------|------|
| T. P. 57 ani, plugar b. 262/1929 | Bolnav de 4 ani, 2-4 accese pe săpt. | Bronșită grip. | | 2 șed. pe torace, 1 șed. pe splină la 2 zile | Câte un acces la săptămână | | + |
| St. W. 45 ani, casn. b. 126/1929 | Bolnavă de 2 luni, accese nocturne | Bronșită | Astmosedin, Efedrin, Auto-vaccin, Adrenalin | 2 șed. pe torace, 1 șed. pe splină la 3-4 zile | Nu mai are accese tipice. Respirația ușurată | | + |
| G. C. 35 ani, ing. b. 88/1929 | Bolnav de 10 ani, accese nocturne | Idem | Decoct de Senega, Auto-vaccin | 1 sed. hit. Nu mai vine la trat. | Nici o ameliorare | | 0 |
| K. S. 50 ani, casn. f. 873/1928 | Bolnavă de 3-4 ani, accese nocturne | | Efedrin, Adrenalin, Auto-vaccin | 1 serie de 4 șed. Pauză 2 luni. 1 serie, 4 șed. la 3 zi | Accesele survin mai rar, 1-2 la săptămână. St. gen. bună | 2 luni | + |
| A. M. 50 ani, casn. f. 1933 766/1928 | Bolnavă de 4 ani, accese tot la 2-3 zile. Respirație dispneică | | Idem | 1 serie, 4 șed, la 7 zile | Dispnea a diminat. Accesele au dispărut în timpul tratamentului | 4 ani | +++ |
| M. R. 29 ani, casn. f. 1926 667/1928 | Bolnavă de 8 ani, 2-3 accese pe săpt. | Emfizem Bronșită cr. | Calmanțe Autohemo-terapie | 1 serie de 4 șed. 2 șed. pe splină la 6 zile | Dp. I. serie accesele au dispărut. St. gen. bună. | 1 ^{1/2} a an | +++ |
| S. V. 51 ani, casn. f. 324/1928 | Bolnavă de 3 ani, 2-3 accese pe zi | Emfizem | Auto-vaccin Decoct, de Senega | 2 șed. torace aut. post. 2 șed. splina aut. post. | Nici o ameliorare | | 0 |
| J. A. 39 ani, subof. b. 166/1928 | Bolnav de 8 luni, accese de dispnee nocturnă | Bronșită Emfizem | Idem | 1 șed. splină 2 șed. torace aut. post. | Accesele n'au survenit timp de 5 zile. | | + |
| P. I. 43 ani, econom b. 56/1928 | Bolnav de 5 ani, accese nocturne | Bronșită | | 2 șed. splina, 2 șed. mediastin. Pauză 7 săpt. 2 șed. splina, 2 șed. mediastin | Accesele au dispărut tot timpul tratamentului | | + |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|--------|----|
| I. M. 34 ani, pantofar b. 784/1927 | Bolnav de 6 ani, accese zilnice | | Decoet de Senega Calmante | 2 șed. pe splină | Accesele au diminuat ca intensitate și s'au rărit | | + |
| B. C. 22 ani, funcț. b. 411/1926 | Bolnav de 2 ani, 1—2 accese pe săpt. Dispnee | | | 1 serie de 5 șed. Pauză 5 luni, 1 serie de 5 șed. | În timpul celor 2 serii și a pauzei mai face 1 acces | | + |
| B. G. 38 ani, plugar b. 182/1926 | Bolnav de 3 ani, accese zilnice. Respirație dispneică | Sclozoză pulm. | | 1 serie, 5 șed. | Accesele se răresc. Dispnea cedează | | + |
| A. T. 39 ani, funcț. b. 177/1926 | Bolnav de 4 ani, accese zilnice | Obez. | Decoet de Senega, Casele albastre | 1 șed. pe splină | 2—3 accese la săpt. f. ușoare și scurte | 2 luni | + |
| N. S. 28 ani, casn. f. 388/1925 | Bolnav de 5 ani, accese nocturne | Rsc: desemn bilar mărit; vârful dr. voalat; spațiul retrocard. voalat | Astmosedin, Auto-vaccin, Calmante | 1 serie, 7 șed. Pauză 19 zile. 3 șed. la 7 zile | Accesele au dispărut tot timpul tratam. | 6 luni | ++ |
| Ș. I. 14 ani, elev b. 387/1925 | Accese zilnice | Tbc. pulmon. | Tratam. antituberculos | 2 șed. la 7 zile, 3 șed. la 4 zile, 2 șed. la 1 zi | Accesele au dispărut tot timpul tratamentului | | + |
| B. J. 12 ani, elev b. 715/1924 | Bolnav de 2 ani, accese de dispnee la efort | Rsc. pulm. : umbrate, hilare f. accentuată. Gangl. hilari de mărimea unei pumn | Ioduri de potasiu ⁵ / ₂₀₀ | 6 șed. la interval de 1—2 săpt. | Dispnea de efort a dispărut | | + |
| C. J. 23 ani, muncitor b. 349/1936 453/935 | Bolnav de 4 ani, stare astmatică, accese zilnice la efort | Bronșită | | 1 serie, 5 șed. } 1935 la 2 zile 1 serie, 5 șed. } 1936 la 2 zile | Respirație normală, nici un acces timp de 8 luni după prima serie | 8 luni | ++ |
| V. E. 27 ani, comerc. b. 148/1936 28/1935 | Bolnav de 3 ani, accese zilnice de dispnee, seara și dimineață | Sclozoză pulm. | Auto-vaccin, Astmosedin, Decoet de Senega | Idem | Accesele nu mai survin decât uneori la eforturi (nu sunt tipice) | 6 luni | ++ |

Concluziuni

1. Dintre toate tratamentele încercate în astmul bronchial, röntgenterapia este unul dintre tratamente care dă rezultatele cele mai favorabile și mai durabile.

2. În general, toate cazurile de astm. bronchial sunt indicate tratamentului radiologic și în special acelea la cari toate tratamentele anterioare au eșuat sau ameliorările întârzie.

3. Contraindicațiuni nu par a exista. (Tbc? insuf. cardiacă?)

4. Rezultatele bune se manifestă prin vindecări și ameliorări durabile sau trecătoare, după natura astmului, vechimea lui, vârsta bonavului și tonusul particular neurovegetativ al fiecărui caz în parte.

5. Adesea dela primele ședințe se observă ameliorări pronunțate cari se manifestă prin:

a) dispariția sau răirea acceselor și diminuarea lor ca durată,

b) expectorație eliberatoare,

c) respirația se ușurează,

d) în spută diminuează până la dispariție spiralele Curschmann și cristalele Charcot-Leyden,

e) scade eozinofilia,

f) starea generală se ameliorează.

6. Cele mai numeroase și mai durabile rezultate favorabile se obțin după terminarea primei serii de tratament radiologic.

7. Reacțiile cari survin uneori după primele 2—3 ședințe (dispnee, tusă, ușoară cefalee, inapetență, greață etc.) nu contraindică continuarea röntgenterapiei.

8. Prin tratamentul radiologic al astmului bronchial, aplicat la Institutul Radiologic din Cluj, s-au înregistrat 88,76% de vindecări și ameliorări.

Văzută și bună de imprimat

Decanul Facultății :

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL

Președinte :

(ss) Dr. D. NEGRU.

Bibliografie

Berghoff: „Tiefentherapie des Asthma bronchiale“. Strahlentherapie. Bol. XXI.

Bergmann: Eppinger etc. „Lehrbuch der inneren Medizin“ 1935.

Bolchowa: „La radiothérapie dans l'asthme. Ann. de Radiologie de l'U. R. S. S. an. 1926.

Bezançon F. Gable M. etc.: „Precis de Pathologie Médicale.

Gampos: „Asthme bronchique et son traitement par les rayons X“ Medicina et Pharmacia an 1926.

Danielopoplu: „Sur la pathogénie de l'asthme et sur son traitement médicale et chirurgicale. Presse med. an 1925 pg. 1587.

Delherm und Beau: „Die Röntgentherapie des Sympathicus“. Comunicare făcută la al 4-lea Congres Internațional de Radiologie ținut la Zürich an 1934. Strahlentherapie Bol. LII.

Devois: „Traitement radiothérapique des l'asthme“. Le Cahier de Radiologie an 1930.

Gerber: „De l'emploi de la radiothérapie dans les traitement de l'asthme chronique et de la bronchite chronique“. Journ. of. Am. Med. Assoc. Vol. LXXXV.

Gibert: „La röntgentherapie de l'asthme“. Bull. et Mem. de la Soc. de Rad. Med. de France. Vol. 15.

Gottschalk: „Asthma bronchiale Therapia“. Fortschritte der Röntgenstrahlen. Bd. 14

Heineke: „Die biologische Wirkung der Röntgen und Radiumstrahlen.“ Lehrbuch der Strahlentherapie (Klenitz) Bd. 3.

Hajós: „Az allergiás megbetegedések belsőszekretios vonatkozásai“. A belső szekretios betegségek. an 1935.

Hațieganu: „Despre astm.“ Clujul Medical 1923.

Hațieganu-Goia: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală an 1934.

Holthusen: „Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe Lehrbuch der Strahlentherapie (Klenitz).

Huet et Sobel: „Apropos de la radiothérapie de l'asthme“
Bull. et Mem. de la Soc. de Rad. Med. de France. Vol. 13.

Klewitz: „Lehrbuch der Strahlentherapie.

Kogan-Jassny und Th. Abranovitsch: „Die Röntgenbehandlung des Asthma bronchiale“. Strahlentherapie Be. XXIV.

Langer: „Der Effekt der Röntgentherapie an dem vegetativen Nervensystem“ Strahlentherapie. Bd. LIII.

Marum: „Erfahrungen über die Behandlung des Asthma bronchiale mit Röntgenstrahlen“. Strahlentherapie. Bd. XIV.

Mauger and Hawley: Journ. of. Am. Med. Assoc. an 1927.

Negru: Radiologie medicală an 1931.

Parisius: „Die Röntgentherapie in der inneren Medizin“ Strahlentherapie Bd. XIV.

Pasteur-Vallery-Radot, P. Gibert, P. Blamonthier, Fr. Glaude: „Traitement de l'asthme et du coryza spasmodique par la röntgentherapie“. Bull. of. Mem. de la Soc. de Rad. Med. de France Vol. 11.

Popp. J. „Radioterapia în astmul bronchial“. Spitalul an. 1926 pg. 171.

Podkaminsky: „Zur Methodik der Röntgentherapie bei Asthma bronchiale“. Strahlentherapie Bd. XXVI.

Rothbardt: Die Veränderungen der Sellatmeica bei Asthma bronchiale“. Fortschritte der Röntgenstrahlen Bd. 41.

Solomon J.: La röntgentherapie. an 1930

Solomon J.: Precis de radiothérapie profonde an 1926.

Scott: „Traitement de l'asthme par les radiations“ (Brit. Med. Journ. Mo. 5549) Bull. et Mem. Vol.

Wetterer: Handbuch der Röntgen und Radiotherapie.

Zdansky: Lungen-Röntgenbefunde bei Asthma bronchiale. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. 43.

Zimmermann J. „Experiences pour déterminer l'action des radiations sur les system nerveux“. Bull. et Mem. de la Soc. de Rad. Med. de France Vol. 15.

Zipperlen: „Röntgenbehandlung bei Asthma bronchiale“ Strahlentherapie Bd. XXXVI.