

No. 1177

RELAȚIUNI ÎNTRE CONSTITUȚIE ȘI TIMIE

PUNERE LA PUNCT



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 28 OCT. 1937

DE

HERTA BUDAKER

23 OCT 1937

INST. MED. FARM. TG-MUREȘ ORV. TUD. GYÓGYSZ. INT. NYH. Bibl. Centrala-Központi Könyvtár Lélt. sz. <u>443001</u> ¹⁹⁶

1 9 3 7

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : D-nul Prof. Dr. D. MICHAIL

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. Aleman I.
Microbiologie	„ „ Baroni V.
Istoria medicinei	„ „ Bologa V.
Patologia generală și experimentală	„ „ Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	„ „ Drăgoiu I.
Fiziologia umană	„ „ Benetato G.
Semiologia medicală	„ „ Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ Grigoriu C.
Clinica medicală	„ „ Hațieganu I.
Medicina legală	„ „ Kernbad M.
Clinica oftalmologică	„ „ Michail D.
Clinica neurologică	„ „ Minea I.
Igiena și igiena socială	„ „ Moldovan I.
Radiologia medicală	„ „ Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ Papilian V.
Clinica chirurgicală }	„ „ Pop A.
Medicina operatoare }	„ „ Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	„ „ Sturza M.
Farmacologia și farmacognozia(supl.) }	„ „ Tătaru C.
Balneologia	„ „ Țeposu E.
Clinica dermato-venerică	„ „ Thomas P.
Clinica urologică	„ „ Urechia C.
Chimia biologică	„ „ Vasiliu T.
Clinica psihiatrică	„ „
Anatomia patologică	„ „

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : D-l Profesor Dr. C. I. Urechia

Membrii : { „ „ „ M. Kernbad
 { „ „ „ C. Tătaru
 { „ „ „ E. Țeposu
 { „ „ „ T. Vasiliu

Supleant : D-l Doc. Dr. P. Vancea

*Părinților mei dragi
pentru grija și sacrificiile aduse*





INTRODUCERE

Inainte de a intra în materia propriu zisă, trebuie precizate câteva noțiuni cari sunt întrebuințate mai des în ceea ce urmează.

Noțiunile acestea sunt cunoscute de mult, iar precizarea lor se impune numai din cauza că înțelesul lor s'a schimbat de multe ori, fiind supus chiar azi încă modificărilor conform interpretării variate a diferiților autori.

Astfel noțiunea de »constituție« a fost și este definită în mai multe moduri.

Tandler vorbește în această privință de individualitatea somatică a individului (das somatische Fatum des Individuums) presupunând că constituțiunea nu poate să fie schimbată prin factori externi, cum ar fi regim, educație fizică etc. Totuși știm că acești factori pot să aibă o mare valoare în ceea ce privește profilaxia sau oprirea trecerii unor anomalii constituționale din stare latentă în stare manifestă.

După Schittenhelm, Kretschmer și alții se poate da următoarea definiție: sub constituție se înțelege totalitatea tuturor însușirilor individuale cari se bazează pe ereditate, deci cele genotipice. Trebuie însă să ne ferim de a fi prea exclusiviști în determinarea înțelesului acestei noțiuni, care pe lângă ereditate poate să implice și modificările cauzate de influențele mediului pe cari acesta le exercită în primii ani ai vieții.

O altă noțiune interpretată în mai multe feluri și care deci suntem nevoiți s'o precizăm, este noțiunea de »caracter«. Sub acest cuvânt se înțelege azi după majoritatea autorilor totalitatea tuturor posibilităților de reacțiune afectivă și voluntară, cum s'au format ele în decursul evoluției vieții unui individ. Noțiunea aceasta cuprinde prin urmare atât ereditatea cât și suma factorilor exogeni: mediul, educația psihică, evenimentele cele mai variate ce au jucat un rol determinant în viața

individului respectiv etc. Acest cuvânt conține deci personalitatea psihică în totalitatea ei.

A treia noțiune pe care vom fi nevoiți a o întrebuința și prin urmare a o defini este aceea de »temperament« care nici astăzi nu pare pe deplin clarificată și care desigur va suferi în ceea ce privește definiția ei, încă multe modificări. Starea actuală a științei ne permite însă a preciza cel mai puțin doi factori determinanți cu absolută siguranță; aceștia sunt reprezentanții somatici ai temperamentului și anume: 1. Glandele endocrine, 2. Creerul și organele vegetative. Temperamentele sunt aceea parte a psihicului care, stând în relație cu structura corpului, probabil pe cale humorală, exercită când o inhibiție când o stimulare asupra funcțiilor psihice și fizice ale individului. În ceea ce privește calitățile psihice, acești doi factori au influență mai ales asupra psichaesteziei, psihomatilității, afectivității și asupra timpului și ritmului în care decurg funcțiunile psihice (perseverență, formarea complexelor, inhibiție, instabilitate etc.).

Se cunoaște azi deja foarte bine influența necontestată a glandelor endocrine asupra temperamentelor și studiul endocrinologiei a făcut mari progrese în ultima decadă.

În ceea ce privește rolul creerului s'a afirmat de mult că traumatismele cerebrale sunt urmate adeseori de schimbările de caracter (faptul care ne-a dovedit și războiul mondial în foarte multe cazuri), ne mai pomenind diferitele boli psihice în cari s'au găsit leziuni anatomice ale creerului.

Ni-s'a părut necesar de a preciza cele 3 definițiuni susamintite pentru a încerca crearea unei baze pe care ar fi posibilă o înțelegere pe un teren atât de variabil interpretat și găsindu-se în plină evoluție cum este relațiunea între constituție și timie.

Structura corpului

(Structura somatică)

Progresul endocrinologiei a fost atât de rapid în ultima decadă încât n'au putut să fie utilizate până în prezent toate rezultatele strălucitoare ale acestei științe în ceea ce privește deosebitele ramuri ale medicinei. Cu toate acestea se cunoaște azi deja influența roditoare a endocrinologiei asupra studiului constituțiunii și în deosebi asupra relației între constituțiune și timie. »Cretinismul«, »acromegalie«, »eunuchoidismul« etc. ne exprimă aceasta relație în modul cel mai vădit.

Pe lângă studiului glandelor endocrine una dintre cele mai importante chei de deslegare ale problemei constituțiunii e examinarea exactă a structurii corpului. Există o mulțime de observații solitare destul de prețioase care n'au fost însă în deajuns folosite până în prezent.

Se pare că calea cea mai sigură care ar putea se ducă la țelul dorit ar fi aceea a unei descrieri sistematice a corpului în totalitatea lui dela creștet până în tălpi, (conținând descrierea diagramatică, măsurarea antropometrică și registrarea fotografică) și care nelimitându-se la așa numite cazuri interesante trebuie să cuprindă un material cât mai mare, făcându-se descrierea fiecărui individ după aceeaș schemă.

În felul acesta vom găsi asemenări morfologice la un număr mai mare de indivizi. Calculând valorile medii din cifrele de măsurare ale indivizilor acestora, se vor preta mai multe caractere comune morfologice într'un mod cât se poate de net, pe când cele individuale se vor șterge. Descriind numai aceste caractere comune morfologice am ajuns la o clasificare în mai multe tipuri.

Clasificarea aceasta nefiind deocamdată uniformă vom cita numai cele admise de majoritatea autorilor, fiind cele mai des întrebuițate și anume: Clasificarea autorilor francezi *Sigaud* și *Caillou* cari deosebesc un tip respirator, digestiv, muscular și cerebral precând autorul german *Kretschmer* vorbește despre tipul astenic, picnic, athletic și displazic. Vom reveni la locul convenit asupra tuturor acestora, cari cuprind așa zisele tipuri constituționale normale.

În afară de aceasta vom aminti așa numitele anomalii constituționale: statul timico-limfatic (*Paltauf*), statul hipoplastic (*Bartel*), statul astenic (*Stiller*) și constituțiunea neuro-psichopatică sau după *v. Bergmann* »die vegetativ Stigmatisierten«.

Tipurile psihice

Ca în capitolul precedent vom începe și aci cu expunerea tipurilor normale sau mai bine zis acelor cari se găsesc la limită între normal și patologic.

Din acest punct de vedere se pot deosebi două grupuri mari: 1. ciclotimicii și 2. schizotimicii.

1. Ciclotimia este o stare emotivă care survine periodic și se manifestă când prin faze de o putere lucrativă și de o strălucire intelectuală uimitoare, când prin alte faze în cari indivizii respectivi prezintă oboseală și lipsă de inițiativă. Stările acestea nu se pot considera drept alienațiuni mintale, ele fiind numai exagerațiunea moderată a stărilor psihice normale.

În psichozele periodice nu ar fi decât o exagerațiune puternică și bolnăvicioasă acestui ritm psihic. Unii autori caută să facă o apropiere între crizele de epilepsie și acele de psychoză maniaco-depresivă. În ceea ce privește însă schimburile de azot examinate la epileptici înainte și după accese ele nu sunt identice după constatările dl. Prof. *Uredia* cu cele din psichozele maniaco-depresive. Prin aceasta constatare legătura cu epilepsie e refuzată.

2. Al doilea grup important din punct de vedere al psihicului este schizotimia. Schizotimicii sunt caracterizați prin autism, iritabilitate, pedantism și o purtare antisocială, toate aceste însușiri aparând însă numai în mod atenuat. Dacă toate calitățile mai sus amintite sunt și mai exagerate aceste două grupuri

psichice aparțin cadrului bolilor mintale și anume: ciclotimia poate să se desvolte în forma unei psihoze maniaco-depresive, iar schizotimia poate să evolueze ca o demență precoce sau schizofrenie. Vom mai reveni asupra tipurilor psihice, dând o deosebită atenție formelor prepsichotice, cari descoperite la timp pot să ne permită uneori o profilaxie destul de prețioasă.

Relațiuni între constituție și timie

Cu problema aceasta atât de veche s'au ocupat în ultima decadă o mulțime de autori cu reputație mondială așa că cercetările lor exacte par ireproșabile din punct de vedere științific. Cu toate acestea nu vom uita, precum am subliniat în mai multe rânduri, că problema raportului între constituție și timie gășindu-se în plină evoluție, azi încă nu vom putea să dăm rezultate absolute. Valoarea mai multor rezultate obținute până'n prezent rămâne însă necontestabilă, constituind temelii destul de solide pe care s'ar putea clădi cu timpul o casă rezistentă care ar întruni toate elementele necesare pentru rezolvirea problemei sus amintite.

Intre autori cari s'au ocupat mai mult cu problema aceasta se poate cita profesorul *E. Kretschmer*. Acest autor examinând un material mare de indivizi cu boli mintale din punct de vedere constituțiunii ajunge la următoarele rezultate:

1. Există o afinitate biologică între timia bolnavilor suferind de schizofrenie și între tipurile constituționale: astenic, athletic și displazic.
2. Există o afinitate biologică între timia bolnavilor cari suferă de psihoza maniaco-depresivă și între tipul constituțional: picnic.
3. Concluzia ar fi că afinitatea între tipul psihic schizotimic și tipul constituțional picnic ar fi foarte restrânsă, lipsind aproape cu totul; tot așa și afinitatea între tipul psihic ciclotimic și tipurile constituționale: astenic, athletic și displazic s'ar găsi numai în mod excepțional.

Cu alte cuvinte *Kretschmer* susține că constituțiunea omului ne indică direcția care ar lua o boală mintală la individul respectiv: picnicii făcând mai des o psihoză maniaco-depresivă, iar astenicii, at-

leticii și displazicii având »tendință« spre demența precoce sau schizofrenie.

Aceste rezultate părându-ne la primul lor aspect prea schematizate și ținând mai ales seamă că medicina e o știință în care o strictă schematizare poate să fie uneori însoțită de oarecare primejdii ducându-ne în eroare, avem tot dreptul să ne punem întrebarea: cum ajunge *Kretschmer* la aceste rezultate și sunt ele oare destul de motivate?

Referitor la modul cercetărilor lui *Kretschmer* se poate constata următoarele:

Acest autor ocupându-se cu măsurarea exactă a structurii corpului (executată la un material mai mare de bolnavi mintali ai clinicii sale) și înregistrând, potrivit cifrelor obținute, tipurile constituționale ale lor într-o tabelă pe care indică totodată natura bolii psihice, era surprins de faptul că cifrele, cari exprimau numărul indivizilor examinați, păreau să urmeze o oarecare regulă: când ridicându-se când scoborându-se în conformitate cu tipurile constituționale și cele ale timiei.

Ca exemplu vom reproduce o tabelă din primii ani ale cercetărilor lui *Kretschmer*.

Constituțiunea	Psichicul	
	maniaco-depresivi	schizofrenici
astenici . . .	4	81
atletici . . .	3	31
picnici . . .	58	2
displazici . .	—	34
tipuri mixte .	4	13
In total	69	161

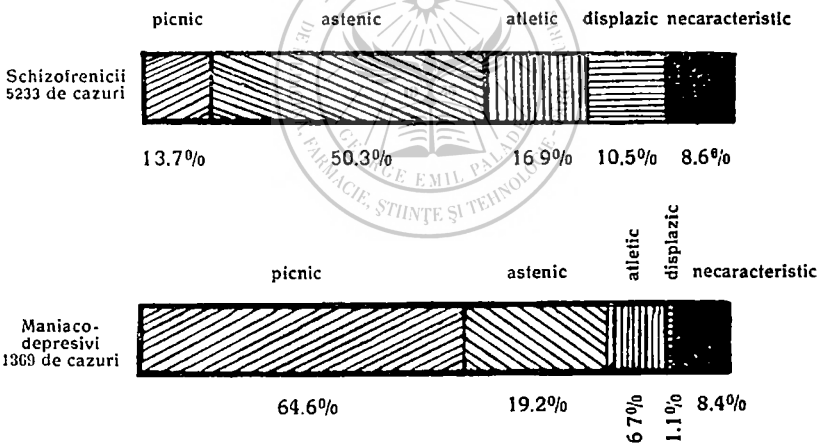
(Cifrele indică numărul indivizilor examinați.)

Din aceasta tabelă reiese net că maniaco-depresivi aparțin în majoritatea cazurilor tipului constituțional picnic pe când schizofrenicii sunt reprezentanții principali ai tipurilor constituționale: astenic, atletic și displazic.

Cercetări analoage au fost executate de exemplu de *Wertheimer* (America), *Andreiew* (Rusia), *Sugihara* și *Ikemi* (Japonia), *Krasusky* (Polonia), *Sacristan* (Spania), *Westphal*, *Bleuler*, *Kühnel*, *Georgi*, *v. Rhoden* și mulți alți.

Rezultatele obținute în 8099 de cazuri, examinate de diferiți autori, au fost puse în evidență de către *Westphal* printr'o tabelă care merită să fie reprodusă. Vom face însă o restricție, numărul cazurilor acestora cuprinzând și pe epileptici cari sunt reprezentați chiar prin cifra destul de înaltă de 1505 de cazuri. Deoarece însă, precum am amintit mai sus, cercetările de laborator par ar contrazice relațiile între epilepsie și anumite psychoze, vom scădea aceste 1505 de cazuri mărginindu-ne de a reda numai acele 6594 cari prezintă pe deoparte psychoza periodică iar pe de altă parte demența precoce într'o formă destul de netă.

Relația procentuală calculată în felul acesta este următoarea :



Și aceasta tabelă ne indică paralelismul susținut de *Kretschmer* care ar exista între anumite boli mintale și anumite tipuri constituționale. Important e faptul că și ea pune în evidență preponderanța tipului constituțional displazic la schizofrenici, care dispăre aproape la maniaco-depresivi.

Asupra acestui tip displazic găsim de necesar să mai înzist puțin, el fiind singurul între tipurile

constituționale descrise de *Kretschmer* la care lipsește paralelismul cu tipurile constituționale ale autorilor francezi. Comparând clasificarea franceză cu cea germană se observă numai decât că tipul muscular lui *Sigaud* și *Caillou* corespunde tipului athletic al autorului german, iar tipul digestiv e identic cu cel picnic, pe când tipul respirator cu cel astenic.

Al patrulea tip constituțional descris de autori francezi ca tipul cerebral e deci singurul care nu coincide cu al patrulea tip constituțional descris de școala germană ca tipul displazic. Descrierea acestui din urmă își găsește însă motivarea în endocrinologie.

Tipul displazic întrunește mai multe subgrupuri între care s'ar putea numi: eunuchoidismul, masculinismele, adipozitatea poliglandulară și infantilismul sau ipoplazie. Toate acestea fiind destul de cunoscute nu vom insista asupra lor, atragând atențiunea numai asupra adipozității poliglandulare găsită la schizofrenici și care s'ar putea confunda cu adipozitatea tipului constituțional picnic, găsită la maniaco-depresivi. Aceasta confundare însă există numai la prima vedere, deoarece caracterul adipozității la cele două tipuri constituționale: cel picnic și cel displazic este cu totul deosebit. Pe când adipozitatea picnicilor e generalizată neajungând niciodată graduri diformante, aceea a displaziilor e totdeauna localizată, (având locul de predilecție de exemplu în regiunea coapselor și regiunea ipogastrică) și formând de multe ori un contrast vădit fața de structura astenică a corpului.

În ce privește infantilismul vom cita ca notă caracteristică pe lângă acromicria și ipoplazia genitală, și disproporțiunea taliei iar în deosebi ipoplazia feței care se manifestă mai ales în partea ei mijlocie, observând aci o lipsă de profilare sau configurarea insuficientă a părților proeminente ale feței (al nasului, ale buzelor și al mentonului), care e combinată cu o prescurtare de înălțime a părții mijlocii a feței. Și aci există posibilitatea de a confunda fața ipoplastică cu fața rotundă a tipului picnic, ultima însă e totdeauna bine proporționată; făcând deci o măsurare exactă a părților diferite ale feței vom putea să excludem aceasta eroare.

În acest capitol ne am pus mai întâiu întrebarea: cum ajunge *Kretschmer* la rezultatele sale? După

ce am arătat punctul de plecare al cercetărilor sale, trebuie să expunem în câteva cuvinte metodele aplicate de el și de colaboratorii lui.

1. Ca pretutindeni în medicină se începe și aci cu o anamneză cât se poate de minuțioasă dând o deosebită importanță anamnezei familiare, copilăriei, pubertății, schimbărilor eventuale de greutatea corpului, vieții umorale, iar la femei se mai adaugă datele asupra menstruației, nașterilor sau climacteriului.

2. După aceasta se precizează tipul psihic prevalent sau cu alte cuvinte, dacă individul respectiv aparține tipului schizotimic (eventual chiar schizofrenic) sau ciclotimic (eventual chiar maniaco-depresiv). În aceasta privință ne servim de metodele obișnuite ale psihiatriei stabilind psihomotilitatea, afectivitatea, asociația de idei, memoria, orientarea etc.

3. Ne mai rămâne de precizat tipul constituțional. În aceasta privință metoda cea mai sigură e fără îndoială aceea antropometrică, pe care *Kretschmer* o completează cu calcularea indicelui autorului francez *Pignet*, servindu-i în acelaș moment ca un fel de control.

Combinând acești trei factori:

- a) anamneza detaliată
- b) tipul psihic
- c) tipul constituțional

Kretschmer a ajuns la rezultatele descrise mai înainte.

Cu aceasta ocazie aflu de necesar a spune câteva cuvinte despre indicele lui *Pignet*. Acest indice se calculează scăzând din talie suma dintre circumferența toracală și greutatea corpului, sau exprimat printr'o formulă matematică, indicele lui *Pignet* este: talia — (circumferența toracală + greutatea corpului).

Valorile obținute sunt clasificate în mai multe categorii, cari au fost create de către medicii militari francezi; categoriile acestea sunt:

foarte tare	(indice: X — 10)
tare	(« 11 — 15)
bine	(« 16 — 20)
mediocru	(« 21 — 25)
slab	(« 26 — 30)
foarte slab	(» 31 — 35)

Acest indice al lui *Pignet* are o mare valoare în medicina practică, fiind o metodă aplicabilă și de către medicul căruia nu-i stă la dispoziție instrumentariul antropometric și care cu toată simplitatea lui ne oferă rezultate prețioase.

Redăm aci ca exemplu o tabelă a autorului *Henckel* din München care ilustrează acest fapt.

Indicele constituțional al lui *Pignet* aplicat la maniaco-depresivi și schizofrenici.

	schizo- frenici ‰	maniaco- depres. ‰	tipul asten. ‰	tipul atlet. ‰	tipul picnic. ‰
foarte tare (indice: 0 - 10)	10	63	—	36	96
tare (» 11 - 15)	11	14	—	36	4
bine (» 16 - 20)	12	6	—	20	—
mediocru (» 21 - 25)	24	12	12	18	—
slab (» 26 - 30)	13	4	23	—	—
foarte slab (» 31 - 35)	9	—	30	—	—

Rezultatele date de indicele lui *Pignet* se pot rezuma în felul următor:

Indicele cel mai mic (numit de medicii militari francezi »foarte tare«) cam până la cel mijlociu îl vom găsi la picnicii și atleticii. Deosebirea între aceste două tipuri constituționale ne va reuși însă în cele mai multe cazuri și fără a proceda la o măsurare antropometrică detaliată: picnicii fiind precum se știe caracterizați prin musculatura flască, gâtul scurt, circumferența umerală redusă etc. pecând atleticii prezintă în tocmai contrariul cu musculatura lor bine dezvoltată, gâtul lung sau cel mai puțin proporțional și cu umerii lor lași.

Indicele cel mai mare până la cel mijlociu (sau categoria foarte slab până la mediocru) vor reprezenta astenicii.

În ceea ce privește al patrulea tip constituțional sau cel displazic despre care nu poate să ne lămurească indicele lui *Pignet*, îl vom putea preciza luând în considerare aspectul morfologic pe care ne prezintă mai ales fața indivizilor respectivi și examinând sângele și în deosebi funcțiunea glandelor endocrine neuitând rolul lor covârșitor pe care îl joacă atât în varietățile și anomaliile timiei cât și în adevăratele boli mintale. Pecând morfologia și antropometria

pot să ne servească ca un fel de indiciu, numai endocrinologia e menită de a ne clarifica pe deplin asupra tipului constituțional displazic. Prin această știință ni se oferă perspective tot mai vaste (ne mai vorbind de glanda tiroidă, ovare și testicule etc. în conexitatea lor cu diferite psichoze), vom aminti aci numai găsirea centrilor noi (ca de exemplu tubercineriu sau nucleul periventricular) cari după cercetările d-lui Prof. *Urechia* joacă un rol atât de important în schimburile zaharate, despre care se credea lungă vreme că ele ar fi regulate mai ales de către pancreas, deși experimentul lui *Claude* atrăgea atențiunea că trebuie să existe și centri cerebrale cu o menire analoagă.

Din toate cele spuse mai sus rezultă că clasificarea tipurilor constituționale nu conține așa de multe greutăți încât acestea să nu poată fi învinse chiar și de un medic cu puține cunoștințe în domeniul antropometriei. Am finut să subliniez acest fapt, deoarece știința despre relațiunile între timie și constituțiune a fost și este puțin discreditată de către medicul practician, pe de o parte din cauza acestor presupuse dificultăți de clasificare, iar pe de altă parte prin neclaritatea existentă în privința noțiunilor: constituție, caracter și temperament. O altă cauză din care probabil această știință n'a putut să câștige teren în medicina de toate zilele e părerea răspândită chiar și azi că ea ar fi o știință prea teoretică, având deci puțină valoare practică.

Dacă luăm însă în considerare acei trei factori susnumiți (anamneza amănunțită, tipul psihic și tipul constituțional) nu vom nega că combinarea lor logică ar fi în stare să ne permită deducerea celor mai importante concluzii asupra individului luat în totalitatea sa, concluzii cari ne pot fi de mare valoare în aprecierea justă atât a omului bolnav cât și a celui sănătos. Iar medicul conștiincios va înțelege cât de prețios e pentru el de a cunoaște conexitatea între trupul și sufletul omului bolnav care eventual îi încredințează chiar viața lui. Cât despre omul sănătos n'avem decât să cităm cuvintele d-lui Prof. *Hațieganu*: »Medicul trebuie să cunoască nu numai bolile ci și omul sănătos.«

Înainte de a descrie mai de aproape rezultatele combinației celor trei factori susnumiți vom încerca să dovedim valoarea practică pe care o poate avea

problema care se ocupă de relațiile între constituție și timie.

Ținând seamă de cadrul acestei lucrări, va trebui să ne mărginim aci la expunerea unei ramuri cu totul speciale ale medicinei care ar putea însă să dea câteva îndemnări și pentru alte domenii. În această expunere ne referim la o lucrare statistică a autorului cehoslovac Prof. Dr. *Stanislav Mentl* din Praha care a făcut cercetări respective la peste o mie de bolnavi, suferinzi de diferite boli ale inimii. Dânsul este de părere că tipul constituțional ar juca un rol destul de important în ceea ce privește afinitatea individului față de anumite cardiopatii.

1. Din cercetările sale reiese că tipul constituțional astenic prezintă relativ cele mai multe nevroze cardiace. Fapt care pare destul de simplu explicabil, luând în considerare labilitatea vieții endocrine-vegetative, precum labilitatea și ipersensibilitatea ale afectivității, găsite la astenici. Astfel nu ne va surprinde că astenicii fiind expuși la traumatisme psihice și somatice vor reacționa în general mai ușor cu turburări funcționale decât atleticii și picnicii. Știind că tipul constituțional astenic e combinat de cele mai multe ori cu tipul psihic »schizotimic«, bolnavul respectiv va arăta nu prea rareori un fel de scepticism înăscut, și acesta va influența în mod vădit idea pe care își face individul bolnav de suferința sa. Nu vom greși deci dacă în asemenea cazuri vom face lângă tratamentul obișnuit și un fel de psihoterapie care bine aplicată poate să ne dea aci dintre cele mai frumoase rezultate. Țin să subliniez că bine înțeles nu poate să fie vorba de o facere a diagnosticului bazându-ne mai mult pe constituția bolnavului decât pe metodele clasice de examinare ale inimii prin ceea ce am comite un fapt cu drept cuvânt condamnable. Știința constituțiunii, departe de a ne ușura misiunea, voiește din contra să ne conducă la o adâncire a conștiințiozității noastre medicale din care cauză ea pare de a avea o valoare deosebită pentru tinerii medici, lipsa de experiență a acestora de ani de zile putând fi compensată numai printr'o conștiințiozitate care nu se ferește de nici o oboseală.

Dacă am recunoscut prevalența relativă a nevrozelor cardiace la astenici, acest tip constituțional cuprinde (după statistica profesorului *Stanislav Mentl*)

în schimb mai puține cazuri de ipertonie și de arterioscleroză.

Căutând a da o explicație acestui fapt, am putea invoca o oarecare iperfuncțiune a glandei tiroide combinată cu iperfuncțiunea glandei suprarenale găsite la astenici.

Tot așa sifilisul al aparatului circulator ar fi în general mai restrâns ca la picnici, sifilisul astenicilor având o deosebită afinitate pentru sistemul nervos.

2. Tipul constituțional picnic arată după statistica autorului cehoslovac un număr relativ foarte redus de nevroze cardiace, reprezentând însă maximum de cazuri de ipertonie și de arterioscleroză; aceasta din urmă manifestându-se de multe ori chiar într'o vârstă destul de tânără.

Ținând seamă de acest fapt, el ar putea să ne ajute la un diagnostic precoce al arteriosclerozei, dându-ne totodată indicii asupra prognosticului.

Știm că tipul constituțional »picnic« e de cele mai multe ori combinat cu tipul psihic »ciclotimic«, caracterizat între altele prin tendința spre diferite abuzuri, ceea ce coincide destul de bine cu frecvența mare de arterioscleroză ale indivizilor acestora. O complicație nu prea rară a arteriosclerozei, găsită la picnici, ar fi diabetul. Fapt care s'ar explica înainte de toate prin formula lor endocrinică (inversă față de astenici), iar și prin tendința lor de a »trăi bine«. În ceea ce privește însă raritatea relativă a nevrozelor cardiace la acest tip, ea ne va fi un indiciu de a ne servi de toate posibilitățile pentru a descoperi eventual o boală organică a inimii.

În sfârșit vom mai cita pe angina pectorală care pe lângă bolile organice ale inimii, foarte frecvente la acest tip, își recrutează un număr relativ mare de tributari din domeniul picnicilor.

3. Dacă deja la tipul picnic se găsesc relativ mai puține nevroze cardiace, numărul lor devine și mai restrâns la tipul athletic, el reprezentând în schimb un număr mare de angine pectorale și ipertonii. Bolile organice ale inimii a tipului acestuia ar fi rare, tot așa ipertireozele, ridicându-se însă numărul proporțional al sifilisului, arătând aci o afinitate vădită pentru aparatul circulator. Mai adăugăm că la acest grup se găsește o predominanță ipofizară.

4. Tipul displazic, având în general o limită de vârstă mai restrânsă decât celelalte tipuri consti-

tuționale, găsim aci reprezentate mai ales nevrozele și bolile organice ale inimii, complicate de multe ori cu diferitele disfuncțiuni ale glandelor endocrine. Concluzia cercetărilor statistice susnumite ar fi că afinitatea și rezistența constituțiunii față de diferitele boli ale aparatului circulator e reglementată de aceleași legi generale pe cari le urmează tipurile constituționale în conexitatea lor cu tipurile ale timiei. Diagnosticul constituțional ne permite, precum am amintit deja, concluzii importante asupra personalității bolnavului și prin aceasta o apreciere justă a reactivității sale față de procese patologice, clarificându-ne totodată asupra atitudinii sale pe care o posedă cu privință la boala sa și la prescripțiile noastre terapeutice. Avantajul oferit de această știință rezultă mai ales din deosebirea între tipul psihic schizotimic și cel ciclotimic.

Bolnavul schizotimic cu tendința sa spre reflecțiuni și scepticism trebuie totdeauna tratat și din punct de vedere psihic, căutând a-i reda echilibrul sufletesc. În cele mai multe cazuri el va urma prescripțiile medicale în modul cel mai exact, natura lui fiind înzestrată cu o anumită moderație și disciplină. El nu prezintă în general abuzurile obișnuite într-o măsură mai mare, ferindu-se dela sine de mese copioase etc. Numai ajuns odată la pierderea completă a echilibrului psihic, poate să devină adevăratul sclav al unei timii excesive.

Învers e comportarea tipului ciclotimic, acesta neglijând de multe ori simptomele subiective ale suferinței sale, până când ele nu-l împiedică aproape pe deplin de a-și duce mai departe traiul lui obișnuit. Nu prea rareori el nu vine la medic, decât solicitat sau chiar forțat de familia lui. Având în general o rezistență fizică și psihică mai mare decât schizotimicul, în deosebi cea din urmă nu-i va permite de a-și face prea multe gânduri despre boala sa. Bagatelizarea simptomelor subiective îl conduce de a nu lua prea strict în seamă prescripțiile medicului, fiind astfel foarte greu de a-l îndemna la un trai regulat, la o dietă și la o oarecare abstenență.

Combinăția între constituția somatică și timia bolnavului ne ușurează întru câtva și concepția despre terapia ipotonei, ferindu-ne de erori de diagnostic și de terapie greșită, ținând seamă de exemplu de vagotonia constituțională a astenicilor și a

atleticilor pe care a descris-o între alții în mod clasic autorul francez *Lian*. În afară de aceasta, coaparea cu problema susnumită poate să fie de valoare în cazuri de ipertonie esențială, la a cărei tratament vom lua în considerare înainte de toate crizele ale sistemului endocrino-vegetativ și cele ale afectivității. Dacă am subliniat în mai multe rânduri necesitatea absolută a unei examinări exacte ale inimii, nu vom putea nega că cu toate acestea există cazuri de insuficiențe funcționale pe deplin compensate la cari se aplică digitală numai din cauza că nu se ține seamă de constituția respectivă a bolnavului. Există însă destule cazuri la astenici în cari s'ar putea ajunge la rezultate satisfăcătoare fără administrarea digitalei și făcând o psihoterapie sistematică a bolnavului schizotimic.

Terminând acest capitol vom mai menționa că autorul cehoslovac arată în mai multe rânduri conexitatea existentă între tipul ciclotimic și tipul constituțional picnic pe de o parte, precum conexitatea între tipul psihic schizotimic și tipul constituțional astenic, athletic și displazic pe de altă parte. Dânsul subliniază că relația aceasta e atât de constantă, încât poate să fie recunoscută chiar ca o lege biologică. Cercetările sale având loc într'un cadru deosebit de cele ale lui *Kretschmer*, ne par tocmai din această cauză o confirmare foarte prețioasă a examinărilor autorului german.

Revenind asupra celor trei factori de care se servește în deosebi știința care se ocupă cu relațiile între constituție și timie vom repeta aci că aceștia au fost: a) anamneza detaliată și specifică, b) determinarea tipului constituțional și c) determinarea tipului psihic. Combinația logică a acestor trei factori ne conduce la deslegarea personalității totale ale unui individ sau cu alte cuvinte, totalitatea individului se constituie din: 1. diferitele elemente cari se reoglîndesc în anamneza sa, 2. din tipul lui constituțional și 3. din tipul lui psihic.

Dacă în toate cele spuse până acum am încercat de a arăta între altele modul cum se determină tipul constituțional (citând metoda antropometrică, fotografică, inspecția simplă și indicele lui *Pignet*) căutând totodată de a da a înțelege însemnătatea și justificarea pe care o are această clasificare, ne rămâne de a ne ocupa și mai de aproape de tipu-

rile psihice și de metodele aplicate pentru a le determina. Am spus deja mai înainte că ne servim în acest scop de metodele de examinare ale psihiatriei. Trebuie să subliniăm aci încă odată că toată clasificarea a timiei se bazează pe psihiatrie, servindu-ne ca fundament cele două grupuri mari de boli mintale cari sunt: demența precoce și psychoza maniaco-depresivă. Numai cercetând acestea din urmă cari reprezintă manifestațiuni patologice dintre cele mai importante ale minții bolnave vom putea să judecăm cu drept cuvânt dacă clasificarea în cele două tipuri psihice (cel schizotimic și cel ciclotimic) sunt pe deplin motivate. Ocuparea pe de aproape cu tipurile psihice se impune în afară de aceasta și din cauza că clasificarea în două grupuri apare la primul aspect prea simplă și schematizată.

Demența precoce e o psychoză generalizată care progresează repede spre demență, prezentând din punct de vedere psihologic o însemnată diminuare a afectivității și o turburare însemnată în asociația de idei. Apare spre pubertate când intră în joc glandele sexuale. În afară de denumirea »demența precoce«, fiind cea clasică, se mai întrebuițează denumirea de »psychoza discordantă« și de »schizofrenie«. Autorii cari au propus acest nume (ca de exemplu *Chaslin* și *Bleuler*) subliniază lipsa de paralelism între diferitele simptome psihice (afectivitatea, voința, memoria, orientarea, calculul mintal etc.), *Bleuler* insistând și asupra disociației diferitelor funcțiuni psihice cari constituiesc caracterul fundamental al demenței precoce. După autorul francez *Régis* schizofrenia n'ar fi altceva decât o confuzie mintală cronică, ea cuprinzând deci și acest mare grup al afecțiunilor mintale.

După dl Prof. *C. I. Urechia* găsim la schizofrenie în faza prepsichotică un caracter schizoid compus din autism, iritabilitate, pedantism și un fel de a se purta asocial. Ei au caracter când brutal și incisiv, când ironic și rezervat. Către pubertate aceste caractere se exagerează.

Caracterul schizoid constituie puntea de trecere pe de o parte spre caracterul schizotimic normal sau aproape normal, iar pe de altă parte spre caracterul schizofrenic sau mai bine spus spre schizofrenia propriu zisă, deci spre o adevărată boală mintală. Descriind deci acest tip vom regăsi aci toate

caracterele ale schizotimiei în mod exagerat, precum și cele ale schizofreniei în mod atenuat.

După *Claude*, cum citează dl Prof. *Urechia*, bolnavii cu caracterul schizoid trec în urma unui complex afectiv sau a unui agent toxiinfecțios sau alt agent ce ne scapă, la o stare de schizomanie în care individul încetează de a se adapta mediului ambiant. În această perioadă predomină un autism însemnat și o integritate a funcțiunilor intelectuale; mai departe bolnavii ajung la adevărata schizofrenie.

În ce privește caracterul schizoid *Kretschmer* deosebește 3 grupe:

1. Indivizi antisociale, retrași, placizi, fără spirit.
2. Indivizi timizi, bănuitori, sensibili, nervoși, iubitori de natură și de cărți.

3. Indivizi curagioși, bravi, constanți, încăpăținați.

Grupul întâiu posedă deci în deosebi ceea ce *Bleuler* îl numește autism. Grupul al doilea prezintă ipersensibilitatea caracteristică, iar al treilea din contra o oarecare iposensibilitate.

Temperamentele schizoide sunt deci situate între cele două poluri ale afectivității, caracterizate prin iper- și iposensibilitate. Astfel s'ar putea constitui din materialul schizoid un șir neîntrerupt de indivizi care începând cu naturele ipersensibile și extrem de vulnerabile din punct de vedere psihic (așa zise ființe cari consistă numai »din nervi«) și care s'ar termina cu reprezentanții demenței precoce înaintate, aceștia din urmă trăind aproape exclusiv într'un singur colț al unei camere, neluând parte la ceea ce se petrece în jurul lor, rămân reci și impatibili, astfel că viața lor devine comparabilă cu cea a animalelor. Totuș această împetriere catatonică poate să fie încă întreruptă prin izbucnirea unei afectivități foarte exprimate așa încât există cazuri de schizofrenie la care nu se poate zice cu absolută siguranță, dacă partea cea mai mare a catatoniei se datorește adevăratei demențe sau numai unui anumit spasm al afectivității.

Proporția în care se combină elementele anestezice cu cele iperestezice găsite la individul schizoid constituie așa zisa »proporția lui psihestetică«. Această proporție psihestetică nerămânând toată viața aceeaș, progresează luând în general punctul de plecare dela polul iperestetic și va continua direcția spre polul anestezic. Resonanța alopsichică

dispare din ce în ce mai mult, astfel că în sfârșit vom găsi numai rezonanța autopsichică. Prin acest fapt se înțelege ușor, că individul schizoid ajunge la o încredere în sine atât de exagerată și respingătoare. În ceea ce privește purtarea lui socială, aceasta e dictată de autism. Acest autism îl îndeamnă de a căuta singurătatea, fie în natura liberă, fie într'o cameră cât se poate de liniștită, încercând astfel în mod instinctiv de a ocroti iperestezia lui.

Autismul întâlnit și la ipoestezici e cu totul altceva, fiind o simplă urmare a lipsei de afectivitate. Schizoidul ipoestezic se retrage din mediul ambiant din cauza că acesta nu-i oferă nimic ce ar putea să-l intereseze. Uneori însă individul schizoid poate să prezinte o oarecare sociabilitate, aceasta limitându-se pe un anumit cerc. În cele mai multe cazuri însă el va arăta o purtare absolut antisocială, care poate să se manifeste în mod ofensiv sau numai defensiv. În ultimul caz el va arăta o nesiguranță și aceasta putându-se reflecta și asupra individului străin (cu care el stă prima dată de vorbă), individul schizoid va face impresia de a avea un caracter enigmatic. Mulți dintre schizoizi fiind descriși de către mediul lor ambiant ca blânzi și binevoitori vom ține seamă că această blândețe se compune dintr'o anumită lipsă de afectivitate și dintr'o cedare față de alți indivizi, pentru a evita conflictele. Caracterul schizoid manifestându-se la astfel de indivizi de multe ori deja în copilăria lor, ne va arăta așa numiții copii »de model«, ascultători până la plicteală și atât de flexibili din punct de vedere psihic, încât această ultimă însușire e comparabilă cu unul dintre cele mai importante simptome ale catatoniei care e flexibilitatea ceroasă.

În ceea ce privește psihomotilitatea știm că la schizofrenici ea e caracterizată printr'o inhibiție care se intercalează între iritațiunea psihică și reacția psihică și pe care școala germană a descris-o sub termenul de »Sperrung«. Acest fenomen îl regăsim și la caracterul schizoid bine înțeles într'o măsură mai mică.

Am vorbit deja despre afectivitatea schizoizilor, ea fiind deosebită de aceea a indivizilor normali și am remarcat între altele o oarecare nesiguranță sau chiar timiditate pe care o prezintă schizoizii. Am putea să mai adăugăm că la schizoizi se găsesc o

mulțime de variațiuni ale afectivității lor propriu zise. Astfel rigiditatea afectivității a schizoizilor se manifestă câteodată ca pedantism, îngâmfare, formalism sau un mod solemn de a se purta, altă dată însă ca o nestatornicie excesivă. În afară de aceasta, mimica schizoizilor e caracterizată prin rigiditate.

Cercetând mai pe de aproape familia schizoizilor vom găsi cazuri de adevărată schizofrenie sau de psychoze asemănătoare.

Terminând descrierea caracterului schizoid vom mai aminti că din examinarea lui psihologică rezultă între altele reactivitatea mai exprimată față de forme, pe când aceea față de culori e mai redusă. Mai important ni-se pare însă faptul că indivizii schizoizi prezintă la examinarea lor psihologică, o deosebită facultate de disociație (*»Spaltungsfähigkeit«*) în privința diferitelor funcțiuni psihice, care, și dacă n'ar fi existat o psychoză cu numele de schizofrenie, ne-ar permite de a numi astfel de indivizi *»schizoizi«*.

Inchipuindu-ne un fel de atenuare a tuturor caracterelor ale indivizilor schizoizi ajungem la grupul schizotimicilor fiind deci de prisos a-i face descrierea.

A doua boală mintală pe care se bazează explicarea și tot odată înțelegerea tipului psihic ciclotimic e, precum am amintit deja, psychoza maniaco-depresivă sau psychoza periodică. Ea este o psychoză generalizată, compusă din accese de manie, melancolie sau simplă depresiune care alternează sau se succed unele pe altele tot timpul vieții sau cea mai mare parte din viață.

Concepțiunea veche a lui *Kraepelin* neagă existența maniei și melancoliei propriu zise, susținând că există numai o psychoză maniaco-depresivă constituită din faze de manie și din faze de melancolie sau de depresiune simplă. *Kraepelin* a revenit însă în urmă asupra acestei teorii recunoscând că există cazuri de manie și melancolie cari nu recidivează.

Cu toate acestea numai psychoza periodică poate să ne servească de bază pentru expunerea tipului psihic ciclotimic, întocmai de oarece ea conține atât mania cât și melancolia. Luând în considerare cele spuse referitor la tipul schizotimic și cel schizoid vom găsi și aci ca un fel de paralelism un caracter cicloïd care formează pe de o parte puntea de trecere spre ciclotimia (o individualitate psihică

normală sau aproape normală), iar pe de altă parte spre psychoza periodică (deci spre o adevărată boală mintală).

Descriind prin urmare caracterul cicloid vom putea să înțelegem ușor și cel cicloimic (menționat în afară de aceasta mai înainte), închipuindu-ne iarăși o atenuare a tuturor fenomenelor însemnate ale caracterului cicloid, care constituie pe de altă parte o fază prepsichotică.

Temperamentul caracterului cicloid ne permite după *Kretschmer* împărțirea lui în trei grupuri:

1. Indivizi sociali, înimoși, prietenoși.
2. Indivizi veseli, vii, umoristici.
3. Indivizi liniștiți, sensibili, depresivi.

Dacă din materialul schizoid am constituit un șir neîntrerupt de indivizi care începând cu indivizii ipersensibili se întindea până la reprezentanții dementei precoce, am putea să facem ceva analog și cu materialul cicloid. Am începe șirul acesta cu indivizii ipomaniaci și l-am termina cu indivizii depresivi. Toți indivizii șirului acestuia vor reprezenta ca semn caracteristic comun o oarecare francheță care contrastează în mod evident cu rezerva exagerată a schizoizilor. Temperamentul caracterului cicloid e »cald« pe când cel a schizoidului e »rece«. Francheța, căldura și o anumită amabilitate sunt cele mai importante însușiri comune ale caracterului cicloid. Un alt fenomen caracteristic al individului cicloid, la care predomină componentul depresiv, este că el poate să se bucure mai mult, tot așa însă să se întristeze mai intensiv decât omul normal. În afară de aceasta individul cicloid cu temperament depresiv, ajuns într'o situație displăcută, nu va reacționa cu nervozitate, cu ciudă chiar cu mânie, precum ar reacționa eventual individul normal și mai exagerat cel schizoid, ci se va întrista. Prin aceasta se înțelege deja cât de ușor se va petrece la individul cicloid schimbarea dintre veselie în tristețe și invers.

Din toate cele spuse până acum rezultă că purtarea socială a cicloizilor va fi chiar contrară aceleia găsită la schizoizi. Individul cicloid simte chiar nevoie de a căuta societatea pentru a încredința cuiva plăcerile și neplăcerile lui. În afară de aceasta posedând facultatea de a se adapta mediului înconjurător și având predispoziția de a se bucura de

toate plăcerile vieții, el nu va arăta exclusivitatea a individului schizoid în cece privește alegerea unei societăți.

O altă trăsătură caracteristică a indivizilor cicloizi e lipsa lor de consecvență, neputându-se familiariza cu un anumit sistem sau cu o anumită schemă. Cu aceasta însușire se poate pune în legătură raritatea cu care se găsesc deliruri sistematizate la maniaco-depresivi. Dacă la individul cicloid prevalează temperamentul ipomaniac el poate să fie de o putere lucrativă extraordinară, ipomania fiind însă înlocuită de componentul depresiv el va prezenta o complectă lipsă de inițiativă. În sfârșit vom mai aminti înclinarea indivizilor cicloizi, cu componenta depresivă mai exprimată, spre religiozitate.

În ceea ce privește timpul în care decurg reacțiunile psihice vom putea zice că el e prescurtat la ipomaniaci, amintind fuga de idei găsită la mania propriu zisă. Tot așa diminuarea de tenacitate pe care ne arată temperamentul ipomaniac, ne face să ne gândim la mania care prezintă o lipsă complectă a acestei facultăți psihice.

Deficitul de consecvență a ipomaniacului se poate constata și la indivizi cicloizi cu prevalența temperamentului depresiv, reacțiunile psihice decurgând aci însă mai încet. Cât despre psihomotilitatea indivizilor acestora ea nu prezintă nici în aceste cazuri fenomenele de inhibiție (Sperrung) atât de caracteristice pentru grupul schizoid.

Mimica și mișcările cicloizilor exprimând când bucurie când tristețe în mod exagerat, sunt totuș aproape normale sau mai bine zis firești nearătând rigiditatea sau nenaturaleța indivizilor schizoizi.

În sfârșit vom mai adauga că experimentele psihologice au dovedit că individul cicloid reacționează mai mult fața de culori (ca fața de forme) iar facultatea lui de disociație e cu mult mai puțin exprimată ca la individul schizoid. Luând în considerare că mulți dintre marii genii au avut un caracter schizoid sau cicloid, am putea să ne explicăm faptul că lucrările unora dintre ei par dictate de metodele analizei, pe când capodoperele altora stau sub predominența metodelor de sinteză și vom înțelege ușor că caracterul schizoid va conduce individul respectiv la analiză iar caracterul cicloid la sinteză.

Psihologia experimentală, care ne arată și ea deosebirea între cele două caractere psihice (cel schizoid și cel cicloid) ne dovedește totodată relațiunea ce există între tipul psihic ciclotimic și constituția picnică pe de o parte și între tipul psihic schizotimic și constituția astenică, atletică și displazică pe de altă parte.

Acest paralelism a fost subliniat de mai mulți autori cari au aplicat metodele psihologiei experimentale și în deosebi de către *van der Horst*. Ne pare destul de interesant că acest autor, luând ca punctul de plecare al cercetărilor sale tipurile constituționale și nu cele psihice sau psychozele respective, (cum l-a făcut de exemplu *Kretschmer*), a ajuns la rezultate absolut identice cu acele ale autorului german.

Luând în sfârșit în considerare examinările autorului cehoslovac *Stanislav Mentl* cari s'au făcut într'un cadru iarăș cu totul deosebit de cele două sus numite, plecând în parte de alte presupuneri și obținând și el concluzii identice nu vom putea nega că concluziile lui *Kretschmer* despre relațiile între constituție somatică și individualitatea psihică par pe deplin motivate. Iar dacă aceste rezultate ne au părut la primul lor aspect prea schematizate suntem de părere că ocuparea mai de aproape cu problema pe care am tratat-o aci, ne-a arătat necesitatea unei schematizări pe un teren atât de vast care fără acest sistem ne pare deocamdată cu totul lipsit de orientare. Bine înțeles (și acest fapt subliniază *Kretschmer* însuși în mai multe rânduri) nimeni nu va nega existența tipurilor mixte, natura fiind atât de bogată în ce privește creațiunile ei, încât de sigur vom găsi combinațiuni de ale tipurilor constituționale și de ale tipurilor psihice dintre cele mai variate. Cu toate acestea vom putea să găsim prevalența unei singure componente atât referitor la individualitatea somatică cât și la cea psihică, iar relația între aceste două va prezenta în general o constanță destul de evidentă.

Cât despre însemnătatea practică acestei probleme care se ocupă cu relațiunile dintre constituție și timie, vom mai adăuga la cele spuse mai înainte, că ea ne permite și concluzii asupra prognosticului și evoluției bolilor mintale, arătându-ne că de exemplu evoluția maniilor și melancoliilor fiind cu atât

mai gravă cu cât bolnavii respectivi prezintă mai multe trăsături ale tipului constituțional astenic, (heterogen acestui tip psihic). Iar în ceea ce privește prognosticul demenței precoce el se va manifesta cu atât mai benign cu cât bolnavii respectivi vor arăta mai multe stigmatе ale tipului constituțional picnic, pecând cu privire la evoluția acestei boli mintale se poate zice că ea va avea un caracter mai mult remitent uneori chiar periodic.

Interesant e însăfârșit faptul că schizofrenicii aparținând tipului constituțional displazic, prezintă dintre cele mai grave cazuri de demență mai ales dacă bolnavii respectivi fac parte din subgrupul de așa zise »adiposități poliglandulare« pe când subgrupul de »infantilism« arată tendința spre o evoluție mai benignă.

Aplicarea indicelui lui Pignet

Calculând indicele lui *Pignet* la o sută de indivizi ciclotimici și schizotimici (al căror caracter l-am stabilit prin aplicarea cunoscutelor metode ale psihologiei experimentale, examinând senzibilitatea lor față de culori și forme, facultatea lor de disociație prin metoda *Enke* și tendința lor mai mică sau mai mare spre perseverație prin experimentul de asociație) am ajuns la rezultatul următor:

Indicele lui *Pignet* cel mic — cel mediocru: ciclotimicii 89%; schizotimicii 23%.

Indicele lui *Pignet* cel mediocru — cel mare: ciclotimicii 11%; schizotimicii 77%.

Cazuri clinice

Aplicând indicele lui *Pignet* în clinica psihiatrică, Cluj, am găsit următoarele:

1. Bolnavul B. G., etate aproximativă 56 de ani (pretinde că ar fi de 20 de ani) ocupație, după cum spune bolnavul, fost șef de birou, naționalitate română. Neagă boli infecto-contagioase din copilărie. A consumat regulat beuturi alcoolice pe când stătea acasă.

Examenul fizic: țesut celulo — adipos diminuat. Mucoase și tegumente palide. Aparatul circulator, respirator etc. nimic important. Reflexele puțin diminuate.

Indicele lui Pignet calculat la acest bolnav este:

$$\cdot \text{ talia} \quad \text{circ. tor.} \quad \text{greutatea} \\ 164 \quad - \quad (77 \quad + \quad 54) = 33$$

Făcând prin urmare parte din categoria foarte slab.

Examenul psihic: bolnavul șede liniștit pe un scaun cu capul aplecat înainte. Afectivitatea lui e mult diminuată, fiind absolut desinteresat de cele ce se petrec în jurul lui. Intrebat, dacă se simte mulțumit, zice că i place în locul unde se găsește, căci nu are aci nici un dușman. Orientarea în timp lipsește. Orientarea în spațiu e prezentă, știind că se află în clinică psihiatrică. Memoria de fixație lipsește aproape cu totul. Calculul cu cifre mici și mari se face greșit. Asociația de idei se produce foarte încet și în mod incoherent. Mimica e nepăsătoare, câteodată însă surâde fără motiv. Conștiința boalei lipsește complect. Voința la fel, bolnavul nerătănd nici o urmă de inițiativă și executând totul ce i-se cere în mod docil. Atențiunea spontană e mult scăzută, cea provocată există în parte. Delir: pretinde că Dumnezeu i-ar fi fost șeful pe când lucra la birou. Există flexibilitatea ceroasă.

Concluzia ar fi că bolnavul B. G. aparține cadrului bolilor schizofrenice.

Comparând aceasta constatare cu indicele lui Pignet, găsit la acest bolnav, relație între constituția și timia lui e destul de evidentă, existând coincidența tipului constituțional astenic cu tipul psihic schizofrenic sau mai bine zis a schizofreniei propriu zise.

Aplicarea indicelui lui Pignet ne pare mult preferabilă metodei optice, deoarece (neglijând de exemplu talia bolnavului) nu vom obține prin ultima metodă un diagnostic absolut precis, confundând prea ușor slăbirea accidentală și trecătoare a unui individ cu tipul constituțional astenic. În afară de aceasta vom ține seama de faptul că cifrele nu ne înșeală atât de ușor ca măsurarea optică.

2. Bolnava Z. M., având etate de vreo 26 de ani, căsătorită.

Înzistând am putut să culeg următoarele date: părinții bolnavei au murit, tatăl de o boală de inimă iar mama în urma unui avort. Bolnava a avut mai mulți frați, dintre cari unul s'a sinucis ca tânăr.

Intrebată, dacă ea a fost bolnavă în copilărie, spune că ar fi avut pojar. Menstruația a început cu 13 ani și a fost totdeauna regulată. Pe când era fata tânără a fost bolnavă și a fost internată la un spital. După aceea însă s'ar fi liniștit, ar fi venit acasă, măritându-se ceva mai târziu. În Iunie a. c. a născut un copil. Intrebată de ce boală a suferit dânsa înainte de a veni aci, imi spune că n'a putut să doarmă.

Examenul fizic: țesut celulo-adipos păstrat. Mamelele turgescente dau secreție lactată. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexele etc. nu arată nimic important.

Indicele lui Pignet, calculat la aceasta bolnavă este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talia} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 153 & - & (74 & + & 45) = 34 \end{array}$$

făcând prin urmare parte din categoria: foarte slab.

Examenul psihic: bolnava e anxioasă. Spontan nu vorbește de loc. Răspunzurile le refuză de mai multe ori. Inzistând se poate însă obține răspunsuri. Afectivitatea e mult diminuată. Nu se interesează de cele ce se petrec în jurul ei. Intrebată ce-i face copilul, zice că nu-îi pasă. Intrebată dacă n-ar dori să-l vadă, zice nu. Asociația de idei se face încet și de cele mai multe ori în mod incoherent. Memoria de fixație e slăbită. Orientarea în timp și spațiu lasă de dorit. Mimica exprimă anxietate. Exe-cutează ceia ce i se spune. Flexibilitatea ceroasă nu se poate constata. Calculul cu cifre mici și mari nu se poate examina, deoarece bolnava refuză de a răspunde, zicând numai că nu știe. Atențiune spontană scăzută. Cea provocată există, dar trebuie să inzistăm. Bolnava pare lipsită de voință. Ea pare a avea halucinații vorbind despre o femeie pe care o vede plângând.

Luând în considerare anxietatea, memoria slăbită și desorientarea bolnavei, am putea spune că ea suferă de o boală mintală care aparține cadrului confuziilor mintale sau exprimat mai precis al psihozelor de lactație.

Acest caz neaparținând prin urmare nici schizofreniei propriu zise nici psychozei maniaco — depressive, am ținut să l descriu, deoarece la bolnava respectivă se găsește o legătură destul de vădită între tipul constituțional astenic (conform indicelui lui Pignet) și tipul psihic pe care îl prezintă, ară-

tând un oarecare negativism o lipsă de afectivitate foarte exprimată, fiind lipsită chiar de sentimentul cel mai natural al unei mame față de copilul ei, deasemenea o atenție spontană mult scăzută căutând parcă de a se retrage în sine însăși: ne amintește prin urmare caracterele tipului psihic schizoid. Ținând seamă în sfârșit de părerea autorului francez Régis, după care confuzia mintală, dacă tinde la cronicitate, ar fi o boală analoagă cu demența precoce, relația constantă și specifică care există între constituție și timie ne pare în acest caz destul de clară. Pentru caracterul schizoid al bolnavei mai pledează faptul, că un frate de al ei s'a sinucis ca om tânăr fiind foarte probabil existența unei predispoziții schizoide în familia bolnavei.

3. Bolnava Ț. M., 29 de ani, suferind tot de psihoză de lactație. Menstruația acestei bolnave a început cu 12 ani, avea un decurs regulat dar era foarte abundentă. Datele familiare nu prezintă nimic de importanță. Cu toate că decursul boalei acestei bolnave a evoluat în mai multe puseuri și chiar cu agitații, starea ei actuală seamănă în mai multe privințe cu aceea a bolnavei precedente. Opune rezistență la examenul fizic.

Indicele lui Pignet, calculat la aceasta bolnavă este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talia} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 148 & - & (70 & + & 72) = 36 \end{array}$$

Bolnava nu vorbește spontan iar la întrebări foarte cu greu. Lăsată în voie se duce la ușă. Fiind recondusă însă la locul ei obișnuit rămâne aci fără a mai căuta să plece, ba chiar într'o atitudine ne-mișcată ca și cum ar sta pe gânduri.

4. Bolnavul B. M., etate 18 ani, necăsătorit, econom. Părinții și frații bolnavului trăesc și sunt sănătoși. Neagă preexistența bolilor mintale în familia lui. El este al treilea copil. A urmat școala 8 ani fiind un elev bun. Nu-și amintește de ar fi avut vre-o boală infecto-contagioasă sau alte boli. Dela mama bolnavului află însă că acum 2 ani a suferit de o gripă cari ar fi fost urmată de o reconvalență mai lungă (mama nu știe să indice câtă vreme a jînut reconvalența). Încă înaintea gripei, părinții lui ar fi observat, că bolnavul vorbește câteodată fără legătură, devenind totodată foarte vesel, făcând

glume, fluierând și cântând. După câțva timp însă liniștindu-se devenea din contra foarte liniștit și chiar trist, plângând în sfârșit de multe ori fără motiv.

Cercetând bolnavul internat la clinică se pot constata următoarele:

Examenul fizic: țesut subcutanat bine păstrat. În regiunea frontală prezintă o cicatrice, ca urmare (cum spune dânsul) unei loviri cu o piatră. Examenul aparatului circ., resp. etc. nu prezintă nimic important. Reflexele sunt puțin exagerate.

Indicele lui Pignet calculat la acest bolnav este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talia} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 168 & - & (90 & + & 73) = 5 \end{array}$$

Examenul psihic: bolnavul arată deocamdată o oarecare agitație psihestetică. Îi place să vorbească și vorbind prezintă fuga de idei. Mimica lui exprimă optimism și mulțumire. Atenția spontană și provocată sunt exagerate. Orientarea în timp și spațiu e bună. Asociația o face, cu toate că există fuga de idei, aproape corect. Afectivitatea e păstrată, la fel memoria de fixație. Calculul cu cifre mari și mici se face destul de bine. Conștiința boalei n'are.

Concluzia ar fi că bolnavul B. M. aparține cadrului psihozelor periodice.

Luând în considerare că bolnavul nu arată nici un semn de displazie și având indicele lui Pignet »cel mic« precum boala mintală susamintită, el va prezenta o coincidență destul de netă în ceea ce privește constituția și timia lui.

5. Bolnavul F. J., 30 ani, student. Tatăl lui e sănătos și spune că mama bolnavului ar fi suferit de »nervi«, iar dintre cei 4 copii pe cari îi mai are, o fată ar fi murit după ce a suferit de o stare de complectă »abatere sufletească«, iar un frate al bolnavului a suferit de o psihoză postgripală cu recidive.

Examenul fizic: țesutul subcutanat nu pare diminuat. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexele etc. nimic deosebit.

Indicele lui Pignet calculat la acest bolnav este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talia} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 177 & - & (80 & + & 72) = 22 \end{array}$$

aparținând deci categoriei mediocru.

Examenul psihic: bolnavul pare liniștit, indiferent, privind fix peretele și declară că se simte sănătos. Afectivitatea alterată; se poate constata chiar o purtare antisocială, care rezultă din cuvintele bolnavului spunând, că deși își iubește părinții, totuși îi urește de moarte, fapt pe care el însuș nu-l poate explica. Răspunde tardiv la întrebări, câteodată repetă de mai multe ori întrebările. Memoria de fixație e alterată. Memoria de evocație diminuată. Asociația de idei se produce încet și în mod incoherent. Orientare în timp nu există. Orientare în spațiu lasă de dorit. Atenția spontană și provocată sunt mult diminuate.

El suferă prin urmare de o boală mintală care aparține cadrului schizofreniilor.

6. Bolnavul F. Z., de 20 ani, student. Părinții bolnavului sunt sănătoși, are 2 frați dintre cari unul suferă de accese de epilepsie. Bolnavul s'a născut la termen. În prima copilărie a avut scarlatină. La vârstă de 3 ani, pneumonie și pleurezie. N'a avut nici o dată boli venerice. Nu fumează și nu abuzează de beuturi. În anul 1933 a început boala actuală cu o stare de agitație.

Examenul fizic: țesut celulo-adipos prin aparență destul de bine păstrat. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexele etc. nimic deosebit.

Indicele lui Pignet calculat la acest bolnav este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talie} & - & \text{circ. tor.} & + & \text{greutatea} \\ 171 & - & (77 & + & 64) = 30 \end{array}$$

aparținând prin urmare categoriei »slab«.

Examenul psihic: bolnavul e anxios. Din timp în timp se agită, e violent și sbiară. După câteva ore se liniștește. Mimica lui prezintă bizarerii. El se plânge că nu poate dormi noaptea. Orientarea, asociația de idei, memoria etc. ca în cazul precedent. Are o adevărată ură față de mama sa.

Bolnavul F. Z. prezintă prin urmare o boală mintală din domeniul schizofreniilor, sau exprimat mai precis, o demență precece în primul stadiu a ei.

7. Bolnavul T. I., de 29 de ani, necăsătorit, student. Bunicul bolnavului a murit de deliriu tremens. Părinții și fratele lui trăesc și sunt sănătoși. Bolnavul

a suferit în vârstă de 10 ani un traumatism cranian. Boala actuală a debutat cu un acces maniaco.

Examenul fizic: țesutul celulo-adipos bine păstrat. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexele etc. nimic important.

Indicele lui Pignet calculat la acest bolnav este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talie} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 168 & - & (87 & + & 80) = 1 \end{array}$$

făcând prin urmare parte din categoria »foarte tare«.

Examenul psihic: bolnavul face impresia de a fi trist. Întrebându-l dacă-l doare ceva, zice că are dureri sufletești. În afară de aceasta se plânge de nedreptatea ce ar exista în această lume, spunând totodată că el are foarte multe păcate. Zice în sfârșit că dorește să se jertfească pentru familia lui, ca Dumnezeu să ierte păcatele tuturor acelor pe cari îi iubeste dânsul (bolnavul). Orientarea în spațiu e bună, cea în timp e alterată. Memoria de fixație e bună, deasemenea asociația de idei. Afectivitatea e păstrată. Memoria retrogradă puțin alterată. Cunoștința boalei nu o are.

Bolnavul T. I. se poate clasifica prin urmare în cadrul bolilor mintale cronice depresive, sau dacă se va repeta accesul maniaco dela debut el va aparține cadrului psychozei periodice.

8. Bolnavul L. H., etate 32 de ani, necăsătorit, fost funcționar. Mama a murit în urma unei hemiplegii, tatăl și cei doi frați ai bolnavului trăesc și sunt sănătoși. Bolnavul s'a născut la termen. N'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă sau venerică. Era un copil blând și un elev bun. N'a abuzat de alcool sau nicotină. Boala actuală a debutat înainte cu 8 ani, pe când își făcea stagiul militar. Bolnavul a spart geamul și a rupt hainele de pe el.

Examenul fizic: țesutul subcutanat pare destul de bine dezvoltat. Se poate constata o ușoară scolioză dorsală cu concavitate la stângă. Cu toate acestea examenul aparatului circulator, respirator etc. nu prezintă nimic important. Reflexele sunt normale.

Indicele lui Pignet calculat la acest bolnav este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talie} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 173 & - & (83 & + & 68) = 21 \end{array}$$

Examenul psihic: bolnavul e liniștit, prezintă stereotipii, flexibilitate ceroasă, orientare alterată, afectivitate foarte mult diminuată. Calculul cu cifre mici și mari se face greșit. Conștiința boalei nu o are.

Bolnavul L. H. suferă prin urmare de o boală mintală, care face parte din domeniul bolilor schizofrenice.

9. Bolnava G. E., de 44 de ani, căsătorită. În familia ei n'a suferit nimeni de boli mintale. Are 6 frați cari trăesc și sunt sănătoși. Bolnava s'a născut la termen. Menstruația a avut-o prima dată la 18 ani. A fost totdeauna regulată. N'a avut boli infecto-contagioase, venerice sau de altă natură, în afară de boala actuală. Are 2 copii născuți la termen și n'a făcut nici un avort. În anul 1928 a suferit de o stare depresivă. Apoi s'a restabilit. 1933 s'a imbolnăvit din nou.

Examenul fizic: țesutul celulo-adipos bine dezvoltat. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexele etc. nimic important.

Indicile lui Pignet calculat la aceasta bolnavă este:

$$\begin{array}{rcc} \text{tală} & \text{circ. tor.} & \text{greutatea} \\ 159 & - (89 + 70) & = 0 \end{array}$$

Examenul psihic: bolnava când plânge, când flueră. În tot timpul însă nu vrea să vorbească, așa că am fost nevoit de a culege toate datele din foaia de observație unde au fost înregistrate după spusele rudeniilor bolnavei. Solicitând-o pe bolnava de a face anumite mișcări, de a se juca etc. o face numai decât.

Luând în considerare recidivarea boalei, manifestându-se când prin stări depresive, când prin maniacale, se poate zice că bolnava G. E. suferă de psihoză maniaco-depresivă.

10. Bolnava B. M., de 35 de ani, căsătorită. Antecedentele heredo-colaterale nu conțin nimic de importanță. Se neagă prezența bolilor neuro-mintale în familia bolnavei. Bolnava s'a născut la termen. Ca copilă avea o fire sensibilă. N'a suferit de boli infecto-contagioase, venerice s'au de altă natură. Menstruația a început la 14 ani și avea totdeauna un decurs regulat. Copii n'a avut. Căsătorindu-se avea de multe ori certe cu bărbatul ei. O săptămână după o asemenea ceartă vorbirea i a devenit deo-

dată incoherentă: vorbea neincetat fără legătură și striga din când în când.

Examenul fizic: țesut celulo-adipos relativ păstrat. Examenul aparatului circulator, respirator etc. nimic deosebit. Reflexele exagerate.

Indicele lui Pignet calculat la aceasta bolnavă este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talie} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 152 & - & (72 & + & 46) = 34 \end{array}$$

Examenul psihic: agitație psihomotorică exprimată. Vorbele dimprejur îi atrag atenție într'o măsură exagerată, agitându-o și mai mult. Logoree și fuga de idei. Cuvintele fără legătură.

Bolnava B. M. suferă prin urmare de manie acută.

Am ținut să descriu acest caz, deoarece mi se pare destul de interesant, că indicele lui Pignet fiind mare ne permite dela început excluderea unei psichoze periodice, confirmându-ne prin urmare faptul că numai maniile și melancoliile cronice sau psihoza periodică propriu zisă ne va arăta indicele lui Pignet cel mic fiind specific pentru aceste boli. Indicele mai sus calculat (mare) îl vom regăsi ori de câte ori avem de a face cu o manie acută.

Tot așa e cazul bolnavei următoare:

11. Bolnava N. B. L., de 26 de ani și suferind de manie acută cu halucinații vizuale.

Indicele lui Pignet calculat la această bolnavă este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talie} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 151 & - & (72 & + & 44) = 35 \end{array}$$

12. Bolnavul B. I., de 25 de ani, necăsătorit. Antecedentele heredo-colaterale, luate dela aparținătorii lui nu prezintă ceva de remarcat. Antecedentele personale: copilăria s'a dezvoltat normal. În vârsta de 1 an suferea de pertusă. Era totdeauna un copil amabil și vesel. Boli venerice etc. n'a avut niciodată. Boala actuală a debutat cu insomnie. Într'o noapte s'a aruncat din fereastra locuinței, iar aceasta nefiind înaltă, nu s'a rănit grav.

Examenul fizic: țesut celulo-adipos păstrat. Sistemul muscular proporționat; sistemul osos intact, în afară de o mică chifoză dorsală.

Indicele lui Pignet calculat la acest bolnav este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talia} & & \text{circ. tor.} & + & \text{greutatea} \\ 165 & - & (85 & + & 62) = 18 \end{array}$$

Examenul psihic: bolnavul pare liniștit. Răspunde binișor la întrebări. Orientarea e bună. Asociația de idei o face destul de bine, deși cu urme de fuga de idei. Memoria de fixație nu e alterată. Voința și atențiunea sunt păstrate. Afectivitatea la fel: își iubește foarte mult părinții, cum zice. Mimica lui exprimă mulțumire. După un oarecare timp devine mai neliniștit, prezentând chiar o ușoară agitație psihomotorică și începând să vorbească mult și fără legătura. Aceasta stare descrisă mai sus se găsește la dânsul de mult timp, fără să fie supusă la modificări mai importante.

13. Bolnava J. E., de 33 de ani, divorțată.

Examenul fizic: țesut celulo-adipos păstrat. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexele etc. nimic deosebit.

Indicele lui Pignet calculat la aceasta bolnavă este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talia} & & \text{circ. tor.} & + & \text{greutatea} \\ 159 & - & (78 & + & 58) = 23 \end{array}$$

Examenul psihic: bolnava tăcută, dă câteodată răspunsuri copilărești și zâmbește fără motiv. Orientarea în timp și spațiu e relativ păstrată. Calculul mintal e slab. Memoria de fixație în parte păstrată. Memoria retrogradă lipsește. Bolnava prezintă bizerii și stereotipii. Are halucinații auditive, spunând că aude un clopoțel.

Bolnava J. E. prezintă o boală care aparține cadrului schizofreniilor.

14. Bolnava T. E., de 26 de ani, necăsătorită, casnică. Părinții sunt sănătoși, neagă prezența bolilor neuro-mintale în familie. Bolnava s'a născut înainte de termen, la 7 luni. A început să umble după 2 ani. În copilărie n'a suferit de boli infecto-contagioase. Menstruația a început la vârsta de 16 ani. Decursul a fost neregulat; menstruația lipsește deocamdată de 3 luni. Boala actuală a început acum 3 ani, debutând cu simptome de »abatere sufletească«. Ceva mai târziu bolnava a devenit timidă, apoi agresivă.

Examenul fizic: țesut celulo-adipos păstrat. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexele etc. nimic important.

Indicele lui Pignet calculat la aceasta bolnavă este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talie} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 162 & - & (70 & + & 72) = 20 \end{array}$$

Examenul psihic: bolnava e foarte anxioasă. De multe ori nu răspunde la întrebări. Când vorbește însă își mișcă capul lateral, prezentând deci ticuri. Atenția e mult diminuată. Incolo cam acelaș tablou ca la bolnava precedentă, numai că aci lipsesc halucinațiile auditive.

Bolnava T. E. prezintă prin urmare o boală mintală care se poate clasifica în cadrul bolilor schizofrenice.

15. Bolnava M. R., de 19 ani, necăsătorită, muncitoare la o fabrică de lână. Părinții bolnavei sunt sănătoși. Mai au 4 copii dintre cari o fată suferă de aceeași boală ca bolnava susnumită. Bolnava s'a născut la termen. N'a avut boli infecto-contagioase sau de altă natură. Menstruată la 15 ani, menstruația n'a fost prea regulată. Boala actuală datează de peste 10 săptămâni. A debutat prin dureri de cap și insomnie. Afară de aceasta bolnava începuse să vorbească mult și fără legătură, strigând câteodată că vede oameni morți cari se apropie de ea.

Examenul fizic: țesutul celulo-adipos pare ușor slăbit. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexele etc. nimic deosebit.

Indicele lui Pignet calculat la aceasta bolnavă este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talie} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 148 & - & (79 & + & 53) = 16 \end{array}$$

Examenul psihic: deocamdată bolnava nu vorbește spontan. Întrebată de ce suferă, zice că nu poate să doarmă. Memoria de evocație pare a fi păstrată. Orientarea în loc la fel păstrată. Orientarea în timp slăbită. Conștiința boalei nu prea o are. Răspunde de multe ori că ea nu știe, fiindcă e mică.

Cazul bolnavei M. R. având la început un acces maniacal, care cu timpul s'a transformat în tabloul unei depresii, aparține prin urmare bolilor mintale din domeniul psihozelor periodice.

16. Bolnava K. R., de 58 de ani, nemăritată, casnică. Mama bolnavei a fost alienată, ajungând în această stare în timpul unei sarcine. Incolo antecedentele heredo-colaterale nu conțin nimic important. Bolnava s'a născut la 7 luni și a fost o copilă slabă și o elevă foarte bună. Menstruația s'a instalat târziu și a fost neregulată (n'am putut să obțin date mai precise în această privință). În vârsta de 28 de ani a început să sufere de »abatere sufletească«. Boala s'a continuat, fiind întreruptă de faze de agitație. Acum de 10 ani a devenit negativistă.

Examenul fizic: țesut celulo-adipos ipertrofiat. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexele etc. nimic important.

Indicele lui Pignet calculat la aceasta bolnavă este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talie} & - & \text{circ. tor.} & + & \text{greutatea} \\ 154 & - & (92 & + & 62) = 0 \end{array}$$

Examenul psihic: memoria de fixație și evocație lipsește complet. Orientarea în timp și spațiu nu există. Atențiunea spontană nu o prezintă. Cea provocată există într'o măsură foarte redusă. Bolnava se neglijează și prezintă enureză nocturnă. E o femeie cu expresie stupidă și mimică aproape rigidă care numai rareori se schimbă printr'un surâs fără motiv.

Concluzia ar fi că bolnava K. R. prezintă o demență destul de exprimată, care instalându-se la vârsta de 48 de ani (lipsind orice boală venerică) și luând în considerare începutul insidios precum simptomele, s'ar putea încadra în domeniul schizofreniilor. Cu toate acestea se observă numai decât că evoluția bolii e atipică, progresul demenței fiind întrerupt de faze de agitație. Deasemenea atipic ne pare la primul aspect indicele lui Pignet care e foarte mic, deși avem de a face cu o boală mintală schizofrenică. Faptul acesta ni-se explică însă numai decât, dacă ne amintim următoarele din anamneză: Mama bolnavei a devenit alienată în timpul unei sarcine. Prima menstruație a bolnavei s'a instalat târziu și a fost neregulată. Deasemenea ne vom aminti că bolnava prezintă un țesut celulo-adipos ipertrofiat, tegumente palide și prin aparență groase. La aceasta se mai adaugă acromicria și în deosebi ipoplazia feței care se manifestă mai ales în partea ei mijlocie, observând aci o lipsă de profilare sau configurarea insuficientă a părților proeminente ale feței (al na-

sului, ale buzelor și al mentonului) care e combinată cu o prescurtare de înălțime a părții mijlocii a feței. Nu vom greși prin urmare dacă repartizăm bolnava susnumită în grupul tipurilor constituționale displazice. Cauza acestei displazii e foarte probabil datorită unei disfuncțiuni poliglandulare, având de a face în cazul acesta cu așa zisa adipositate poliglandulară.

Am ținut să descriu acest caz, pentru a arăta că tipul constituțional displazic e acela la care am putea să comitem o eroare, confundându-l, conform inidcelui lui Pignet cu cel picnic, eroare care însă ne pare foarte ușor evitabilă, ținând seama de aspectul morfologic atât de caracteristic al tipurilor displazice și între care unul din semnele cele mai bătaătoare la ochi e disproporția morfologică, pe care o remarcăm la prima vedere

17. Bolnavul O. G., de 21 de ani, necăsătorit. Antecedentele heredo-colaterale (luate dela fratele bolnavului): tatăl mort de o boală mintală, a cărei natură nu se știe. Mama trăiește și e sănătoasă. În total sunt 2 frați, dintre cari unul e sănătos. Până la izbucnirea boalei actuale, bolnavul n'ar fi suferit de nici o boală infecto-contagioasă, venerică sau de altă natură. Boală actuală ar fi debutat prin faptul că bolnavul a devenit trist, sau chiar melancolic. După un timp oarecare însă ar fi început să vorbească foarte mult și fără legătură.

Examenul fizic: țesut celulo-adipos normal dezvoltat. Examenul aparatului circulator, respirator, reflexe etc. nimic deosebit.

Indicele lui Pignet calculat la acest bolnav este:

$$\begin{array}{rcccl} \text{talia} & & \text{circ. tor.} & & \text{greutatea} \\ 161 & -- & (.85 & + & 69) = 7 \end{array}$$

Examenul psihic: bolnavul se prezintă deocamdată liniștit, dar foarte atent la toate ce se petrec în jurul lui. Mimica lui e mobilă. Orientarea nu e prea bună. Memoria de fixație e păstrată, memoria de evocație deasemenea. Asociație de idei e bună. Afectivitatea e păstrată: bolnavul spune că își iubește foarte mult pe fratele său. Vorbirea e uneori corectă, alte ori se observă urme de fuga de idei. Prezintă un delir mistic: zice că e alesul lui Dumnezeu.

Bolnavul O. G. suferă prin urmare de o boală mintală, pe care se poate înregistra în cadrul psihozelor periodice.

Coroborând rezultatele obținute prin aplicarea indicelui lui *Pignet* la cazurile clinice psihiatrice cari prezintă bolile mintale, menționate în teza de față, cu rezultatele obținute la indivizi ciclotimici și schizotimici (indicate mai sus), am putea spune că indicele lui *Pignet* ne pare în general o metodă eficace pentru a ne lămuri asupra constituțiunii unui individ. Mai ales tânărul medic cu puțină experiență nu va fi totdeauna în stare să-și dea seama de tipul constituțional al bolnavului, aplicând numai metoda optică, deoarece un individ care aparține tipului picnic, nu trebuie să se prezinte totdeauna sub aspectul unui »om gras«, iar un individ care face parte din tipul astenicilor nu trebuie să aibă calitățile clasice ale »omului slab«. Dacă tipurile constituționale ale unui individ ar fi atât de ușor apreciable prin inspecție, atunci nici medicii militari francezi nu-și ar fi însușit metoda lui *Pignet* pentru clasificarea materialului lor de cercetat. Iar în ce privește tipul displazic, vom putea evita orice greșeală, ținând seama de multiplele mijloace cari ne stau la dispoziție pentru a determina acest tip constituțional (găsindu-se în afară de aceasta la un număr mai redus de indivizi) și care au fost pe scurt indicate mai înainte.

Ceea ce ne pare însă mai important e faptul, că prin combinarea calculării indicelui lui *Pignet* cu examinarea psihică ni se dovedesc relațiile constante, cari există între constituție și timie într'un mod destul de evident.

CONCLUZII

1. Există două tipuri psihice normale sau aproape normale: cel ciclotimic și cel schizotimic.
2. Există deasemenea exagerări ale acestor două tipuri: cel cicloid și cel schizoid, cari constituiesc »fazele prepsichotice« ale Psychozei maniaco-depresive și ale Demenței precoce.
3. Între cele două tipuri psihice și între tipurile constituționale găsim o afinitate care e constantă, și anume: afinitatea între tipul psihic ciclotimic (cel cicloid și maniaco-depresiv) și tipul constituțional picnic pe de o parte, iar între tipul psihic schizotimic (cel schizoid și schizofrenic) și tipul constituțional athletic, astenic și displazic pe de altă parte.
4. Afinitatea aceasta constantă se manifestă prin relațiunile multiple între constituție și timie.
5. Cunoștința acestor relațiuni oferindu-ne avantaje din punct de vedere a diagnosticului, a prognosticului și chiar a terapiei poate să fie aplicată în domeniul medicinei practice de toate zilele.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei,

(ss) Prof. Dr. C. I. Urechia

Decanul facultății de medicină,

(ss) Prof. Dr. D. Michail

MEMORANDUM

TO : SAC, [Illegible]

FROM : [Illegible]

SUBJECT: [Illegible]

[Illegible text block]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

[Illegible text]

Bibliografie

- Mac Auliffe*: Les origines de la morphologie humaine, Bulletin de la société d'étude des formes humaines 1925
- Julius Bauer*: Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten, Berlin
- Dr. C. I. Urechia și Dr. S. Mihalescu*: Tratat de Patologie Neuro-Mintală, Editura Lepage, Cluj 1924
- Hațieganu-Goia*: Tratat elementar de Semiologie și Patologie medicală, Vol. I, Cluj, Tipografia «Cartea Românească» 1934
- Rhoden-Gründler*: Ueber Körperbau und Psychose, 1926
- Martin*: Anthropometrie, Münchner Medizinische Wochenschrift, 1922
- Tandler-Groß*: Die biologischen Grundlagen der sekundären Geschlechtskrankheiten, Berlin
- E Kretschmer*: Körperbau und Charakter, Berlin 1936
- Rehm*: Das manisch-melancholische Irresein, Berlin
- Hertz T.*: Pharmakodynamische Untersuchungen an Konstitutionstypen, Zeitschrift f. d. ges. Neurologie- und Psychiatrie, 1931
- C. Lian et Blondel*: L'hypotension artérielle permanente d'allure idiopatique
- Prof. Dr. Stanislav Mentl*: Der Wert des konstitutionellen Gesichtspunktes für die Diagnostik und Therapie der Herzkrankheiten, Praha 1936
- S. Mentl*: Etiologie a terapie srdecnich neuros, XVII. kongres jugosláv, lékaru Běléhřad 1935
- S. Mentl*: Kliniky obraz a terapie vegetativnich neuros, Spisske lék, dny, 1935
-