

**UNIVERSITATEA DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

No. 385.

# **Rolul sifilisului hereditar in distrofiile și atrofiile primei copilării**



**TEZĂ**

**PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE**  
**PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE**  
**MARTIE 1928.**

**DE**

**NICOARA A. GAVRIL**

**1 9 2 8**

**„HELIKON” INSTITUT DE ARTE GRAFICE**  
**CLUJ, STR. BARON L. POP 10**

# Rolul sifilisului hereditar in distrofiile și atrofiile primei copilării



**TEZĂ**

**PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE  
MARTIE 1928.**

**DE**

**NICOARA A. GAVRIL**

56662  
1928

**UNIVERSITATEA DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

---

Decan : D-nul Prof. Dr. *Botez M. A.*

**Profesorii :**

Patologia generală și experimentală	Prof. Dr. <i>Botez M.</i>
Istologie și embriologie umană	„ <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	„ „ <i>Gane T.</i>
„ ginecologică și obstetricală	„ „ <i>Grigoriu Cr.</i>
Istoria medicinei	„ „ <i>Gulart I.</i>
Clinica medicală	„ „ <i>Hațiegan I.</i>
„ chirurgicală	„ „ <i>Iacobovici I.</i>
Medicină operatoare	„ „ <i>Ma tinescu Gh.</i>
Farmacologie și farmacognozie	„ „ <i>M chail D.</i>
Clinica oftalmologică	„ „ <i>Minea I.</i>
„ neurologică	„ „ <i>Minovici N.</i>
Medicină legală	„ „ <i>Moldovan I.</i>
Igienă și igienă socială	„ „ <i>Negru D.</i>
Radiologia medicală	„ „ <i>Nișescu I. I.</i>
Fiziologia umană	„ „ <i>Pamfil Gh.</i>
Farmacia chimică și galenică	„ „ <i>Papilian V.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ <i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ <i>Tătaru C.</i>
Clinica stomatologică (supl.)	„ „ <i>Thomas P.</i>
Clinica dermato-venerică	„ „ <i>Urechia C.</i>
Chimia biologică	„ „ <i>Vasilii T.</i>
Clinica psihiatrică	
Anatomia patologică	

**Juriul de promoțiane :**

Președinte : D-nul Prof. Dr. *Ganț T.*

Membri : { D-I Prof. Dr. *Tătaru C.*  
                  • • • *Nișescu I.*  
                  • • • *Vasilii T.*  
                  • • • *Moldovan I.*

Supl. D-I Docent Dr. *Axente Ianca*

Părinților mei



Aduc mulțumirile mele  
Dlui Prof. Dr. T. Gane  
pentru sprijinul D-sale  
și onoarea ce-mi face,  
primind a-mi prezida  
— aceasta lucrare. —



## Introducere

*Sosit la ultima datorie a vieții de student, prin prezenta lucrare țin să-mi-o îndeplinesc.*

*Expun în prezenta lucrare, cazurile observate în Clinica Infanțilă a D-lui Prof. T. Gane și la Centrul pentru Ocrotirea copiilor Cluj, de sub direcțiunea D-lui Docent A. Iancu. Și deoarece nici numărul de cazuri nu e așa de mare, pe care eu le-am observat și nici cercetări proprii, cari să-mi permită să spun o părere proprie în aceasta chestiune, n'am putut să fac, voi expune părerea diferiților autori români și străini în ceea ce privește chestiunea turb. de nutriție produse de sifilis, la copil de prima vrastă și rolul pe care-l are aceasta maladie în producerea lor.*

*Și atunci, când prin aceasta lucrare, inchei viața de școală medicală, pentru a intra în alta: La aceasta răspântie a vieții, î-mi amintesc cu drag de foștii mei profesori. Le sunt și voi fi adân recunoscător, pentru că m'au inițiat în aceasta știință a medicinei. Voi merge de acum singur mai departe pe aceasta cale, păstrând cu drag în suflet amintirea Domnieilor — Lor.*

*Mulțumiri juriului meu.*

*Aduc mulțumiri D-lui Docent A. Iancu, pentru îndrumările D-Sale, precum și pentru bunăvoința cu care mi-a pus la dispoziție materialul de studii și observații.*

*Colegilor și prietinelor — membrilor Soc. stud. „Junimea Săt-măreană,” — ca fost președinte al societ. în ultimii ani de studii, — le doresc prosperare — asigurându-i, că amintirea lor o voi păstra cu plăcere.*

## Eutrofia

Starea de nutriție, fiziologică, a copilului se numește eutrofie. Ea presupune o dezvoltare, greutate și lungime a corpului corespunzătoare anumitor norme, turgor și tonus muscular bun. Un turgor bun, presupune o dezvoltare uniformă, peste tot corpul a țesutului celulo-a dipos, in toate segmentele lui, cu o densitate și elasticitate, tensiune anumită.

Un copil eutrofic trebuie să aibă nașterea la termen, să fie de constituție normală acestea presupun părinți sănătoși și nu prea bătrâni. O alimentație potrivită vrăstei, întotdeauna maternă. Alimentația să nu fie nici supra nici sub media recer'uă de trebuințele normale a copilului. — Copilul trebuie să fie într'un mediu igienic-curat, ferit de infecții, cu mult soare și aer, luminos. L'ngerie îngrijită etc.

Criteriul în stabilirea stărilor de nutriție, este indicat în primul rând de creșterea copilului, care se face în lungime și greutate.

La naștere un copil normal cântărește 3000 gr. Greutatea lui scade apoi în primele trei zile de după naștere cam cu 150—200 gr. din cauza, că elimină mai mult, decât ingerează. Necondiționat însă copilul eutrofic v'a avea greutatea dela naștere în ziua a zecea sau cel mult în ziua a 15-a.

Iar dela ziua a 10-a copilul v'a crește zilnic, așa că după schema lui Nobecourt copilul la 4 luni i și v'a dubla greutatea dela naștere (6000 gr), la un an v'a fi de trei ori atâta cât a fost la naștere (9000 gr.) la 2 ani i-și va quadrupla greutatea de'a naștere (12 Kg.), cu acestea date se poate calcula aproximativ greutatea copilului la diferite epoci. Așa greutatea unui copil

la 4 luni v'a fi  $3000/4$  gr =  $750/30$  pe lună 25 gr. la zi  
 4-8 " " "  $2000/4$  " =  $500/30$  " " 16 " " "  
 8-12 " " "  $1000/4$  " =  $250/30$  " " 9 " " "

Vedem deci că după aceasta formulă creșterea in greutate e mai mare în primele patru luni de 750 gr. la lună, 25 gr. la zi. Diminuă la 16 gr. pe zi, dela luna 4 la a opta pentru că să crească numai cu 8 gr. la zi dela luna a opta, până la un an.

O altă formulă in rebusințată, pentru a ne convinge de creșterea normală a copilului, este formula lui *Finckelstein*, această ne dă greutatea minimă. Calculul se face că așa înmulțim numărul lunilor, in primele trei luni, cu greutatea de creștere lunară care este de 600 gr. iar după 3 luni-până la un an, cu 500 gr. și-i adăugăm ca și la precedentă, greutatea dela naștere.

In privința taliei noul — născut la termen are lungimea corpului de 50 cm. In primul an va crește 20 cm. in al doilea an 10 cm. Așa că la 2 ani lungimea corpului e 80 cm.

Al doilea factor in constatarea stării de nutriție a copilului este: „Starea tegumentelor — pielei și mucoaselor — și 2 turgorului, adică a stă ii țesutului celulo-odipos subcutanat. Pielea să fie de culoare roza care nu, sau abia se poate increți. Turgorul, il constatăm căutând tesuturile moi când avem o senzație de moale



elastic. (turgor pozitiv). El, presupune o anumită tensiune și densitate a țesutului celulo-odipos subcutanat. Turgorul este chemat să compenseze intru câtva debilitatea cauzată de necalcificarea oaselor.

Al treilea factor, ne este dat de: S'area scheletului și a organelor de locomotiune, mușchii și de starea fontanelor.

Capul copilului este mai mare în raport cu toracele și restul corpului, în cea ce privește perimetrul lor. Osificarea nu e completă. În mod normal la naștere fontanela anterioară, este deschisă. Aceasta se închide la 14—15 luni. Perimetrul capului la naștere este de 35 cm. Toracele la naștere are perimetrul mai mic, decât cea a capului, perimetrul lui este de 30 cm. La sfârșitul primului an perimetrul lor este egal, iar la 1½ an circumferința toracelui este mai mare (45 cm.) decât cea a capului (40 cm.)

Copilul normal la trei luni poate ridica capul, la 5—6 luni șade și stă în picioare sprigini: de subsuori la 7—9 luni, la 1, un an și jumătate umbă singur în picioare. La 5—6 luni apar primii dinți, la 30 luni, vom avea toți dinții (20) de lapte.

În cea ce privește psihicul în luna 3—4 își recunoaște mama. La un an începe să vorbească, vorbește bine la trei ani. IV. Afectivitatea copilului. Un copil eutrofic este întotdeauna bine dispus, doarme și nu plânge.

### Distrofiile și atrofiile

Stările de nutriție opuse acestor cerințe a stării eutrofice, sunt stări morbide, stări patologice, cari pot varia în grad și gravitate. Ele poartă diferite numiri, după diferiți autori.

În veacul al XVI-lea aceste stări patologice erau numite „atrofii infantile“ sau „emaciere infantilă“. Până la *Parrot*, numirea acceptată de toți era, cea de „atrofie“. El introduce numirea de atrepsie, pentru stările de denutriție.

*Marfan*, după starea țes. adipos subcutanat, deosebește trei grade a turburării de nutriție, la copii până la 4 luni.

Primul grad, este o *hipotrepsie* ușoară când paniculul adipos e redus numai, la abdomen și trunchi, cu pond sub normal.

Al doilea grad, este hipotrepsie serioasă, când paniculul dispare în anumite părți mai ales la abdomen și trunchi, e conservat încă la membre și față.

Al treilea grad, este atrepsia lui *Parrot*, când paniculul dispare complet și copilul prezintă un facies special, foar e caracteristic. Fața, fruntea încrețită, față suptă, șanțul năso genian mai profund. Maxilarul superior și pometele proeminente, mentonul ascuțit, buzele subțiate, în ansamblu fața are un aspect triunghiular. În întregime fața este încrețită, ca a unui bătrân, reproducând, faciesul „*Voltairian*“. În rest toracele slab dezvoltat, se văd toate coastele. Membrele numai piele și oase. Pielea ros-violacee, alb-surie-murdară.

Abdomenul balonat, în contrast cu restul corpului, pielea deasupra este subțiată-flască, dacă n'avem meteorism.

*Mouriquand*, acceptă aceasta clasificare alui *Marfan*, menține însă numirea de cașexie pentru denutrițiile de natură tuberculoasă.

*Nobecourt*, privește starea de nutriție, ca un sindrom clinic, care este caracterizat prin stagnarea în creș-

tere a copilului; atât în greutate cât și în lungime, și aceasta stagnare este acompaniată de o formă avansată de denutriție. Acest sindrom el îl numește cașexie, iar în primele luni a vieții, atrepsie. Sindromul de turburări nutritive mai ușoare, îl numește hipotrofie.

*Variot* numește atrofie infantilă, forma mai ușoară de turburări denutritive și hipotrofie, stările de denutriție, cari obvin după vârsta de 2 ani.

*Lesage* numește atrofie, sau athrepsie, stările grave de denutriție.

*Leo Langstein* folosește numirea de atrofie, pentru formele grave și cea de hipotrofii, pentru formele ușoare.

*Finkelstein și L. F. Meyer* mai nou, atribuesc numirea de distrofie, stărilor mai ușoare, iar pentru cele mai grave folosesc numirea de, decompoziție.

*Finkelstein*, împarte distrofiile în: distrofii simple, sau hidrostabile curba de creștere se menține în platou cu o creștere ponderală foarte mică. A doua grupă, distrofia hidrolabililor (cu scăderea mare — rapidă, și consumpție progresivă.)

*Wiederhoffer*, ca și școala clasică franceză, împarte turburările de nutriție după leziunile anatomo-patologice și simptome clinice, urmând că apoi să stabilim intru cât se poate, momentul etiologic. El deosebește dispepsii, gastro enterite și atrofii.

Noi întrebuițăm numirea de distrofii, pentru stările de denutriție. O stare patologică, contrară eutrofiei. Ea rezultă, pe urmă turburării echilibrului nutritiv, a proceselor de asimilare și desasimilare. Iar numirea de atrofie pentru stările de distrofie gravă cu mers progresiv, cu o denutriție mai profundă, cu autofagie. Ea

este analoagă cu turb. de nutriție de gradul al III-lea alui *Marfan* sau atrepsia lui *Parrot*.

Distrofiile ca și atrofiile pot avea cauze etiologice diferite. Intre aceste cauze etiologice se numără și sifilisul hereditar.

## Impărțirea distrofiilor

Distrofiile și atrofiile, după autorii germani se pot împărți luând în considerare momentul etiologic a producerii lor, în distrofii și atrofii constituționale, alimentare, datorite infecțiunilor, lipsei de îngrijire și mediului nepotrivit.

### 1. Distrofii constituționale

#### *E constitutione*

Sunt datorite unei dezvoltări, constituții inferioare celei normale, în urma unor cauze din timpul concepției. Constituția copilului fiind suma posibilităților de dezvoltare în cadrele anumitor limite permise încă din timpul procreerii (*Langstein*).

Influențele nocive vor acționa mai ușor, cu consecințe mai grave asupra acestor copii, decât asupra celor de constituție normală.

*Lederer* deosebește următoarele categorii de distrofii constituționale.

#### *Distrofii determinate de:*

- a) Un deficit de albumină în organismul copilului.
- b) Diferite forme de eczemă la copii mici, cu toate că ei sunt f. bine îngrijiți.

- c) Eritrodermia descuamativă.
- d) Diateza exudativă, sindrom descris de Czerny.
- e) Nevropatii.
- f) vătășituri nervoase,
- g) r. chitismul,
- h) spa mofii ie.

Readucerea la starea fiziologică normată a acestor copii e foarte anevoioasă.

## 2. Distrofii produse în urma lipsei de îngrijire și datorite mediului necorespunzător

Starea de nutriție și dezvoltare a copilului va putea fi înflințată, de mediul înconjurător și de îngrijirea ce i-se acce. Când nu va fi îngrijit în de ajuns, când nu va avea camee, pa potrivit care să-i asigure comodi ale aer, lumină, curățenie, li-iște el a sucri. Inflința mediului și îngrijiri asupra dezvoltării copilului de prima viață a fost relevată de *Parrot* și *Marfan* mai înainte, iar mai nou de *Leo Langstein*.

## 3. Distrofii alimentare

### *Ex alimentatiōne*

Alimentația încă este un factor important și frecvent de distrofii. Ea va produce turburări în dezvoltarea copilului atunci, când rația alimentară nu va corespunde vrătei copilului din punct de vedere cantitativ sau calitativ. *Leo Langstein* afirmă, că alimentația optimă pentru copil atât normal, cât și distrofic este, cea minimală, atât cât îi este necesar pentruca să se mențină și să se desvolte, pentrucă dându-i alimente în plus prin surplusul de muncă se uzează subst. celulară

a organismului. Finkelstein din contră e pentru cea maxima'ă. In cea-ce privește calitatea, nu va corespunde calitativ alimentația, care nu conține substanțele necesare menținerii și dezvoltării copilului, sub raportul calitativ și cantitativ pe care-l conține laptele, de mamă. Aceasta in cea ce privește copilul de sân, sugaciul. Mai târziu a'imentația va trebui să conțină materiile plastice, calorice necesare vrăstei copilului.

#### 4. Distrofiile datorite infecțiilor sau diferitelor imbolnăviri. Ex infecțione sau e morbo după Leo Langstein

Toate boalele infecțioase acute sau cronice, pot să dea naștere la turburări de nutriție la copil, mai ales, că rezistența și inumitatea lui sunt reduse. Poate să dea turburări de nutriție gripa, mai ales in colectivități de copii, unde ea poate deveni endemică, tot așa tusa convulsivă, rinofaringetele recidivante, piodermiile primare sau secundare, tbc. sau sifilisul, in deosebii cel hereditar, etc.

Eu mă voi limita in aceasta lucrare la distrofiile datorite sifilisului hereditar și rolul ce-l are in producerea, acestor stări patologice numite distrofii și faza mai inaintată a lor in atrofii.

### Distrofia heredosifilitică

Sifilisul este o cauză foarte frecventă a distrofiilor și atrofiilor. *Lesage* in urma constatărilor făcute la spitalul Herold din Paris, spune că sifilisul este o cauză frecventă de debilitate și atrofie, *Barbier* cifrează la 50 % distrofiile și atrofiile produse de sifilis. *A. Lesage*

și *Mlle Kuoriansky*, studiază cazurile de debilitate congenitală — atrofiile, cari apar în primele luni după naștere și spun că în urma sifilisului hereditar copilul se v'a naște debil, cu greutatea subnormală, nu v'a crește. Alte ori se naște normal, dar peste câțva timp, câteva săptămâni, se oprește în creștere.

Copilul heredo sifilitic moștenește un organism cu leziuni, mai mult sau puțin localizate, sau difuze. Sifilisul este o boală care acționează profund, și pe lungă durată, asupra organismului. În primul timp al vieții nutriția copilului este foarte activă, din cauza creșterii copilului. Procesele de asimilare și desasimilare sunt foarte intense. Prin leziunile ce le produce sifilisul împiedică mersul normal a schimbului nutritiv. Se produce un dezechilibru în desavantajul asimilării a cărei consecință v'a fi denutriția de un grad mai mult sau puțin înaintat. Copilul va întârzia în creștere, va stagna, sau va regresa sub pondul și talia normală.

Va deveni un distrofic sau atrofic.

Un distrofic sau atrofic sifilitic pe lângă simptomele generale a distrofiilor și atrofiilor mai prezintă și alte simptome caracteristice, care au fost descrise de *Marfan-Hutinel* ca semne de certitudine și probabilitate, cari asociate au valoarea semnelor de certitudine în diagnosticarea sifilisului hereditar.

Dintre aceste semne voi aminti câteva, cari obvin mai des și precoce. Așa: pemfigusul palmo plantar, coriza precoce, cronică, rebelă la tratament, splină mare, perceptibilă la palpate, asociată de un ficat mare.

Aceste trei semne există de multeori la naștere, sau apar în primele săptămâni, ale vieții.

Foarte des avem sifilide maculoase, papuloase —

papuloerozive, acompaniate de fisuri a buzelor p'eoapelor și narinelor. Tot așa e un semn important: pseudo paralizia sau boala lui Parrot. Se poate presenta și tumefacția testiculară cu hidrocel dur, indolar, unilateral și ireductibil, sau ulcerul gemos al ombilicului. — Craniu natiuorm și frunte olimpică, triada Hutschinsohn, deformațiuni nasele. Exostoze, pericostite. Sunt foarte importante antecedentele hereditare și personale, melena noilor născuți, anorexia, vărsături habituale, malformațiuni congenitale, debilitate congenitală, rachitism, craniotabes, aspect ogival a vâului palatin, veget. adenoide, dilataări venoase, anemii, micropolii-adenopatia, hipertrofia tymusului, convulsii inexplicabile prin alte cauze, encefalopatii, strabism convergent etc.

### Observații

Băiatul N. I. 7 luni și jumătate gr. cat. *Anteced. hereditare* unicul copil. Părinții tineri, sănătoși neagă tbc. sifilis și avorturi.

*Anteced. heredoconcept.* Nimic de remarcat. Sarcina a decurs în mod normal. Nașterea spontană.

*Anteced. personale.* Copilul născut la termen fără inconveniente. Alimentat exclusiv de mamă din 3 în 3 oare, după supusele ei. Nu știe cât a fost greutatea la naștere.

#### *Istoricul boalei.*

Imediat după naștere copilul s'a îmbolnăvit, având scaune numeroase frecvente și vărsături atonice post-alimentare, are colici abdominale și slăbește din ce în ce, continuu, copilul plânge foarte mult.

#### *Starea prezentă.*

Copilul e f. slab dezvoltat, în raport cu vrâsta. La



naștere a fost distul de bine dezvoltat, iar de atunci s'ăbeș'e mereu. Turzorul dispărut (negativ). Tegumen-tele uscate pa'ide surii. Ganglionii din regiunea occipi-tală, cervicală axilară și inghina'ă măriți de volum, mobili și pa'pabili.

*Capul*, fontanelele închise, cea mare deschisă pen-tru 3 laturi de degete, este ușor deprimată. Craniotabes stg. alopecie occipitală. Vene distrofice.

Greutatea la intrare în clinică la vârstă de 4<sup>1/2</sup> luni este 3080 gr., acuma 8 luni 4800 gr., lunginea 56 cm., Perim. cap. 35 cm., Perim. torac 33 cm.

*Ap. respirator.* Torace'e este turtit lateral, bazele evasate, coastele presintă mătănii costale. La auscultuație raluri de bronșită, la percuție sonoritate.

*Ap. circulator.* Nu presintă nimic patologic.

*Abdomenul* este balonat. Splina nu e mărită, pre-sintă ușoară hernie ombilicală.

*Tub. digestio.* Limba încărcată, palat ogival, faringe hiperemic, pofta de mâncare păstrată. Are vărsături și colice intestinale, copilul i-și freacă picioarele. La zi 2—3 scaune cu aspect verzui, caracter apos mucos.

*Psihic* copilul nu râde, cunoaște pe mamă-sa.

*Org. genit. ext.* Normal dezvoltate.

*Ap. urinur.* Nimic patologic. Urina la ex. de lab. presintă urme fine de albumină. Reacția Wassermann la mamă e *positivă* (partial). Urmează tratament spe-cif. *Obs. II.* Fetița B. C. de 3 luni și jumătate gr. cat. neleg. *Anteced. heredocolat.* Este al doilea copil din doi. Primul mort la vârstă de 7 ani, din cauză necunoscută. Din registrele clinice infantile reese, că a fost internat în clinică, cu diagnosticul de cretinism. Mama neagă tbc., abort. În vara anului 1926 R W, a fost, *positivă* a urmat și tratament cu Neosalvarsan.

*Antecedente heredoconcept.* Gravitatea și nașterea au de curs în mod normal.

*Antecedente personale.* Născută la termen. Alimentată - 2 săpt. la sân, apoi artificial.

*Istoricul boalei actuale.* Copila de 4 zile e neliniștită, plânge mult, are vărsături post alim. spastice. Scaune frecvente diareice-apoase. Coriză. Temperat. la intrare în clinică 37.3. Prezintă eritem fesier și ușor eritem colloidonat.

*Greutatea la intrare și clinică* 1<sup>1/2</sup> lună 4260, acuma 3<sup>1/2</sup> lună 4400. lungimea 56 cm., perim. cap. 37 cm., perim. torac. 36 cm.

*Starea pres.* Turgor redus. Tegumentele roz-palide. Ganglionii din regiunea cervicală — axilară — inghinală duri, palpabili, măriți de volum — mobili.

*Capul dolicocefal,* fontanela mare deschisă ptu 3 degete. Craniotabes. Nas în șea.

*Ap. respir. și circul.* Nu prezintă, nimic patol.

*Abdomenul* balonat, splina se palpează, ficatul nu se palpează. Presintă hernie ombilicală.

*Tubul digestiv.* Limba încărcată, faringe hiperemic. Pofta de mâncare păstrată. Copilul nu varsă, scaunele sunt apoase, frecvente.

*Ap. urogenital.* Normal. În reg. vulvei hiperemie intensă. La examen de laborator urme fine de album. fără elem renale. R. Pirquet — negativă R. Wass. pos. la mamă.

*Obs. III. P. I. 2 luni 1/2.*

*Antec. h. conc.* Reacția Wass. la mamă negat.

*Antec. personale.* Născut la termen la clinica Ginecol.

*Istoricul boalei.* E transpus dela Cl. Ginec. ca un copil fără mamă.

*Starea pres.* Tegumente de col. normală, pres. lanugo pe brațe și spate. Turgorul, ușor diminuat. Eritem fessier. Ganglionii măriți. Cap ușor dolicocefal. Fontanela deschisa ptru 3 deget. Sutura sagitală larg deschisă. Fontanela mică deschisă ptru 1 deget. Restul suturilor de asemenea nu sunt prinse. Nas in șea. Copilul are vărsături spastice.

*Ap. respirator.* La ausc. ușoare raluri de bronșită, *Ap. cardio vasc.* normale. *Cav. bucală,* hiperem.

*Abdomen.* Normal conformat. Nu e sensibil. Splina nu se palpează.

*Org. genit. și urinare.* Prezintă hidrocel la dreapta.

*Greutatea* la intrare 3300 gr., acum 3800 gr. Lungimea 51 cm., perm cap. 35 cm., perim. torac 31 cm. *Obs. IV.* Băiatul B. N. 2 luni și 1/2.

*Antec h. colat.* Părinți sănătoși, neagă avort, sifi'is, tbc. Este unicul copil.

*Antec. h. conc.* Copilul este născut la termen.

*Antec. pers.* Născut la termen, spontan. Este alimentat natural, la intervale neregulate.

*Istoricul boalei.* Vine la clinică cu mama, voind să fie primită ca doică.

*Starea pres.* Temp. 37°. Tegum. de col. roza. Turgorul diminuat. Intertrigo inguinal și axilar ganglionii inguinali, palpabili, mobili. Cap pătrat fontanela mare perceptibilă pentru 3 degete. cea mică se percepe. Suturaile nu sunt prinse bine. Venectazii epicraniene. Nas in șea. Alopecie occipitală. *Ap. respir.* Torace evazat la bază *Ap. circulator.* normal, *Abdomen.* De conf. normală. Splina nu se palpează, ficatul între limite normale.

*Tub digestiv.* Scaune apoase, de culoare verzue. Nu varsă. Apetitul păstrat. *Cav. bucală* faringe și amigdale

hiperemice. *Org. genit. ext.* sunt normal conformatate. Testicol coborât în scrot.

Greutatea la intrare 3900 gr., acuma 4700 gr., lungimea 53 cm., perim, cap.  $37\frac{1}{2}$ , p. torac 34 cm.

*Obs. V.* Băiatul F. F. de 11 luni și  $\frac{1}{2}$ .

*Antec. hereditare.* copil trimis de clinica Ginecolog, ca copil fără mamă.

*Antec. personale.* A fost născut la termen, la naștere a avut 2700 gr. A fost alimentat natural.

*Istoricul boalei.* Prezintă scaune verzi, grunzoase apoase 3—4 la zi. Are coriză.

*Starea prezentă.* Copilul slab dezvoltat în raport cu vârsta. Turgorul slab. Tegumente de col. palidă galbue, anemice. Ganglionii din reg. cervicală și ing. sunt ușor măriți, palpabili. *Capul*, fontane'a mare e deschisă pentru 2 degete. Presintă ușor craniotabes, cu neregularități. Vene distrofice.

*Ap. respirator.* Torace, ușor turtit lateral, mătâni costale. Pulmonar la precuție nimic pat., la auscultație câteva raluri suflante la dreapta.

*Ap. cardiovasc.* nimic patologic.

*Tubul digestiv.* Pofta de mâncare păstrată. Nu varsă. Prezintă scaune verzi.

*Abdomenul.* Este bolonat. Splina mărită, se pa'pează. *Cavit bucală* faringele și amigdalele hiperemiate.

*Org. uro-genit.* normal conformatate.

Reacția Meinicke pozitivă + + +

Greutatea la intrare  $2\frac{1}{2}$  luni 3580 gr., acuma 8210, lungimea 59 cm, acuma 69 cm, perim capului acuma 45 cm, a toracelui 45 cm.

*Obs. VI.* Fetița S. La intrare  $\frac{1}{2}$  lună, acuma 2 luni și  $\frac{1}{2}$ .

*Antec. her. colat.* Al doilea copil din 2. Celălalt mort la vârstă de 8 ani, nu se poate preciza cauza.

*Antec. personale.* Născut la termen. Fătul prezentându-se în poziție transversală și neputându-se naște, după ce membranele erau rupte, mama a fost transportată la Cl. Obstetr. unde i-s'a făcut extracția. Copilul a fost alimentat natural, la intervale neregulate.

*Starea prezentă.* Tegumente de col. roza. Turgorul păstrat. Gangl. nu se palpează. Prezintă eritem colloïdonat — eritem fessier. Capul dolicocefal. Fontanela mare deschisă pentru 2 deg. fontanela mică perceptibilă. Suturaile nu sunt bine prinse. Naș în șea. Craniotabes.

*Ap. respirator.* Torace ușor evazat la bază. Pulmonar la percuție și auscultație nimic patol. *Ap. cardiovascular.* Nu pres. nimic patologie.

*Ap. digestiv.* Apetit redus, scaune apoase frevente, de culoare gălbue. Nu varsă.

*Cavit. bucală.* Faringe hiperemiat.

*Adomen.* Ficatul nu este mărit. Splina nu se palpează. Presintă ușoară ulcerăție ombilicală.

*Ap. urogenital.* De conformație normală.

*Reacția Wass.* *intens pozitivă* la mamă.

Greut. la intrare 3410 gr. acuma 4670 gr. lungimea, acuma 52 cm., perim. capului 36 cm. perim. torac. 35 cm.

Obs. VII. Copilul B. A. la intrare de 1 an, acuma 1 an 8 luni.

*Antec. heredit.* Copil nelegitim, de relig. ort. Mama servitoare. Neagă avort, tbc. Reacția Wass. *intens pozitivă*.

*Antec. h. conc.* Gravidația și nașterea a decurs în mod normal.

*Antec. personale.* Copilul e născut la termen. A

fost alăptat la sân numai 2 săpt. din cauza că mama prezintă o tîtă bilaterală. Încă de la 2 săpt. i-se administrează lapte de vacă, diluat cu  $\frac{1}{2}$  apă și o linguriță de zahăr la o ulcică de 200 gr.

*Status pres.* Tegumente și mucoase palide, turgorul flasc, țes. cel. adipos bine dezvoltat. Ganglionii ing. axil. și cervic. bine palpabili. Abdomenul balonat, fontanela mare deschisă aproape pentru 3 degete, fontanela mică închisă. Articulațiile libere. Are coriză, nasofaringe hiperemiat. Nas în șea. Fruntea bombată, craniu natiform. Neregularități occipitale. Mișc. rachitice. Creștere lentă.

G. greutatea la intrare 7200 gr., acuma 9400 gr. lungimea la intrare 66 cm. acuma 74, perim. cap. 44 cm. acuma 47., perim. torac. 42 cm. acuma 49 cm.

*Ap. respirator.* Toracele de conf. normală. Excursiile costale libere. Presintă mătăniile costale. La auscultație murmur vez., la percuție sonoritate. La pulm. stg. în sp. inter-scapulo vert. stg. în dreptul ungh. omopl. sonorit. diminuată.

*Ap. cardiovasc.* Normal. *Ap. digest. și uro-poetic.* nu prezintă nimic patologic. *Abdomenul* balonat ficat, splină nu se palpează, nu sunt mărite. *R. Piquet* negativă. *R. Wass* intens pozitivă atât la mamă cât și la copil.

Obs. VIII. Copilul B. I. frate a precedentului. A fost primit la Centr. ptr. Ocr. Copiilor Cluj în vîrstă de 2 săpt. acuma are 8 luni. E nelegitim. Născut la termen. Alăptat natural. În starea prezenta Tegumentele și mucoasele sunt palide. Gangl. axilari, cervicali palpabili. Turgor flasc. Capul alungit. craniotabes. Fontanela mare deschisă pentru 1 deget. fontan. mică închisă. Presintă alopecie occipitală și parietală. La rădăcina nasu'ui se observă o tumoare fluctuantă, dură

neaderentă de os de mărimea unei alune. Tegumentele dela suprafața ei de col. ros-violacee. Nu pare dureroasă (angiom). In reg. anală presintă eroziuni perianale.

*Greutatea*, la intrare 5100 gr., acuma 7700 gr., lungimea acum 68 1/2 cm. perim. cap. 44 cm., perim. tarac. 43 cm.

*Ap. respirator.* Torace normal dezvoltat Excursiile costale sunt libere. La auscultajie murmur vesicular, la percuție sonoritate.

*Ap. circulator, digestiv, uropoetic.* Nu pres. nimic de remarcat.

*Reacția Wass.* la mamă *intens pozitivă.*

*Obs. IX.* Fetița S. I. Vine la Centr. pt. Ocr. cop. Cluj, dintr'un serviciu spitalicese, unde a fost internată cu mama. La intrare are 4 luni, acuma 2 ani 2 luni.

*Antec. heredo, colat.* Copilă gemenă. Mama ar fi avut variolă, la primire acuză dureri de rinichi. Părinții mamei au avut 11 copii, dintre cari cinci sunt morți între 1/2 și 7 ani, 1 născut mort.

*Antec. personale.* Născută prematur. Gemenă de acelaș sex. Sora ei a murit in serv. C. p. O. C. C. la a 2 zi dela internare.

*Starea pres.* Fetița la intrare se pres. cu o stare de denutriție f. avansată. Tegumentele palide țes. ce ulo adipos, pe abdomen și membre dispărut complect, menținându-se in parte pe față, unde încă e pe cale să dispară. Să intrevăd conturile trinughitulare a feței. Gangl. retromastoid. palpabili, cei cubitali, ingh. nu se palp. Bosele frontale proeminente, bine pronunțate. Nas în șea. In regiunea temporală venele distrofice.

*Greutatea* la intrare 2700 gr. acuma 8200 gr. lun-

gine de acum 70 cm., perim. cap. 45 perim. torac. 48 cm. R. Wassermann *intens pozitivă* la copilă.

*Ap. respirator și circulator.* Nu prezintă nimic de remarcat.

*Abdomenul* este balonat ficatul nu e mărit, splina nu se palpează.

*Ap. uropoetic,* nimic de remarcat.

Aceasta copilă a fost prezentată la soc. Științ. Med. din Cluj de Dl. Doc. A. Iancu cu o cheratită parenchimatooasă la vârsta de 4 luni.

*Obs. I. I.* în etate de 8 săptăm.

Anamneza:

*Antec. eredo-colat.* Al treilea copil, din trei. Primul mort la 9 săptăm., al 2-lea născut mort la 7 luni. Părinții neagă orice boală.

*Antec. eredo-con.* Sarcina a decurs în mod normal, fără inconveniente.

*Antec. personale.* Născut prematur, la 7 luni, spontan. Era debil dela naștere. A fost alimentat exclusiv natural.

*Istoricul boalei.* Vine la clinică, pentru leziuni papulo-eritematoase și pustuloase, cari sunt diseminate pe întreg corpul de 2 săptăm. și pentru că de o săptămână copilul doarme cu gura deschisă, prezentând jenă la respirație. Tiraj supra și sub sternal.

*Starea prezentă.* Temp. 36.9 C.

Greut. corpului: 2600 gr., lungimea: 48 cm.

perim. capului: 33 cm. perim. torac: 31. cm.

Copilul este debil. Tegumentele palide cu o descuație lameloasă, furfuracee, pe corp și membre. P. întreg corpul prezintă miei leziuni papulo eritematoasă și pustuloase, cu un conținut gălbui. La nivelul cotului



stâng, prezintă o mică fistulă, prin care se scurge la presiune puțin puroi. Pe palme și plante descuamație lameloasă Naevi vasculari sub fos. suprasternală. Fața e hipremiată, cu descuamație mai accentuată pe frunte și o serie de ragade peribucale. Eritem coloidonat.

Ganglionii, dela mărimea unor alice, până la acea de boabe de mazăre, se palpează în toate regiunile, cu deosebire însă în reg. axilară. Turgorul este slab. Cap dolicocefal. Bazele frontale proeminente, tendință la cap natiform. Fontanela mare, este deschisă pentru 3 degete, fontanela cea mică perceptibilă. Suturile desfăcute. Presintă craniotabes. Vene epicraniene discrete. Alopecie frontală. Nas în șea.

*Ap. respirator.* Copilul prezintă coriză rebelă, respirația se face cu gura deschisă, iar în timpul sugerei lasă frecvent sânul, pentru a respira. Respirația e zgomotoasă. Prezintă tiraj supra și substernal și intercostal. La auscultatie raluri fine, subcrepitante superficiale și puține raluri sibilante la bază.

*Cordul,* nu prezintă nimic patologic.

*Abdomenul,* puțin balonat, timpanic. Presintă hernie, ombilicală. Splina se palpează. Ficatul depășește falsele coaste cu 2 degete. Tub. dig. apetit păstrat, scaune regulate 1—2 la zi.

*Org. genit. ext.* Copilul prezintă, hidrocel bilateral. Testicolii duri, măriți de volum.

*R. Wassermann* este negativă la mamă.

*Obs. II.* Fetita M. M. de 6 luni  $\frac{1}{2}$ .

*Antec. her. colat.* Este unicul copil. Neagă avort, tbc. și sifilis.

*Antec. credo-evuc.* Sarcina a decurs în mod normal.

*Atec. personale*, prematur, născut în luna a 7-a. Tot timpul a fost alimentat natural.

*Istoricul boalei.* Mama o aduce copilul la clinică, pentru leziunile eritemato-papuloase, ce le prezintă pe tegumentele regiunii fesiere și occipitale.

Înainte a mai fost bolnavă fetița de colice, scaune recvente apoase, gălbui-verzi, vărsa și a avut coriză.

Starea prezentă. T. 37.1.

Greuta ea 5430 gr., lungimea 60 cm., perim. cap. 41, perim. torac. 39.

Fetița este slab dezvoltată, cu tegumentele palide. În regiunea fesieră și occipitală prezintă leziuni eritemato-papuloase. Turgorul este slab. Prezintă intertrigo. G n-glionii reg. ing. se palpează. Cap pătrat, frunte olimpiantă. Nas în șea. Venectazii epicraniene. Fontanela cea mare, deschisă pentru 2½ degete. Prezintă craniatages.

*Ap. respirator.* Toracele la inspecție nu prezintă nimic patologic. Mișcările sunt libere. La auscultare, murmurul ves. păstrat. La percuție, sonoritate normală.

*Cordul* între limite normale. La auscultare se percep zgomote clare.

*Abdomenul:* puțin balonat. Spina se palpează sub falșele coaste. Ficatul nu este mărit. — *Tub digestiv.* Cav. bucală, faringe liber. Apetitul păstrat. Nu varsă. Are scaune regulate. — Org. genito-urin. ext. Normale.

•Obs. XII. Băiatul A. C. Născut la 15/I. 925. primit la Centr. Ocr. cop. din Cluj, la 28/V. 925.

*Antecedente heredocoliterale.* Mama cât a stat la clieica Ginecolog. din Cluj. a avut reacția Wassermann parțial pozitivă. Cât a stat la Centru pentru ocrot. cop. a prezentat simptome de ulcer duodenal, cari cedează la tratamentul cu Neosalvarsan.

*Antecedente personale*: Copilul e născut la termen cu o greutate de 3500 gr. La primire în serviciul Centrului avea greutatea de 3400 gr.

*Starea prezentă*: Tegumentele sunt de culoare palidă-gălbue, piele se poate increți în crețe mici. Turgorul este slab. E aproape dispărut tesutul-adipos pe membrele inferioare, pe abdomen e complet dispărut. Craniul este mai mare în raport cu corpul, natiform, fontanelele sunt închise. Părul este rar, se observă pe pielea păroasă a capului, venele distrofice alui Fournier. La ochi strabism convergent. Nas în șea. Ganglionii inguinale palpabili.

Ap. respirator. Presintă un pectus carinatus retracțiunii costale pronunțate pe părțile laterale. La auscultare și percuție respirație sunete normale. — Ap. circulator, digestiv și uro-genital normale. Nu pres. nimic patologic.

Greutatea actuală e de 11440 gr. lungimea 84 cm. perimetrul capului 47  $\frac{1}{2}$  cm. perim. toracului 48 cm. R. W-partial pozitivă la mamă,

Obs. XIII. Cazul Grigoriță, descris de dl Doc. A. Iancu (Din lumea copiilor părăsiți). Din antecedentele heredocolaterale, a lui reese că mama lui a născut de 16 ori, dintre cari morți 10. Mama moartă, afirmativ de tbc. Toate reacțiile de laborator atât în sânge cât și lichidul cefolorachidian, în repetite rânduri, au rețmas negative. La vrăsta de un an și jumătate prezenta un pond de 57000 gr., rachitism cranian, turgor flasc, anemie pronunțată, paloarea tegumentelor și mucoaselor, retardarea funcțiunilor statice. La aceasta vrăstă nu-și putea ridica nici capul, dinții lipsesc complet.

Se recurge la tratament antisifilitic, în urma căruia

se arată rezultate foarte frumoase. La 1 lună i-și ridică capul, la a 2-a ocupă poziție șezândă, apoi apar dinții pe rând, începe să se ridice în picioare, să umble și să vorbească. La începere tratamentului 1<sup>1/2</sup> an, avea 5700 gr., la 2 ani are 6000 gr., la 3 ani 12.100 gr., iar la 3<sup>1/2</sup> ani 13.400 gr.

De aci încolo copilul prezintă un tablou clinic normal. Până la prima injecție, pondul era aproape staționar, iar după tratament curba de creștere se urcă miraculos și copilul se dezvoltă din toate punctele de vedere.

Diagnosticul a fost pus în acest caz de dl dr. A. Iancu pe baza semnelor clinice de probabilitate.

În toate cazurile, acestea s'a putut constata o întârziere în dezvoltare și creștere. Dezvoltarea lor ne fiind corespunzătoare vrăstei. Ei întrunesc, semnele caracteristice a distrofiilor sifilitice.

Reacțiile serologice, au fost pozitive (parțial sau intens) în 8 cazuri, iar negative în 5 cazuri, cece ar reprezenta procentual 53.3% pentru reacțiile pozitive.

În toate cazurile acestea prin punerea diagnosticului precoce și instituirea imediată a tratamentului specific antisifilitic și dietetic, s'a putut ajunge la o augmentarea creșterii lor.

Din toate acestea rezultă, că sifilisul este un factor important în producerea turburărilor de nutriție, putând duce la distrofii, sau în caz că aceste turburări sunt lăsate ca să evolueze mai departe, fără a institui un tratament antisifilitic precoce, pot duce la atrofii.

Ele provin în urma leziunilor cari se produc în diferite organe.

Leziunile pe cari le produce sifilisul hereditar la copii noi născuți sunt: dilatațiuni a vaselor mici endar-

terite-Ńlebite cu îngroşarea intimei şi obliterarea mai târziu a vaselor. Leucocitele stagnează dealungul pereţilor vasculari, spaţiile interstiţiale se infiltrează cu linfoците. Putem avea o proliferare de ţesut conjunctiv, care duce la scleroză, sau avem şi mici gome miiare. Procesul acesta nu este aŗa grav, când este localizat este grav insă, dacā e profund şi difuz, pentrucă astfel se distruge parenchimul organului. Prin aceasta funcţiunea organului este compromisă, producând tulburări grave, uneori chiar moartea.

În privinţa tulburărilor de nutriţie produse de sifilisul hereditar : *E. Mayer* Berlin, spune că turb. ace- tea nu diferă fundamental de cele produse de alte cauze (infecţii sau alim. constit.) *Marfan* zice, că vomismentele habituale sifilitice, duc la slăbire şi după săp'amāni sau luni de zile, cu exacerbaţiuni şi diminuări, copilul ajunge la atrofie. Sifilisul hereditar mai poate da şi alte tulburări digestive, cari duc la slăbirea copilului. (Diaree, melenă.)

După *Hultinel* sifilisul în organism produce procese de diapedeză şi degenerare. Dintre aceste procese cele mai grave sunt cele de degenerare, ele se acompaniază de distrofii şi atrofii. Între leziuni şi atrofii şi distrofii nu se poate pune o barieră, una urmând alteia.

Sifilisul realizează adevărată septicemie în organismul copilului, de acea copilul adeseori e debil prematur, ori chiar dacā e născut la termen, el este mai puţin resistant. Spirocheta prin toxinele sale produce cele mai variate tulburări, cari sunt de 3 ordine după *Hultinel* I. Tulburări în dezvoltare II. Tulburări în nutriţie şi III. Modificări în reacţiunile individuale, cari pot fi asociate, combinate sau să se succedă. Aceste tulburări

sunt datorite modificărilor humorale, datorite prezenței treponemei în organism. Sifilisul imprimă marca sa tuturor organelor, zice *Hutinel*, deviind procesele morbide în anumită direcție, dând un adevărat temperament morbid. Acest temperament morbid domină constituția individuală, modifică substanțele coloide a humorilor și elementelor celulare, senzibilizează sistemul nervos organo vegetativ.

Sifilisul poate deștepta infecții latente. Leziunile și sensibilizarea modificând structura diferitelor organe, aceste devin puncte slabe ale organismului, teren special. Aceste puncte sunt mai expuse nu numai proceselor banale. În urma acestor modificări a tesuturilor și a humorilor pe acest teren, nasc stări morbide. Modificarea în chimismul organismului și funcțiunea sistemului nervos organovegetativ, e o urmare a dezechilibrului, produs de lezarea glandelor cu secreție internă. Proliferarea tesutului conjunctiv, care duce la scleroza diferitelor organe, diminuează rezistența organismului și funcțiunea organelor respective. *Finger* zice că sifilisul are mare rol în producerea turburărilor nutritive, pentrucă organismul copilului nu e dezvoltat încă. Organismul copilului este încă în creștere, pe care sifilisul o împiedică influențându-o spre rău și poate duce chiar la moarte, care după dânsul ar fi de 80%. Copiii chiar dacă trăesc rămân înapoi în creștere, cu pond subnormal, precum și în alimentare. Acești copii umblă târziu, iar facultățile lor psihice sunt înapoiate: vorbesc târziu învață greu, sunt în genere slabi, dispuși pentru boală.

După *Hutinel* perioada inițială septicemică, sensibilizează organele, în urma leziunilor mici, ce le lasă determină a stare de *meiopraxie*, adecă o stare consecu-

tivă unei leziuni anterioare, specifice, cu o funcțiune a organu ui inferioară celeia normale. Meiopragia facilitează și apariția altor afecțiuni de altă natură, cum ar fi tuberculoza. Deci nu numai infecțiunea specifică poate duce la stările de denutriție, ci pe acest teren modificat se desvoaltă mai ușor alte boli. Infecțiunile banale pe teren sifilitic nu evoluiază normal. De multe ori ele devin lente, târăgânate. In loc să se vindece repede, fără urmă, e'le continuă lung timp evoluând cu orientare spre sclerozare. Deci nu numai că diminuează rezistența organismului dar orientează organul lezat in sens special pentru a da loc la infecții accidentale,

*Ribadeau-Dumas și Faroy* au studiat leziunile produse de sifilis in organele digestive, cari joacă așa mare rol in nutriție și constată că leziunile produse in aceste organe, explică, insuficiența digestivă a sugacilor. Insuficienta digestivă a unor atrofiei o explică, prin alterațiunile profunde a organelor digestive. Alterațiunile au un tip special a căror rezultat este sclerozarea. Glandele digestive pancreasul, ficatul, parotida suferă alterări profunde, in urma tesutului de scleroză, așa că funcțiunea lor digestivă este compromisă.

*Barthelemy* in teza sa (Paris 1919) demonstrează anatomo-patologic cât de des și precoce atacă sifilisul hereditar glandele cu secreție internă, chiar in viața intrauterină.

*Hutinel* susține că glandele cu secreție internă pot fi atinse in special in perioadă septicemică a sifilisului iar „prin afectaiea glandelor cu secreție internă a căror funcțiune este foarte importantă pentru desvoltarea normală a fătului, (*Haftegan*) se produce un desechilibru in funcțiunea diferitelor aparate și deci un desechilibru

și în asimilarea și desasimilarea substanțelor nutritive în urma acestei debilități glandulare moștenite. Funcțiunea glandelor endocrine au o influință preponderantă asupra nutriției și a dezvoltării. Alterațiunile lor se pot manifesta, sub diferite forme, cari nu ne atrag în totdeauna atenția, de multeori ele pot fi latente. Distrofiile create de leziunile sifilitice a glandelor endocrine, sunt foarte frecvente la copii mici de prima vârstă. Ele au mers evolutiv, atunci când nu se tratează. Organele ca și glandele endocrine sunt atinse mai frecvent în perioada septicemică a sifilisului hereditar, care astfel diminuează rezistența lor în mod variabil. Glandele endocrine, sunt în genere organele reglatoare a nutriției. Influențează procesele de asimilare și desasimilare. Hormonii lor regulează chimismul organelor și funcțiunile sistemului nervos organo vegetați, creșterea sau regresivitatea activitatea sau insuficiența funcțională a tuturor celulelor, elementelor constitutive a țesuturilor din organism. Ele neutralizează diferitele toxine, regulează circulația temperatura, vitalitatea și reacțiunea diferitelor țesuturi.

Acest rol, pretinde să existe un echilibru în funcțiunea hormonilor acestor glande. Echilibru turburat prin disfuncțiunea uneia va perturba, influința, funcția altele prin legătura ce o fac hormonii între glande, producându-se astfel un des echilibru pluriglandular, cu toate consecințele ce pot urma pentru organismul copilului. Vedem deci importantul rol a glandelor cu secreție internă în nutriție și rolul mare ce-l joacă în producerea stărilor de denutriție, în caz, că ele sunt lezate de toxinele sifilitice. *Barthelemy* spune că sifilisul toxic, nu este altceva decât un sifilis endocrin.

*Carl Hochsinger*, dela Viena spune, că toate tur-



burări'e in creștere și dezvoltare de natură sifilitică, sunt datorite leziunilor sifilisului activ in glandele endocrine.

Deci rolul sifilisului in producerea turburărilor de nutriție, ca distrofiile și atrofiile constă in faptul, că prin lezarea organelor și glandelor cu secreție internă, se produce o perturbare a echilibrului nutritiv.

## Diagnosticul

distrofiilor și atrofiilor sifilitice.

Se face ca la sifilis in general. Mijloacele de diagnostic sunt: 1. *Examenul sângelui și lichidului cefalorachidian*, 2. *Semnele clinice* descrise de *Marfan-Hatinel* 3. *Anamneza* anteced. heredo-colaterare și ereditare. 4. *Tratamentul de probă*.

Cea mai uzitată dintre reacțiile serologice, este reacția Wassermann. Ea este foarte de mare valoare atunci, când este pozitivă, denotând existența sifilisului. — Nu exclude existența sifilisului, când este negativă.

La clinica infantilă din Cluj se mai întrebuițează reacția Wassermann cu antigenul Desmouliere (antigen fix) după experimentările făcute la clinică, ea este mult mai sensibilă și e foarte importantă in formele fruste de sifilis hereditar. (*Proff Gane T. și Dna adj. Dr. E. Negru Cluj. Medic. 1922.*) Apoi se mai face reacția Wass. cu modif. aduse de Iacobsthal (*Dna conf. Dr. E. Negru Cluj. Medic. 1925.*) Apoi reacț. lui Meinicke și Sachs-Georgi. Ele se fac paralel la Clinica Infantilă, la fiecare copil și mamă. Nu in toate cazurile de distrofii și atrofii sifilitice sunt aceste reacții pozitive, deși de multeori existența sifilisul la baza acestor turburări de nutriție pare sigură. *Henry Lemaire și Maurice Levy* la

al IV-lea congres a pediatriilor francezi, care s'a ținut la 1/X. 924. arată că din 330 reacții, făcute la copii heredo sifilitici la Hopital Trousseau, numai 41. au fost pozitive, celelalte au ramas negative, chiar și in cazuri de erupții floride. Acest lucru s'a observat și la clinica Infan ilă a Dlui Prof. Gane din Cluj și la Centru pentru Ocrotirea Copiilor Părășiți din Cluj, de sub conducerea Domnului Docent-Director Axente Iancu. Reacțiile serologice sunt deci, de o f. mare importanță. Negativitatea lor nu redă siguranță, când e vorba de excluderea sifilisului. La copii mici ele adesea ori vor fi negative, de multeori devin pozitive cu inaintarea in vârstă sau intermitent sau rămân negative toată viața. *Labbe-Leroux* gă.esc reacțiile serologice pozitive in 66%, *Joltrain* 59%. *Detrè* 48%, *Lecapere* și *Laurent* 30—35%, *Barbier* 33%. Se înțelege deci, că vor fi mulți distrofici și atrofici sifilitici cu reacții serologice negative.

2. Se impune deci in totdeauna facerea unei anchete familiare când este posibilă. Vom cerceta in antecedentele, procreatorilor starea lor sanitară. Mama dacă are sau nu sifilis, dacă a avut avorturi, nașteri premature, nașteri multe cu plurimortalitate. Adeseori însă ancheta fam. nu o putem face, din cauze multiple, părinti morți, copii părăsiți etc. Ne rămân.

3. Semnele clinice pe cari le prezintă copilul. Ele pot foarte adeseori să ne aducă deslușirile pe cari laboratorul și anumeza nu. ni-le-a putut furniza. In aceasta privință, este mare meritul școalei lui *Marfau* care a stabilit semnele sigure și de probabilitate in sifilisul hereditar, pe baza cărora putem face nu bun diagnostic. Când nici o modalitate nu ne rămâne in stabilirea diagnosticul și alte cauze etiologică nu bănuim la baza turburărilor de nutriție, atunci instituim 4. un trat. specific de probă, care încă e nu bun mijloc de diagnostic.

# Profilaxia

## sifilisului hereditar

Boas și Gameltoft, fac o statistică cu privire la tratamentul profilactic a părinților, cu Hg. și Salvarsan și rezultatele obținute în urmă.

In caz de sif. netrat a părinților copii au fost sifilitici sau nesifilitici în propoziția următoare la	201	cazuri	194	sif.	7	nesif.
<i>Trat. cu Hg. înainte de gravidit. nici un trat. în timpul gravid.</i>	87	„	78	„	9	„
<i>Trat. cu Salvarsan înainte de grav. nici un trat. în timp gravid.</i>	15	„	12	„	3	„
<i>Trat. cu Hg. în timpul gravidității</i>	111	„	80	„	31	„
„ „ <i>Salvars. „ „</i>	98	„	19	„	79	„
„ „ <i>Hg. înainte și în timpul gravidității.</i>	26	„	71	„	9	„
<i>Trat. cu Salvarsan înainte și timpul gravidității</i>	7	„	1	„	6	„

Toți copii sănădoși, născuți din părinți sifilitici, au fost urmăriți de autori cel puțin 6 luni, dar și mai mulți ani cea mai mare parte din acești copii.

Findlay (Glasgow) a tratat cu Salvarsan 50 de femei gravide, dintre cari 47 au, născut, copii sănătoși.

La conferința sifilisului hereditar ținută la Paris în Octovrie 1925, Milian, Levy-Solal, Spillmann și Petges în referatele lor, sunt de acord, că profilaxia cea mai bună este tratamentul cu Salvarsan, fără considerație la vechimea infecției, sau tratamentul de mai înainte și nici seroreacția nu poate veni în considerație. Acest lucru e susținut și de alți ajutori.

În urma acestora, cred deci necesar, tratamentul părinților înainte de concepție și în timpul cât mama este gravidă pentru că numai astfel poate avea șanse să

nască cu Salvarsan combinat cu Mercur. Mai nou cu Bismut a cărui, acțiune ar fi între Salvarsan și Mercur. Tratamentul să se facă în toate cazurile chiar dacă mama a urmat un tratament energetic antisifilitic mai înainte.

Prognosticul v'a deprinde de:

1. Alimentare, care trebuie să fie la sân, căci „alăptarea la sân este piatra unghiulară“ spune dl Prof. T. Gane, se înțelege cu corecțiunile cari se impun în distrofii în general. Ablaetația să se facă, cât mai târziu.

2. de s'area generală și rezistența copilului,

3. de vechimea boalei părinților. Benignitatea fiind direct proporțională cu vechimea.

4. De gravitatea infecțiunii copilului.

5. De precocitatea diagnosticului și a instituirii tratamentului.

6. De evitarea infecțiilor și altor boale (grupă etc.)

În genere prognosticul sifilisului hereditar este foarte serios, dacă nu e tratat. Mortalitatea în sifilis fiind foarte ridicată variind după diferenții autori între 79—90%. În urma tratamentului se observă rezultate, de multeori minculoase.

## CONCLUZIUNI

I. Sifilisul transmis deșcendenților, se poate manifesta la copil sub diferite forme și simptome morbide, în afară de acelea obișnuite și clasice, cunoscute.

II. Intre formele de manifestări morbide, produse de sifilis la copii, distrofiile și atrofiile ocupă loc destul de mare

III. Rorul sifilisului hereditar în producerea turburărilor nutritive, ca distrofiu și atrofiu, consistă în faptul, că sifilisul hereditar produce leziuni în toate organele și glandele cu secrețiune internă, (Hutinel) în urma cărora suferă echilibrul nutritiv al organismului. Se produce o stare de meiopragie, datorită căreia funcțiunea normală a organelor nu numai că e micșorată, ci se pot produce mai ușor diferite infecțiuni, care par a avea o evoluție specifică pe acest teren heredosifilitic. Nutriția și creșterea copilului vor suferi în urma acțiunii sifilotoxinelor.

IV. Diagnosticul distrofiilor și atrofiilor de natură heredo sifilitică la copii, se face din anamneză, simptome clinice, reacțiuni biologice, precum și cu ajutorul tratamentului „*ex juvantibus*”.

V. Se impune, ca profilaxie, protecția copilului dela concepție, prin instituire unui tratament energetic procretarilor înainte de concepție și în timpul cât mama este gravidă. Mama trebuie să-și alăpteze singură copilul și din punct de vedere profilactic și pentru a evita alimentarea artificială, totdeauna riscată la copii distrofici.

VI. Alimentația maternă și instituirea unui tratament specific precoce, la copii distrofici sau cu forme de atrofie în primele grade de multe ori schimbă prognosticul.

C(luj 22 Februarie 1928

Văzut și bună de imprimat :

Decan :

(ss) Prof. Dr. Mihail A. Botez

Președintele tezei :

(ss) Prof. Dr. Titu Gane,

## BIBLIOGRAFIE

Harald Boas Kopenhaga : Die profilaxie der angeborenen Syphilis. Berlin 1927. Verlag v. Springer.

I. Bokay : A gyermekorvoslás tankönyve. Budapest 1912.

Cimoca : Noțiuni elementare de venerologie. Tip. Lepage Cluj, 1925.

Dr. E. Dorca : Actinoterapia și combaterea distrofiilor infantile la „Centrul pentru Ocrotirea copiilor“ din Cluj. Teză. 1927.

E. Feer : Diagn. der Kinderkrankheiten. Berlin 1921.

R. Fischl : Die congenitale Syph. Med. klinik No. I. 1926.

Ed. Tournics : Syphilis hereditaire de l'age adulte. Masson—Paris 1912.

Prof. Gane I. : Protecția copiilor in Ardeal.

„ „ și D-na adj. Dr. E. Negru : Importanta RW. cu antigenul lui Desmouliere in diagn. Sif. infantil.

Prof. Gane I. : Protecția copilului sub 2 ani. București. Bulletin congr. XXII. med.

Prof. Gane I. : Fapte noi in pediatrie in ultimii 4 ani. Cluj medic. 1920.

E. Gley : Physiologie. Paris 1920. Ed. II.

Prof. I. Hațiegan : Sifilis visceral medical. Cluj, edit. „Viața“ 1926.

V. Hutinel ; La terrain Hérédo-syphilitique Aperçu de pathologie Generale et de clinique infantile. Masson—Paris 1926.

V. Hutinel : La Syphilis hered. et distrof. Archiv. de med. des Enf. 1920. No. II.

V. Hutinel : Le Nephrites dans la syphilis hered. infant. Archiv. de med. des Enf. 1922.

V. Hutinel : La Syphilis hereditaire, sa prophylaxie dans les services des enfants assistes Le nourisson. 1923.

Heim Paul: Innere secretion und Ernährungstörungen in Säuglingsalter Monatschr. f. K. H. K. p. 47. 1926.

Hochsinger Carl: Über angeb. Syph. Wiener med. Wochenschrift. No. 8. 1923.

Carl Hochsinger Wien: Die Besonderheiten der kongenital-syphilitischen Erkrankungen der inneren Organe (einschliesslich des Zentralnervensystems) und des Bewegungsapparates. Berlin 1927. Verlag v. I. Springer.

Doc. Iancu A.: Din lumea copiilor paraziți. Tip. Ardealul Cluj. 1926.

Doc. Iancu A.: Sif. cong. la copii paraziți de I. vârsta. Cluj. Med. 1925. No. 11—12.

Doc. Iancu A.: Două cazuri de echeratita parench. in perioada erodisifilisului precoce. Cluj. Med. 1927. No. 5.

Doc. Iancu A.: Distrofiile Infantile. Cluj. Med. 1922. p. 465.

Doc. Kraus Alfred: Ein Beitrag zur Frage der Syphilis der dritten Generation. Monatsch. für Kinderheilkunde. p. 236. 1923.

A. Lesage et Mlle Kouriansky: Note sur la débilité et l'athrophie congenit. syphilit. et leur traitem. Le Nourrisson. No. 4. 1919.

Leo Langstein: Zur systemat. der Ernährungsstörungen und deren Behandlung. Monatsch. für Kinderheilkunde. p. 425. 1923.

Lerrede: Les anémies syphilit. familiales et le diagn. de la syphilis infantil. Journal des Practiciens. 1923. p. 787.

Marfan A. B.: Diagnostic de la Syphilis congenit, des nouveau-nés et des nourrissons, les signes clinique de certitude. L'a Presse med. 1923 No. 33—36.

Marfan A. B.: Debilité congenit Le Nourrisson 1924 No. 2--3.

Marfan A. B.: L'hipotropsée et l'athregssie Le Nourrisson No. 1—1921

Marfan A. B.: Les états de denutrition dans le première enfance. Physiologie pathologique et pathogenie de l'hipothropsie et de l'athropsie Le Nourrisson No. 4—1921

Les états de denutrition, dans la première enfance, Le Nourrisson No. 3—1921

Matzenauer R.: Die Vererbung der Syphilis 1903.

Mayer L. F.: Zum Problem der Übertragung der kongenit. Syphilis Monatschr. f. K. H. K. p. 748—723.

Dna conf. Negru E.: Importanța seroreacț Bordet—Wassermann cu procedeul Iacobsthal Cluj med. 1925.

P. Nonbeconst: Precis de medicine des Enfants, Masson, Paris 1922.

Prof. Negru D.: Radiologia sif. osteo-artic. Cluj. Med. No 1927.

Prof. Petrini Galatz: La ce duce sif. her. de întâia și a 2-a generația. Bulet. congr. ÎI. Naț. de medic. și chirurg. 1914.

Prof. Petrini Galatz: Import. diagn. și progn. a stigmatelor sif. eredit. familiar. Spitalul 1910 pag. 597.

Ribadcau—Dumas—G. Faroy: De l'athrepsie h. syph. et des lésions des glandes digest. déterminées par l'heredo syphilis Le Nurrisson No. 5. (Mai) 1919.

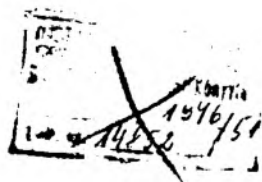
Roux La conference de la Syphilis hered. Presse Med. 925, No. 2—3—4.

Rietschel: Das Problem der angeborenen Syphilis. Derm. Wochenschr. 925 No. 3—4.

Radu C. Sif. cong. la copii de I copil. Cluj med. 1925. No. 11—12.

Radu C. Sireteonu M.: Sângele matern. ca vehicul al neosalvarsanului în trat copiilor sugaci ereditari Cluj Medicul 1926.

Slawik: Die Kong. Siphilis Med. Klinik 925 No. 23—24.





## Explicarea prescurtărilor.

ap. = aparat  
antec. = antecedente  
axil. = axilari  
cm. = centimetri  
colat. = colaterale  
col. = coloare  
conc. = concepționale  
cel. = celular  
cervic. = cervicali  
deg. = degete  
digest. = digestiv  
ext. = externe  
f. = foarte  
fos. = fosa  
genit. = genitale  
ginec. = ginecologie  
gangl. = ganglioni  
greut. = greutatea

her. = heredo  
ing. = inghinali  
nutr. = nutritiv  
org. = organe  
obs. = observație  
perim. cap. = perimetrul capului  
perim. torac. = perimetrul toracelui  
pat. = patologic  
pres. = presintă  
R. = reacția  
reg. = regiunea  
săpt. = săptămâni  
țes. = țesut  
temp. = temperatura  
trat. = tratament  
turb. = turburări  
Wass. = Wassermann