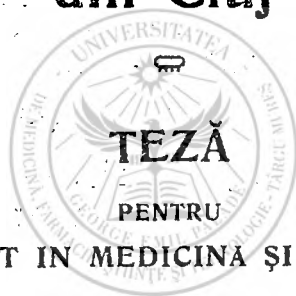


2688

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA ȘI FARMACIE

No. 373

**Actinoterapia și combaterea
distrofiilor infantile la „Centrul
pentru ocrotirea copiilor“
din Cluj**



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATA ȘI SUSTINUTA IN ZIUA 3. 11. 1928.

DE

DORCA EUGEN
medic intern.

La „Centrul pentru ocrotirea copiilor“ din Cluj



CLUJ

TIPARIT LA INSTITUT DE ARTE GRAFICE DEUTSCHER BOTE
STRADA ȘINCAI No. 18.

1927



440003111

No. 373

Actinoterapia și combaterea distrofiilor infantile la „Centrul pentru ocrotirea copiilor“ din Cluj



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

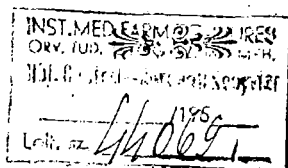
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA

DE

DORCA EUGEN
medic intern.

La „Centrul pentru ocrotirea copiilor“ din Cluj

24 MAY 2005



CLUJ

TIPARIT LA INSTITUT DE ARTE GRAFICE DEUTSCHER BOTE
STRADA ȘINCAI No. 18.

1927

UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

Profesori:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----|-----|-------------|------------|---|-------------|---|------------------|
| Patologia generală și experimentală | — | D-l | Dr. | Botez A. M. | | | | | |
| Istologia și embriologia umană | — | — | ” | ” | Drăgoiu I. | | | | |
| Clinica infantilă | — | — | — | — | ” | ” | Gane T. | | |
| Clinica ginecologică și obstetricală | — | — | — | — | ” | ” | Grigoriu C. | | |
| Istoria medicinei | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Guiart I. |
| Clinica medicală | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Hațiegan I. |
| Clinica chirurgicală | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Iacobovici I. |
| Medicina operatoare | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Iacobovici I. |
| Farmacologia și farmacognozia | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Martinescu Gh. |
| Clinica oftalmologică | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Michail D. |
| Clinica neurologică | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Mineia I. |
| Medicina legală | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Minovici N. |
| Igienă și igiena socială | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Moldovan I. |
| Radiologia medicală | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Negru D. |
| Fiziologia umană | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Nițescu I. I. |
| Farmacia chimică și galenică | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Pamfil Gh. |
| Anatomia descriptivă și topografică | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Papilian V. |
| Clinica oto-rino-laringologică | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Predescu-Rion I. |
| Clinica stomatologică (supl.) | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Predescu-Rion I. |
| Clinica dermato-venerică | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Tătaru C. |
| Chimia biologică | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Thomas P. |
| Clinica psihiatrică | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Urechia C. |
| Anatomia patologică | — | — | — | — | — | — | ” | ” | Vasilii Titu. |

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-l. Prof. Dr. Gane T.

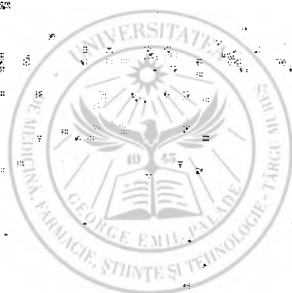
Membrii: {

- ” ” ” Hațiegan I.
- ” ” ” Vasiliu Titu
- ” ” ” Martinescu Gh.
- ” ” ” Botez A. M

Supl. Docent Dr. Axente Jancu

PĂRINȚILOR MEI,
ÎNCHIN ACEASTĂ LUCRARE,
ÎN SEMN DE DRAGOSTE ȘI
RECUNOȘTINȚĂ.





I. Introducere

Distrofiile infantile, formează un vast și totodată un important capitol al patologiei infantile. Dată fiind frecvența mare a lor și cauzele multiple, cari pot determina aceste stări de distrofii la copii, cunoașterea lor și un tratament rațional și corespunzător se impune, căci numai în felul acesta putem face o operă utilă, combătând o însemnată parte din îngrijorătoarea mortalitate infantilă din țara noastră. Recunoașterea acestor stări de distrofii și administrarea unui tratament adecvat, se impune mai ales pentru serviciile cari adăpostesc un număr mare de copii, cum sunt „Centrele pentru ocrotirea copiilor” (numire acordată de către Dl. Prof. Dr. Titu Gane, fostelor Azile de copii), unde frecvența acestor stări patologice este extrem de mare, formând aproape totalitatea clientelei de azil. Ca o dovadă, citez statistica publicată de Dl. Dr. Axente Iancu, referitoare la pondurile copiilor primiți la Centrul pentru ocrotirea copiilor din Cluj în anul 1924.

Copii între:

| 0-1 | lună s'au prezentat | cu un pond | in medie de | 3141 gr. | (norm. | 3625 gr.) |
|------|---------------------|------------|-------------|----------|--------|-----------|
| 1-2 | ” | ” | ” | ” | ” | 3160 ” |
| 2-3 | ” | ” | ” | ” | ” | 4541 ” |
| 3-4 | ” | ” | ” | ” | ” | 4656 ” |
| 4-5 | ” | ” | ” | ” | ” | 5424 ” |
| 5-6 | ” | ” | ” | ” | ” | 6066 ” |
| 6-7 | ” | ” | ” | ” | ” | 6650 ” |
| 7-8 | ” | ” | ” | ” | ” | 5530 ” |
| 8-9 | ” | ” | ” | ” | ” | 6500 ” |
| 9-10 | ” | ” | ” | ” | ” | 5750 ” |

Din acest tablou reese că, media în clientela de azil este mult inferioară cifrelor întâlnite în tratatele clasice sub raportul greutateii corporale. Din observațiile făcute însă la Dispensarul Soc. „Principele Mircea”, se cristalizează constatarea, că aceste stări distrofice se întâlnesc și în cartierele mai sărace ale orașelor mari, precum și în mediul rural, în sânul populației țărănești.

Dintre toate cazurile de moarte, pe cari le întâlnim la copii mici până la 1 an, $\frac{3}{4}$ parte sucombă în urma unor afecțiuni, cari direct sau indirect, au fost în funcție de distrofie. Finkelstein arată că, dintre 100 cazuri de moarte provocată de atrofie, diaree și gastroenterite, numai 13 sunt în anul al II-lea, 4 în anul al III. pe când cifra de 70—80 procent interesează copiii din prima vârstă.

Atunci când fiziologia copilului nu este influențată în mod nefavorabil și când copilul are o constituție bună, el va avea posibilitatea să se desvolte normal, rămânând în o stare de bune condițiuni, o bună stare numită stare de eutrofie. Ea se caracterizează prin o greutate și lungime corespunzătoare vârstei, printr'un turgor bun, prin tegumente și mucoase normal colorate și bine irigate și printr'un țesut celulo-adipos suficient. Când însă, din diferite cauze creșterea și desvoltarea copilului suferă și când în urma unor influențe nocive, fiziologia copilului este scoasă din echilibrul ei normal, copilul mic va prezenta o stare abnormală patologică, o stare de distrofie.

Inspectoratul General din Cluj, de acord cu Direcțiunea Asistenței Sociale din București, punând la dispoziția „Centrului de ocrotire“ din Cluj o lampă de Quarz în tocmai ca și celorlalte „Centre pentru ocrotirea copiilor“ din Ardeal; la sugestia D-lui Director al Centrului din Cluj, am crezut că este bine ca în cadrele actualei mele teze să cuprind observațiunile culese în serviciul nostru, stabilind anumite concluziuni, cari să ne indice întrucât actinoterapia ar putea fi util întrebuințată în tratamentul distrofiilor infantile întâlnite atât de des în clientela noastră.

Înainte de a trece la subiectul propriuzis al tezei mele, îmi țin de plăcută datorie, de a-mi exprima viile mele mulțumiri și recunoștința mea D-lui Docent Dr. Axente Iancu, directorul institutului unde lucrez. În serviciul D-sale, unde am avut fericirea de a lucra aproape 2 ani, am primit instrucțiuni prețioase în domeniul patologiei infantile și a puericulturii. Țin să mulțumesc D-sale încăodată, pentru toată bunăvoința cu care mi-a dat instrucțiunile necesare la aceasta lucrare, precum și pentru diferitele manuale ce D-sa bucuros mi le-a pus la dispoziție.

D-lui Prof. Dr. T. Gane și întreg juriului de promoție exprim mulțumirile mele pentru bunăvoința ce au avut-o cercetându-mi teza.

D-lui Dr. Radu Cornel fost secundar când mi-am început viața de intern, deasemeni îi mulțumesc pentru toate instrucțiunile date, asigurându-l de stima ce i-o păstrez.

D-lor medici secundari dela Centru, precum și colegului intern trainică afecțiune.

II. Razele ultra-violete

Istoric.

Acțiunea binefăcătoare ce o are lumina asupra organismului uman se cunoștea și în timpurile vechi. Un studiu mai serios însă asupra acestei acțiuni, nu s'a făcut decât abia în secolul al XIX. de către medicul suedez Rikli. Urmează apoi o serie de medici, cari se ocupă cu influența luminei asupra organismului. Cei mai cunoscuți ar fi Rollier din Leysin și Bernhard din Samaden.

Razele ultra-violete, nu se cunosc decât din anul 1801, când Ritter și Wollaston le observă datorită unei întâmplări. Ei observă anume, acțiunea acestor raze asupra sărurilor de Argint, puse în partea obscură a spectrului solar. Urmează apoi alte invențiuni, cari nu fac decât să lărgescă orizontul strâmt al cunoașterii acestor raze. În 1806. Davy descoperă arcul electric, care mai apoi este întrebuințat de către Foucault ca focar luminos (1884); iar în domeniul medicinei este introdus de Finsen. Un avânt mai mare pe terenul medical, ia aplicarea razelor abia în anii 1912—13, mai ales în Germania, unde Hued și Sachs arată acțiunea calmantă a razelor ultra-violete în tetanie, iar Huld-schinsky le aplică în rachitism. Lampa cu vapori de mercur, cea mai bună sursă de raze ultra-violete, este realizată în anul 1901. de către fizicienii americani Cooper și Hewit. Mai târziu Kuch o modifică, înlocuindu-i tubul de sticlă cu unul de cuarț, ajungând la forma care se folosește azi mai mult.

Noțiuni fundamentale de fizică.

Dacă într'o cameră obscură, lăsăm să pătrundă un fascicol de lumină solară, care să treacă printr'o prismă, vedem că această lumină albă se descompune. Vom avea un spectru vizibil, compus din următoarele 7. culori: roș, portocaliu, galben, verde, albastru, indigo și violet. Afară de acest spectru vizibil, s'a constatat că prisma descompune lumina solară și în alte spectre, cari însă cu ochiul liber nu le putem percepe. Aceste spectre, înperceptibile cu ochiul liber, sunt două: dincoace de roșu este spectrul razelor infra-roșii, iar dincolo de violet spectrul razelor ultra-violete. Razele infra-roșii sunt mai ales calorile și prezența lor se poate dovedi prin metode fizice (ex. cu termometru). Razele ultra-

violete au o acțiune mai mult chimică, prezența lor se dovedește cu metode chimice.

Toate aceste radiațiuni sunt vibrațiuni electromagnetice ale eterului, deci o formă de energie, la care se reduce chiar și materia însăși. Energia se manifestă sub două aspecte și anume: ca electricitate și ca radiațiuni libere. Explicația radiațiunilor are mai multe ipoteze. Newton explică lumina prin emisiune. Această ipoteză a fost însă părăsită, înlocuită fiind cu ipoteza lui Descartes asupra undulațiunilor, care explică radiațiunile luminoase sub forma unor unde transversale ale eterului, expansibile și divisibile la infinit. Părerile lui Descartes au fost împărtășite și de Huygens, Fresnel și Young. În ultimul timp Planck, ajunge la concluzia, că radiațiunile de lumină nu se fac în mod continuu și că asemănător electricității și radiațiunile ar fi formate din niște granule mici de energie radiantă. Aceasta este teoria de discontinuitate a energiei radiante (la theorie des Quanta de Planck), care nu este altceva decât o revenire la ipoteza lui Newton.

Diversele forme de energie radiantă se disting prin: durata unei vibrațiuni (N) sau numărul de vibrațiuni ale unui atom de eter în unitate de timp și prin lungimea de undă (λ), care este distanța parcursă a radiațiunii în decursul duratei unei vibrațiuni. Unitatea de măsură a lungimei de undă, a fost discutată la congresul internațional de cercetări solare, stabilindu-se să se folosească ca unitate „Angstromul” (A), care este a 10-mia parte din micron. Mai trebuie să ținem seamă în studiul radiațiunilor și de intensitatea lor și de octava din care fac parte. Intensitatea unei raze se numește cantitatea de energie luminoasă primită de o unitate de suprafață în unitate de timp (Rosselet). În octavă se face clasarea razelor. Toate razele a căror frecvență nu a variat dela simplu la dublu, fac parte din aceeași octavă.

Pentru a înțelege acțiunea terapeutică a luminei în general, trebuie să cităm câteva fapte bine stabilite:

„Starea electrică a corpurilor variază după felul iradiației, ce au suferit-o” (Thomson, Becquerel).

„În organismul viu schimburile osmotice între diferitele țesuturi, mediu extern sau intern, variază cu starea electrică a acestor țesuturi sau medii (Pr. Pech). Toți agenții fizici acționând asupra organismului provoacă local o variație a stării electrice” (Pr. Pech). „Numai acele radiațiuni au acțiune terapeutică, cari sunt absorbite de către țesuturi” (legea lui Guilleminot).

Proprietățile razelor ultra-violete.

După cum am menționat mai sus, razele ultra-violete fac parte din spectrul invizibil și anume din cel care ocupă loc dincolo de culoarea violetă din spectrul vizibil. Lungimea de undă, după care mai bine se poate diferenția orice rază, este dintre cea mai mică. În general la razele ultra-violete ea variază dela 4000A. până la 1000A. După lungimea acestor raze le putem face și o clasificare oarecare și anume:

| | | | | |
|-------------------|----------|---------|---------|-----------|
| R. U. V. ordinare | intre | 4000 A. | și | 3000 A. |
| " " " | mijlocii | " | 3000 A. | " 2250 A. |
| " " " | extreme | " | 2250 A. | " 1000 A. |

Dintre aceste trei clase în terapie nu se folosesc decât primele două, de aceia se mai numesc și raze biotice, spre diferențiere de ultima clasă — razele abiotice, — cari distrug țesuturile și sunt foarte greu de utilizat.

Izvoarele principale de raze ultra-violete sunt două: naturale, — adevărate soarele — și artificiale. Razele ultra-violete obținute dela soare nu sunt complete. Lungimea lor de undă, în Franța după Nogier nu trece sub 2922A. Ele sunt foarte variabile și depind de multe împrejurări (sezon, puritatea aerului, umiditatea lui, cantitatea de nori, stare pământului, zăpadă, gheață, mare, lac, litoral, etc.).

Razele ultra-violete, ca toate radiațiunile, sunt o formă de energie. Ori ce energie, dacă întâlnește un corp, care o absoarbe, va suferi transformări și degradări. O parte se va pierde formând căldură (efectul termic). Altă parte produce fenomene chimice, modificând raportul atomilor (efectul fotochimic); alta se restituie, sub formă de radiațiuni cu o undă mai lungă (efectul de fluorescență) și o ultimă parte modifică echilibrul electric, prin smulgerea electronilor cu sarcină negativă, formând efectul fotoelectric.

Lăsând la o parte efectele: termice, fotochimice, de fluorescență, și cele fotoelectrice, mă mărginesc a reda principalele proprietăți biologice ale razelor ultra-violete.

Proprietățile biologice ale razelor ultra-violete.

Efectele biologice ale razelor ultra-violete sunt multiple și nu voi da decât câteva exemple. Trebuie însă mai înainte să arătăm cum a fost explicat acest efect, știindu-se, că o rază nu poate avea acțiune decât când este absorbită și știindu-se că razele ultra-violete au o putere de penetrație foarte mică. Majoritatea razelor ultra-violete sunt absorbite de stratul cornean, care este o zonă moartă, și numai o mică parte ajunge ceva mai profund. Acolo unde ajung însă, a-

ceste raze produc anumite schimbări în raportul atomilor, cari schimbări acționează asupra celulelor mai profunde, grație circulației intercelulare. Și astfel Biancani crede că în piele, ar fi niște substanțe sensibilizatoare — catalysatori —, cari facilitează acțiunea razelor ultra-violete, făcând aproape fără importanță proprietatea de nepenetrabilitate ale acestor raze.

Efectele biologice ale razelor ultra-violete ar fi următoarele din cele multe: măresc activitatea fizică și psihică, în consecință bolnavii devin mai viguroși și mai veseli; au efect eutrofic favorizând dezvoltarea organismului, ce crește (Vagliano); stimulează vitalitatea țesuturilor. În anemii crește numărul globulelor roșii și rezistență globală. Numărul globulelor albe imediat după iradiație crește, ca mai apoi să scadă, ajungând la normal sau chiar subnormal. Tensiunea nu prea este modificată. Mușchii își măresc capacitatea de contracțiune. Apetitul crește, respirația devine mai lentă. Aceste raze mai au și acțiune sedativă și calmantă, stimulând funcțiile glandelor endocrine. Distrug bacteriile mai ales streptococii și bac. piocianic, dar numai atunci când sunt la suprafață. Deasemenea și toxinele sunt sensibile la razele ultra-violete, unele sunt distruse chiar, iar altele numai slăbite.

În intensitatea acestor acțiuni biologice, joacă rol în afară de ionii metalici și metaloidici, cari sunt în organismul nostru, și cari joacă rolul de catalizatori (Biancani) și multe substanțe, dintre cari unele măresc acțiunea razelor ultra-violete, adecă sensibilizează în parte acțiunea lor. Lucrul acesta este arătat de mulți autori. Marcacci observă că, chinina acționează asupra oului de broască în dezvoltare, numai în prezența luminei. Metter arată că, culturile microbiene de pe mediile colorate cu eozină, fluoresceină, eritrosină, în cantitatea mică, deci netoxică, pier mai repede la lumină decât la întuneric. Broasca la care s'au făcut injecții de eozină, pusă fiind la soare, moare (Jacobson). Șoarecii cari au primit injecții de eritrosină puși la lumina solară, mor în mai puțin de 2 ceasuri, pe când cei ținuți la întuneric nu prezintă nici o tulburare. (Saccaroff și Sachs). Oile cari au ingerat hrîncă, și rămân la soare prezintă fenomene cutanate. Injecțiile intravanoase de hematoporfirină (0.20 gr.) produc la om leziuni ce seamănă foarte mult cu hidroa estivală (Meyer, Oetz), în care s'a observat eliminarea de hematoporfirină prin urină. La fel animalele la cari, prin ingestie de sulfonal s'a produs hematoporfirinurie, dacă sunt expuse la soare, prezintă accidente cutanate. (A. Perutz). Din toate acestea s'au tras concluziuni practice și

anume: la persoanele prea sensibile pentru razele ultra-violete, să administrăm substanțe, cari paralizază în parte acțiunea lor, iar acolo unde voim un efect mai puternic, să administrăm substanțe sensibilizatoare. (Barati). Ca substanțe cari împiedică acțiunea razelor ultra-violete, Benoit recomandă resorcina 0.15 gr. înainte de iradiație cu un ceas și aceeași doză după iradiație la 2 ceasuri. Ca medicamente sensibilizatoare se pot cita: eozina, gonacrina, sulfonalul și chinina, iar ca medicament local gudronul. Va trebui deci, ca la persoanele ce fac actinoterapie, să ținem socoteală de aceste medicamente, mai cu seamă la cele sensibile pentru razele ultra-violete. György și Gottlieb, administrând eozină pe cale bucală la copiii rachitici, arată că vindecarea prin actinoterapie se obține cu mult mai repede. În ultimul timp se fac cercetări asupra așa ziselor substanțe iradiate, a căror aplicare ar fi încărcarea alimentelor sau medicamentelor cu raze ultra-violete, cari mai apoi ingerate să exercite aceleași acțiuni ca și aceste raze. P. György a tratat rachitismul cu succes prin lapte iradiat și el crede, că uleiul de nucă de cocos, care este foarte eficace în rachitism, își datorește efectul faptului, că a fost preparat sub soarele tropical. Acest ulei, preparat în laborator, nu mai are proprietăți antirachitice. Untul de lemn obișnuit (de masă) și proaspăt ia proprietățile uleiului de pește, chiar și gustul și mirosul lui, dacă este iradiat timp scurt (jercorisation). La iradiații mai lungi, sau repetate, pierde aceste proprietăți noi. Uleiul de pește iradiat se comportă ca și când el ar mai fi suferit iradiațiuni, deci își va pierde eficacitatea în rachitism.

Pentru ca o substanță să poată câștiga această proprietate, este necesar că ea să nu fie supusă razelor ultra-violete mai mult de 2—3 ceasuri, căci trecând peste acest interval, proprietatea nouă este treptat pierdută. S'a mai observat, că nu toate substanțele pot fi sensibilizate la razele ultra-violete. De un astfel de avantaj se bucură numai acelea, cari conțin cholesterină fie animală sau vegetală. Marfan arată că, din substanțele lipoide, se pot sensibiliza sterinele (ar fi niște provitamine, cari sub influența razelor se transformă în vitamine), cari se scot din diferitele ciuperci, mai ales din *Secale cornutum* și levura de bere. Un astfel de principiu „Ergosterina“ iradiat fiind cu raze ultra-violete, câștigă proprietăți antirachitice și se administrează în doze de 1—4 miligr.

Tot în domeniul acestui capitol, trebuie să amintesc și accidentele, ce le provoacă actinoterapia asupra organismului viu.

Dela început este de precizat însă că, nu toate persoanele reacționează la fel, la egale doze de irradiație. Nogier a observat eriteme intense la doze mici, lucru ce a fost observat și la noi în Institut. (Cazul minorului A. C. No. Fp, 13028, care face un eritem actinic complicat cu flictene pe ambele fese, la ședința a 5-a, durata de iradiație fiind de 5 minute, dela o distanță de 1 metru). Locul reacțiunilor este de obicei suprafața, unde a ajuns iradiația. Mac Cormac și Moreland Mac Crea, citează un caz însă, unde persoana iradiată adormind, a stat expusă la raze aproximativ cu un ceas mai mult decât era timpul prescris făcând eriteme și pe spate, partea care nu a fost expusă.

Accidentul cel mai simplu și frecvent este eritemul actinic, care e foarte asemănător cu cel solar. El se caracterizează prin hiperemie, senzație de tensiune, dureri la apăsare și jenă din cauza hainelor. Aceste eriteme apar de regulă între 6—12 ore după iradiație și durează 1—2 zile, când începe o descuamație furfuracea sau lameloasă, urmată de o pigmentație a pielii.

Anatomia patologică a acestei dermite actinice a fost bine studiată de Leredde și Pautner. Alterațiile cele mai importante au fost găsite la nivelul epidermului, cu modificări marcante în stratul lui Malpighi, mai ales la nivelul nucleului.

Când iradiația a fost foarte intensă, se pot produce pe lângă eriteme chiar și flictene și edeme mari. Explicația acestor accidente ar fi că: razele ultra-violete nefiind penetrante, celulele superficiale înmagazinează o cantitate foarte mare de energie, lucru care duce la o desagregare celulară, a cărei produși ar provoca reacțiunile. Precum vedem deci eritemul actinic nu este un pericol și mulți autori recomandă chiar doze de eritem în tratamentul actinic, procedeu care a fost aplicat și în serviciul nostru.

Pentru a se produce aceste accidente cutanate, va fi nevoie deci de raze ultra-violete de o anumită lungime de undă și de un anumit dosaj (timp de expunere). Pe lângă acestea însă mai este nevoie și de o condiție morbigenă — cum spune L. Brocq — care face că individul să reacționeze într'un grad mai mare la agenții externi. Mai joacă rol apoi și pigmentii cutanați (accidentele greu de provocat la negrii și ușor la cei blonzi).

Modul de a preveni aceste accidente este simplu: sau diminuăm timpul de expunere, sau mărim distanța între sursa luminoasă și individ. Se mai pot preveni prin interpoziția unor corpuri cari opresc razele, sau aplicăm pe piele alifii ce conțin

chinină sau săpunuri cu bază de naphtosulfat de sodiu, cari absorb razele ultra-violete (Freud). Asemenea acțiune mai are și taninul și resorcina.

Razele ultra-violete mai pot da accidente și la ochi, producând conjunctivite, cari uneori sunt foarte rebele la tratament. La expuneri repetate și prelungite, pot ataca cristalinul ochiului dând cataracta actinică. Deaceea ochii în totdeauna trebuie să fie protejați prin ochelari speciali, atât la pacienții expuși radiațiunilor, cât și la medicul curant și personalul ajutător.

Un accident foarte rar ar fi și moartea subită la copiii spasmofilici și astmatici. Ribadeau-Dumas amintește de un copil de trei luni, mort în decursul tratamentului actinic având astm infantil. În cazurile de spasmodic tratamentul actinic va putea începe numai după administrarea în prealabil a mari doze de calciu. Copii mici, debili, după Mouriquand, prezintă adesea scăderi zilnice în greutate de 100—200 gr.

Indicațiile actinoterapiei.

Înainte de a aminti stările patologice în cari razele ultra-violete au efect terapeutic bun, trebuie să relev faptul că în cazurile de distrofii, datorite cauzelor multiple sau în cele întovărășite de complicațiuni, aplicării actinoterapiei trebuie să i se asocieze și tratamentele adjuvante corespunzătoare (alimentare, medicamentoase etc.) O distrofie gravă nu va putea fi ameliorată numai prin actinoterapie, neglijând tratamentul dietetic; precum nici o distrofie de origină sifilitică, dacă omitem tratamentul cu Neosalvarsan sau alte medicamente uzitate.

În medicină infantilă, îndeosebi la copiii din prima vârstă actinoterapia se poate folosi pe o scară întinsă. Rezultatele cele mai bune pot fi obținute prin acest tratament îndeosebi în următoarele stări patologice: Rachitismul, Spasmofilia (Tetania), Tuberculoza cu diferitele ei forme, Broncopneumiile și infecțiunile cutanate.

Razele ultra-violete mai pot fi întrebuințate în medicina infantilă și în mod profilactic. În Germania și mai ales în Franța s'a discutat foarte mult influența, ce o are colectivitatea sau ospitalismul asupra organismului fraged al copilului. Va fi deci de o importanță capitală folosirea actinoterapiei în mod profilactic, mai ales în colectivitățile infantile, ca și în instituții de puericultură și în diferitele Aziluri pentru copii. Materialul infantil din Aziluri în general este deficitar sub raportul sănătății și de o minoră rezistență. Din

el se recrutează cel mai mare procent de rachitism și el oferă cel mai apt teren diferitelor infecțiuni.

Rezultatele bune la cari s'a ajuns prin actinoterapie profilactică, au făcut ca în Germania să se înceapă o adevărată „vaccinare antirachitică” cu aceste raze. În Franța anii trecuți Woringer a arătat rezultatele uimitoare obținute prin aplicarea razelor ultraviolete în timp de iarnă la copiii de sân. Alți autori englezi, ca Howard din Londra, au propus întrebuințarea metodică a razelor ultra-violete la femeile gravide și la cele cari alăptează, pentru a combate rachitismul la copii. Cercetările făcute de școala americană din Baltimore au demonstrat că, un regim care poate determina rachitismul la animalele de experiențe supuse unui regim carentat cum este regimul lui Pappenheimer, își pierde aceste proprietăți rachitigene, dacă animalul este iradiat.

Deasemenea în infecțiunile cutanate razele ultra-violete au o acțiune profilactică prin faptul că măresc rezistența individului și tot odată sterilizează suprafața cutanată. Același efect profilactic îl prezintă și în cazuri de boale infecțioase. Rollier afirmă, că o epidemie de varicelă nu atinge de cât foarte rar copiii iradiați și că tegumentele iradiate prezintă leziuni eruptive mai atenuate. Saidmann spune, că în decurs de o lună de tratament actinic nu a pierdut nici un copil; la fel într'o epidemie de tuse convulsivă, în care 30 copii neiradiați sucombă, dintre cei iradiați nu a murit nici unul. O epidemie de rușeolă nu a făcut nici o victimă. Nu îndrăznesc a trage la îndoială citatele acestor autori de mare valoare, țin însă să amintesc, că în serviciul nostru, cu toate că au sucombat puțin copiii iradiați, totuși există un procent — însă minim — de mortalitate. Nu este mai puțin adevărat, că mortalitatea infantilă este în funcție de un complex întreg de factori, cari vor trebui precizați de fiecare dată pentru a putea acuza sau elimina rolul lor în determinarea mortalității.

O asemenea importanță are rolul profilactic al actinoterapiei și în tuberculoză. Mathieu, Veil, Saidmann și Le maire au arătat, că indivizii predispuși la tuberculoză, sau chiar cei cari au prezentat deja semne de localizare bacilară, au rămas în stare foarte bună dacă erau expuși razelor ultra-violete.

Odată cunoscute aceste raze și mai ales cunoscându-se proprietățile lor, să trecem la studiul distrofiilor infantile, arătând efectul acestor raze în cazurile personale.

III. Distrofiile infantile

Se numește distrofie, o stare patologică contrară eutrofiei, o stare de denutriție, rezultată pe urma perturbației echilibrului dintre procesele de asimilare și desasimilare. În general se spune, că un copil este în stare de distrofie atunci, când dezvoltarea lui nu corespunde vârstei în care se află.

Nomenclatura acestor tulburări de nutriție este foarte variată. Autorii nu au căzut încă de acord asupra unei nomenclaturi uniforme. Vedem că diferitele școli, ba chiar și cei aparținători aceleși școli, întrebunțează diferiți termeni pentru aceeași stare de denutriție, fapt care face destul de dificilă înțelegerea acestui capitol al patologiei infantile.

În veacul al 16-lea aceste stări de denutriție se numeau „emaciere infantilă” sau „atrofie infantilă”. Numirea generală, care era acceptată de toată lumea înainte de Parrot, era cea de „atrofie”. Parrot văzând că numirea „atrofie” este prea generalizată și că ea se poate pune ușor în legătură cu un organ singular atrofizat, introduce numirea de „atrepsie”.

Prof. Marfan acceptă și el această numire de atrepsie, dar numai pentru cazurile mai grave și numai pentru etatea de până la patru luni. El diferențiază trei grade de atrepsii. Văzând că dispariția țesutului celulo-adipos se face într-o anumită ordine, el utilizează această succesiune ca bază de clasificare a celor trei categorii pe cari le deosebește. Primul grad este hipotrepsia grad I. (sau ușoară) cu subțierea țesutului celulo-adipos pe trunchiu și abdomen. Hypotrepsia grad II., este caracterizată prin dispariția țesutului celulo-adipos de pe trunchiu, abdomen și prin subțierea acestui țesut la nivelul membrelor. În fine pentru gradul III. Marfan rezervă numirea de „atrepsia lui Parrot”. Caracterul acestei distrofii rezidă în dispariția completă a țesutului celulo-adipos atât pe trunchi, abdomen și membre cât și pe față, care ia un aspect triangular, zbârcit, bătrânesc (facies Voltairian).

Nobecourt consideră aceste stări de denutriție ca niște sindrome clinice. Pentru cazurile foarte înaintate el folosește numirea de „cașexie”. Tot el împreună cu colaboratorii săi, găsind la copiii ce prezentau atrepsia lui Parrot o azotemie în lichidul cefalo-rachidian, mai numește aceste din urmă atrepsii și atrepsii azotemice.

Variot, folosește numirea de atrofie, rezervând „hipotrofia” pentru tulburările de denutriție din anul II. și III. al vieții.

Finkelstein, și L. F. Meyer, folosesc pentru stă-

rile mai ușoare numirea de „distrofie“, iar pentru cele grave cea de „decompoziție“. Finkelstein însă, formează și anumite subclase ale distrofiilor și anume: a) distrofia hidrostabilă (copii distrofici, prezentând o curbă de creștere în platou sau cu ușoare și neînsemnate variațiuni în greutate) și b) distrofia hidrolabilă (copii distrofiei, cari fac scăderi foarte mari la orice tulburare — ei se joacă cu apa). Chiar și aceste subgrupări au diferite subdiviziuni: ușoare, grave cu sau fără diaree.

Leo Langstein numește formele ușoare de „hipotrofii“, iar pe cele grave de „atrofii“.

În serviciul Centrului pentru ocrotirea copiilor din Cluj, folosim în general numirea de „distrofie“. Distrofiile foarte grave și înaintate le numim „atrofie“ și „decompoziție“, când ele se întâlnesc peste patru luni. Înainte de această vârstă noi le numim „atrepsii“ (Parrot, Marfan).

Reese din definiția distrofiilor, că punerea diagnosticului lor la un copil, nu ar fi un lucru prea greu. Cu toate acestea însă copilul trebuie examinat bine și cu atenție pentru a putea evita erori regretabile mai ales, în cece privește elucidarea momentului determinant, fără de care, fără îndoială, tratamentul va eșua.

Când se examinează copilul, trebuie să-l desbrăcăm complet. În cursul examenului clinic se va da o atențiune deosebită tegumentelor cari, de obicei ne pot da deslușiri însemnate. În distrofiile infantile tegumentele sunt palide, insuficient irigate. Deasemenea mucoasele vizibile, dar mai ales cele ale buzelor, sunt de o culoare foarte palidă, sau de o culoare roșie vie. Acest contrast între culoarea tegumentelor și a mucoaselor vizibile, este de o capitală importanță în stabilirea prognosticului, pledând el pe lângă gravitatea cazului. Examinarea se va extinde apoi asupra turgorului, asupra stării țesutului celulo-adipos la nivelul diferitelor regiuni, pe urma căror constatări stabilim, existența distrofiei și prognosticul ei. O distrofie, unde țesutul celulo-adipos este complet dispărut chiar și pe față, dând copilului aspect de bătrân sau un facies Voltairian va avea un prognostic foarte întunecat. Marfan afirmă că aceste stări grave (atrepsie grad III.) se termină întotdeauna cu moarte. În serviciul Centrului însă am avut cazuri unde, cu toată distrofia gravă (atrepsie grad III.) evoluția a fost favorabilă. Ca exemplu pot cita cazul O. I. No. fp. 13609. adus în institut la vârsta de patru luni cu o greutate de 2400 gr. prezentând o stare gravă de distrofie (atrepsie gradul III.). Acest copil, care după concepția lui Marfan era pierdut, după

un interval mai îndelungat de staționare și tatonare a prezentat o frumoasă ascenziune a curbei de creștere, ca o consecință a unui regim alimentar adecvat. În prezent are o greutate de peste 5200 gr. la vârsta de 10 luni. Turgorul la distrofiiei este scăzut sau chiar dispărut complet. Elasticitatea pielii, este mai mult sau mai puțin redusă, ajungând în cazurile grave, la o completă dispariție. Țesutul celulo-adipos de asemenea este redus sau dispărut. Prinzând tegumentele între degete, pentru cercetarea turgorului, ele vor forma pliei, cari se mențin timp mai îndelungat chiar și după eliberarea lor. Conservarea plicelor se constată îndeosebi pe abdomen și în regiunea adductorilor coapsei.

Nu vom uita să cântărim copilul pentru a-i stabili greutatea, precum, și asemenea îi vom măsura și lungimea corpului. Luarea acestor date este deasemenea importantă. Greutatea copilului trebuie însă raportată la greutatea lui dela naștere. Se va pune o importanță deosebită pentru luarea exactă a antecedentelor în mod precis. Greutatea va trebui să fie raportată și la lungimea corporală. În distrofiile ușoare, lungimea corporală nu suferă deloc. Găsim deci în acest stadiu al tulburării de nutriție, numai o scădere în pond. În distrofiile grave însă, sau în cele de lungă durată, dar mai ales în atrofii lungimea corporală este deasemenea deficitară. Deci raportul dintre lungimea corporală și greutate ar putea fi și un criteriu de prognostic.

Pe lângă aceste simptome ale distrofiilor, ar mai fi de amintit — afară de scaune, vărsături, recurgitări etc. — și starea de tonicitate musculară a copilului. O hiper sau hipotonie musculară, care se poate constata, fie ridicând copilul de picioare, lăsându-l să atârne cu capul în jos, fie apăsându-l pe abdomen, când se va întâlni o rezistență exagerată sau redusă, fapt care va pleda întotdeauna pentru o stare de distrofie (Langstein).

În afară de aceste distrofii, unde avem de a face cu o rămânere în dezvoltare, mai sunt însă și alte distrofii, unde din contra avem o dezvoltare mai mare ca și normal, cu o greutate corporală superioare celei ce ar corespunde vârstei și cu un țesut celulo-adipos, cel puțin la apariție, hiperdezvoltat. Copiii ce prezintă această stare, în ochii laicilor trec drept copii sănătoși și bine dezvoltați; la palparea țesutului muscular și turgorului lor, avem însă o senzație de păstoșitate sau de moliciune. Această stare de distrofie caracterizată printr'o depozitare abundentă de grăsime se numește distrofie adipoasă, sau în cazul că țesuturile la pipăit sunt păstoase adipo-so-păstoasă.

Pentru o mai bună orânduire în stabilirea efectelor terapeutice a razelor ultra-violete, credem potrivit de a păstra scheletul distrofiilor înjghebat de către autorii germani, după momentele lor determinante: constituția, alimentația, infecțiunile, diferitele îmbolnăviri, și îngrijirea și mediul încunjurător. Vom avea deci: distrofii constituționale, alimentare, prin diferitele îmbolnăviri și prin lipsă de îngrijire.

Distrofiile constituționale

(e constitutione).

Constituția unui copil ar fi: suma posibilităților de dezvoltare în cadrele anumitor limite, primite încă din timpul procreerii (Langsteïn). Ea poate fi apreciată, după felul cum copilul reacționează la diferite influențe externe. De calitatea ei ne putem convinge numai după un timp de observație mai îndelungat. Anumite supozițiuni sunt viabile și în baza unor antecedente precise (părinți bătrâni, mortinatalitatea și mortalitate infantilă), fac presupunerea unei constituțiuni de inferioară calitate.

Un copil cu constituție bună, va rămâne în stare de eutrofiie, nu numai atunci când el se bucură de o alimentație naturală și de un regim bine echilibrat, ci chiar și atunci când el este supus unei alimentații artificiale, care nu se află în deplin acord cu cerințele calorice și ale echilibrării. Un copil eutrofic va învinge până la un anumit grad și lipsa de îngrijire și inferioritatea mediului. El nu reacționează ușor la răcirii și supraîncălziri sau chiar dacă reacționează și în aceste cazuri face forme mult mai ușoare de boală, cu o durată mai scurtă.

Fără de acești copii, cu constituție bună, cei cu constituție rea sunt foarte senzibili la toate variațiunile externe. O ușoară gripă, schimbare în alimentație, sau lipsă de îngrijire într'un mediu mai puțin favorabil, provoacă tulburări grave, de lungă durată, ajungând în stare de distrofie. Readucerea lor la o stare fiziologică normală, este foarte anevoiasă reclamând multă răbdare și pricepere.

Lederer deosebește următoarele categorii de distrofii constituționale:

Distrofiile determinate de un a) deficit de albumină în organismul copilului,

b) formele de eczemă la copii mici, cari se prezintă cu toată îngrijirea bună,

c) eritrodermia descuamativă,

d) diateza exudativă descrisă de Czerny, caracterizată prin tendința la inflamație a tegumentelor și mucoaselor,

e) diferitele nevropații caracterizate prin reacțiuni prompte ale organismului la diferite influențe externe; precum și vătărurile nervoase habituale, sau cele provocate de pilorospazm și pilorostenoză,

f) Rachitismul și Spasmofilia.

Distrofiile constituționale amintite sub literile a, b, c și d, stând în strânsă legătură cu alimentația, este foarte natural ca efectul, terapeutic să fie în funcție de alimentație. Raportul intim care se află între aceste stări de distrofie și alimentație, ne-a făcut să nu așteptăm un rezultat prea mare din partea actinoterapiei. Această presupunere a noastră — credem justă — ne-a făcut că acestui grup să nu-i acordăm o atențiune prea mare. Incercările, dealtfel foarte modeste, dela acest capitol au confirmat pe deplin scepticismul nostru inițial. Trei cazuri de diateză exudativă din serviciul nostru, în afară de regimul recomandat de Czerny, (a cărui valoare absolută este contestată dealtfel de către Langstein), prezentând anumite leziuni caracteristice ale tegumentelor inclusiv pielea păroasă a capului, au fost supuse razelor ultraviolete. Cu toate că în presa străină s'au ridicat voci pentru constatarea unor efecte salutare, noi nu am fost în situația să putem constata nici o ameliorare a leziunilor tegumentare. O îmbunătățire în cece privește starea generală este evidentă și în aceste cazuri, dată fiind predispoziția deosebită a acestor distrofii la diferitele infecțiuni, îndeosebi ale căilor respiratorii.

Rachitismul, este o distrofie generală dar mai ales o distrofie a sistemului osos, care suferă anumite modificări până la deformări definitive. Vârsta cea mai prielnică a rachitismului este vârsta de creștere; de aceea se pot diferenția trei feluri de rachitism. (G. Mouriquand). 1. Rachitismul comun sau cel din prima copilărie. El apare mai ales în luna 2-a și ține până la trei ani. 2. Rachitismul tardiv care poate fi a) comun prelungit (dela 4 la 10 ani), b) recidivant, care apare în perioada de pubertate, c) localizat, care apare în perioada puberă sau prepuberă; și 3. Rachitismul congenital negat de unii autori ca Apert, care spune, că nu l'a întâlnit niciodată; susținut însă de Marfan, care menționează câteva cazuri. Acest rachitism apare dela naștere sau la puțin timp după aceea, prezentând simptomele: cranio-tabesul, tumefierea epifizelor și incurvațiunea diafizelor.

Experiențele câștigate în serviciul Centrului pentru ocrotirea copiilor se referă îndeosebi la rachitismul din prima copilărie. Această boală interesează mai ales sistemul osos,

sistemul circulator (sângele) și sistemul muscular (Marfan).

Leziunile osoase interesează toate oasele. Mai ales este însă de remarcat: craniotabesul, care se prezintă din partea oaselor craniene. Locul de predilecție este osul occipital, cu toate că poate să apară la nivelul tuturor oaselor boltei craniene (os frontal, temporal, etc.). Timpul de apariție obișnuit al craniotabesului este la 3 luni și în general dispare în luna 8—9. În ce privește natura rachitică a lui s'au ivit multe discuții. Moore și Dennis admit craniotabesul de natură rachitică. Wilson, dar mai ales Comby consideră craniotabesul ca un fenomen banal de o frecvență mare, când apare precoce. Craniotabesul tardiv, după patru luni, chiar și după acești autori formează un simptom al rachitismului.

Alte leziuni osoase, ce apar ceva mai târziu, se prezintă sub forma unor tumefieri a extremităților oaselor lungi, în special la nivelul extremității inferioare a tibiei și a radiului cu o incurvațiune a diafizelor acestor oase, precum și mățăniile costale și diferitele diformități ale cutiei craniene și toracice.

Leziunile sistemului muscular se pot considera ca o adevărată miopatie rachitică (Bowmann). Ele se caracterizează prin o hypotonie musculară, ce se prezintă în mod variat: abdomen de batracian, tulburări intestinale, caracterizate prin diaree sau constipație datorită unei alungiri a anselor intestinale (Marfan). Motilitatea în general suferă, copii cu toată vârstă înaintată rămân în întârziere cu funcțiunile statice: se ridică și umblă abia cu mult mai târziu decât la termenele obișnuite. Simptomele sanghine se referă la plasma și la elementele figurate ale sângelui. În plasma sanghină se observă o diminuare a fosforului mai mult a celui anorganic, simptom constant și o diminuare a calciului, care simptom însă pledează mai mult în favoarea tetaniei.

Modificările pe cari le prezintă elementele figurate ale sângelui în rachitism sunt: diminuarea hemoglobinei și a globulelor roșii cu o ridicare a numărului globulelor albe. E. Lesné și L. de Gennes împart aceste anemii rachitice în 3. clase: a) anemii ușoare 350000—450000 glob. roșii, b) anemii mijlocii 300000 glob. roșii și leucocitoză mai pronunțată și c) anemii grave cu un tablou asemănător anemiei pseudo-leucemice.

Un alt simptom care este mai mult o consecință a diminuării rezistenței copilului rachitic este reprezentat prin infecțiile cutanate secundare. Condițiunile avantajoase pentru evoluția infecțiilor secundare sunt oferite de rezistența și

imunitatea redusă, caracter comun al tuturor distrofiilor precum și de transpirațiunile rachitice profuze.

Legătura dintre rachitism și lipsa de soare, se pare a fi încă de mult stabilită. Escherich arată frecvența rachitismului în cursul iernei, la copii dela sate ținuți în camere mici lipsite de soare și conținând un aer viciat. Acest rachitism dipare primăvara, deci factorul determinant al lui ar fi între altele și o carență solară (Woringer), precum și o carență ultra-violetă (Huldchinsky, Hess); cea din urmă reese din cercetările, cari au demonstrat pierderea proprietăților rachitigene ale regimului Pappenheimer, atunci când animalul este supus în acest timp și razelor ultra-violete. Mai joacă rol în etiologia rachitismului, pe lângă alimentație și hereditatea (frecvența heredosifilisului) și lipsa vitaminelor (rachitismul fiind deci și o avitaminoză (Stopp, György).

Influența favorabilă a actinoterapiei se remarcă aproape asupra tuturor simptoamelor rachitice, aducând o ameliorare evidentă. Asupra leziunilor osoase exercitează o acțiune destul de rapidă, mai ales asupra craniotabesului. Marfan, Turquetey și Dorlencourt afirmă că craniotabesul la copiii de 4 luni dispare în câteva ședințe de iradiație. Leziunile osoase epi și diafizare ale oaselor lungi cedează și ele însă mai puțin repede ca și craniotabesul. Evoluția proceselor de vindecare se poate bine observa și urmări la imagina radiografică a oaselor. Această imagine rachitică diferă de cea normală prin: lipsa de intensitate a umbrei osoase, prin întârzierea apariției punctelor de osificare, prin hipertrofia transversală a liniei de osificare cu dințarea ei sau deformarea în cupulă. Toate aceste leziuni, în cercetările lui Lesné și L. de Gennes au dispărut după 40 de ședințe de actinoterapie cu o durată de 10 minute în medie și pe lângă o distanță de 80 cm.

Influența vădită a actinoterapiei asupra hypotoniei musculare se observă prin vioiciunea ce o capătă acești copii, precum și prin acea că după un interval de timp ei încep ca să se ridice și să umble.

Efectul asupra sângelui al actinoterapiei s'a putut dovedi prin cercetări de laborator. Fosforul crește. Până ce înainte de actinoterapie era scăzut chiar la jumătate cifrei normale după tratament apropiat sau chiar depășește această cifră (E. Lesné și L. de Gennes.) Deasemenea se mai observă o creștere a hemoglobinei și a globulelor roșii, pe când globulele albe încep să scadă. (Biancani), Mlle Tixier). Asupra elementelor figurate ale sângelui acțiunea actinoterapiei nu este identică. Cel mai mare efect se vede în anemiile ușoare

Efect mediocru în cele mijlocii, iar anemiile grave nu se pot influența deloc. (E. Lesné, Turpin). Modul cum acționează în rachitism razele ultra-violete nu este încă bine explicat. Stabilindu-se că aceste raze nu sunt penetrante, decât în mică măsură, se crede că ele acționează mai mult asupra sângelui circulant din capilarele tegumentelor și asupra terminațiilor nervoase (Lestoquei, Biancani). Leon Blum, Delaville și Van Caulaert arată din cercetările lor că la rachitici este aproape constant o diminuare a rezervei alcaline deci, deduc ei, o deranjare a echilibrului acidobazic, care se opune la fixarea Ca. și Ph. în oase și că razele ultra-violete ar avea o acțiune directă asupra sângelui diminuând aciditatea ionică favorizând astfel osificarea.

Redau câteva cazuri de distrofii rachitice observate personal în serviciul nostru:

I. A. C. No. Fp. 13028. născut în 15/I. 1925. Primit în serviciul nostru în 28/V. 1925.

Antecedente heredo-colaterale: mama a avut R. Wassermann parțial pozitivă pe când era la clinica ginecologică. Antecedente personale: copilul născut la termen cu o greutate de 3500 gr.

La primire are o greutate de 3400 gr. În serviciul nostru face pielonefrită, abces perianal, coriză sanghinolentă, gripe repetate și otită. Mama cât a stat la noi a prezentat simptome de ulcer duodenal (diagnosticat la clinica medicală) cari cedează la Neosalvarsan. Alimentația copilului în institut este mixtă. R. Wassermann negativă la copil și mamă. R. Pirquet negativă la copil. Copilul primește 5 serii de Neosalvarsan. La începerea actinoterapiei copilul prezintă la vârsta de 19 luni o greutate de 6440 gr. pe lângă o stare generală foarte rea. Plânge mult, dar mai ales când este ridicat sau chiar și atunci când vede că cineva se apropie de el. (Dureri spontane atroce). Tegumentele și mucoasele palide. Vene distrofice pe cap. (Fournier). Turgorul dispărut, țesutul celulo-adipos scăzut considerabil. Abdomenul balonat. Sistemul muscular puțin dezvoltat. Craniul relativ mare în raport cu corpul, dinții absenți. Toracele în formă de navă, cu retracțiuni costale accentuate, mățanii costale, manșete rachitice. Aparatul respirator și digestiv normal, splina nu se palpează, ficatul nu este mărit.

Diagnosticul: sifilis congenital, rachitism, distrofie.

Actinoterapia se face la început zilnic mai apoi tot la 2 zile. (20 I. 1927. 18/III. 1927.). Timpul de iradiație începe cu câte 1. minut pe o parte, ajungând la 15 minute pe fiecare parte a corpului. Distanță de iradiere la început 1. metru

mai apoi se scade treptat până la 70 cm. In total s'au făcut 30 de ședințe.

Accidente: la a 6. ședință face un eritem actinic complicat cu flictene pe fese. Se face tratament obișnuit și se sustrage această regiune dela raze, tratamentul actinic însă continuă.

Efectele bune ale actinoterapiei se arată încă dela ședința 14. Copilul începe să fie mai vioi, nu mai plânge nici chiar atunci când este ridicat. Asupra greutateii și dezvoltării lui nu se poate observa vre-o ameliorare apreciabilă, la fel puțină ameliorare asupra sângelui.

| | |
|-----------------------|----------|
| Hemoglobina 50% | 65% |
| Globule albe 10300 | 14900 |
| Globule roșii 3304000 | 3408000 |
| Greutatea 6440 | 6750 gr. |
| Lungimea 72 cm. | 72 cm. |
| Perim. torac. 42 cm. | 42½ cm. |
| Perim. cap. 46 cm. | 46 cm. |

In prezent copilul se simte bine. Dinții incisivi apăruti. Apropierea personalului îngrijitor este salutată cu multă plăcere și voicune mare. Incepe să se ridice, iar greutatea Clui la începutul lunii Sept. a fost de 9400 gr. (dela 6440 gr. cât a fost la instituirea tratamentului). Durerile spontane dispărte.

II. E. O. No. Fp. 13443. născută în 25/IV. 1926. primită în institut la 15/IX. 1926.

In antecedentele heredo-colaterale și personale nimic important. Născută la termen, alimentată natural, 4 săptămâni, ablactată la 6 săptămâni. R. Wassermann negativă la copil și mamă, R. Pirquet și Mantoux negative la copil.

In serviciul Centrului face tulburări digestive grave cari durează timp de o lună, în care timp perde din greutate 1100 gr. (la vârsta de 6 luni).

Aspect de distrofie cu dispariția țesutului celulo-adipos. Tegumentele palide, mucoasele normal colorate. Craniotabes accentuat fără alte semne de rachitism.

Diagnosticul: Distrofie, rachitism.

Iradiațiunile încep în 21/I. 1927. cu distanța de 1 metru, pe fiecare parte, scăzând treptat până la 80 cm. Timpul de iradiație începe cu 1 minut pe fiecare parte, ajungând treptat la 15 minute. Se fac în total 20 ședințe.

Accidente actinice nu s'au prezentat. Craniotabesul dispăre abia după 15 ședințe de iradiațiune. Câteva caracteristice de ameliorare rezultă din următorul tablou:

| | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------------|-----------|
| Greutatea (în 21/I. 927.) | 5930 gr. | (în 22/II. 927.) | 6750. gr. |
| Lungimea | 64 cm. | | 68 cm. |
| Perim. cap. | 40 $\frac{1}{2}$, cm. | | 41 cm. |
| Perim. torac. | 40 $\frac{1}{2}$, cm. | | 43 cm. |

De reținut dispariția craniotabesului abia după 15 ședințe de actinoterapie, mult mai mare timp decât cel indicat de către școala lui Marfan.

III. C. E. No. Fp. 13448. născută în 4/IX. 1926. primită în institut la 19/IX. 1926. cu o greutate de 3500 gr.

În antecedentele heredo-colaterale și personale nimic important. Născută la termen, alimentată natural în mod neregulat.

În institut face infecții gripale și tusă convulsivă. La începerea tratamentului actinic prezintă o stare de distrofie ușoară cu țesutul celulo-adipos puțin dezvoltat mai ales pe membre și trunchi. Craniotabes fără alte simptome rachitice.

Diagnosticul: distrofie ușoară cu rachitism ușor.

Actinoterapia începe în 28/I. 1927. terminându-se în 22/III 1927. Distanța de iradiatione la început I. m. ce se scade treptat până la 80 cm. Timpul de expunere începe cu 1 minută pe fiecare parte, ridicând treptat până la 15 minute. În total s'au făcut 20 de ședințe. Craniotabesul dispare după 9 ședințe. Dinții încep să apară. Deasemenea alte schimbări constatate rezultă din următoarele date:

| | | | |
|-----------------------|--------------------------------|----------------|------------------------|
| Greutate (28/I. 927.) | 5880 gr. | (13/III, 927.) | 6300 gr. |
| Lungimea | 60 cm. | | 60 cm. |
| Perim. cap. | 40 $\frac{1}{2}$, cm. | | 40 $\frac{1}{2}$, cm. |
| Perim. torac. | 40 cm. | | 40 cm. |

IV. T. R. No. Fp. 13676. Născută în 10/V. 1927. Primită în institut la 23/V. 1927. cu o greutate de 3100 gr. Lungimea 49 cm. Perim. cap. 34 cm. cel al toracelui 33 cm.

În antecedentele heredo-colaterale nimic important. Antecedente personale: născută la termen, alimentată natural, iar după intrarea în institut, mixt cu lapte de mamă și babeurre. R. Wassermann negativă la copil și mamă. R. Mantoux ușor pozitivă la copil.

Copilul prezintă tegumentele palide la fel și mucoasele vizibile. Ganglionii axilari și cervicali puțin palpabili. Turgorul flasc, țesutul celulo-adipos mai puțin dezvoltat în special pe trunchi, vulvo-vaginită. În institut copilul prezintă o stăgere în creștere, ceace ne-a făcut să-i căutăm cauza. Se găsește ușor craniotabes, fără alte simptome rachitice.

Diagnosticul: distrofie și rachitism ușor.

Iradiațiunile încep în 5/IX. 1927. la vârsta de 4 luni, cu

timpul de iradiație de câte 5 minute pe fiecare parte a corpului și este augmentat treptat până la 15 minute. Distanța de iradiație dela început este de 50 cm. și rămâne constantă. Accidente actinice prezintă sub formă de eriteme, cari sunt mai accentuate pe față. In total s'au făcut 20 ședințe. Cranio-tabesul dispăre abia după 15 ședințe.

| | | | | |
|------------------------|----------|-----------|---------------|----------|
| Greutatea (5/IX. 927.) | 5200 gr. | | (25/IX. 927.) | 5500 gr. |
| Lungimea | 57 cm. | | | 59 cm. |
| Perim. torac. | 39 cm. | | | 40 cm. |
| Perim cap. | 39 cm. | | | 40 cm. |

V. I. M. No. Fp. 13636. născut în 24/III. 1927. Primit în institut la 6/IV. 1927. cu o greutate de 3100 gr.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță. Antecedente personale: născut la termen, și alăptat natural până la intrare în institut apoi mixt cu lapte de mamă și babeurre. In 9/V. se plasează în Cluj împreună cu mama. Revine în institut la 12/V. 1927. cu o greutate de 3500 gr.

Copilul prezintă o stare de distrofie. Tegumentele palide, mucoasele vizibile de asemenea. Turgorul puțin elastic cu țesutul celulo-adipos diminuat pe trunchii și membre, ceva mai bine păstrat pe față. Ganglionii inghinali, axilari și cervicali palpabili. Splina, ficatul normal. Cranio-tabes. R. Wassermann negativă la copil și mamă. R. Pirquet și Mantoux negative la copil.

Diagnosticul: distrofie, rachitism.

Iradiațiile încep în 5/VIII. 1927. cu trei minute pe fiecare parte a corpului la o distanță de 50 cm. Timpul de expunere se crește treptat până la 15 minute, distanța rămânând constantă. In total s'au făcut 30 de ședințe, la început tot la 2 zile, mai apoi zilnic. Accidente actinice nu sa'u prezentat.

Cranio-tabesul foarte rezistent la raze. O ameliorare se observă abia după 19 ședințe. Dispare complet după 24 ședințe.

| | | | | |
|--------------------------|----------------------|-----------|--|----------|
| Greutatea (5/VIII. 927.) | 4600 gr. | | | 5500 gr. |
| Lungimea | 57 $\frac{1}{2}$ cm. | | | 62 cm. |
| Perim. cap. | 39 cm. | | | 42 cm. |
| Perim. torac. | 37 cm. | | | 41 cm. |

VI. M. S. No. Fp. 13677. Născut în 21/IV. 1927. primit în institut la 23/V. 1927. cu o greutate de 3000 gr. Lungimea de 48 cm. Perimetrul capului 36 cm. cel al toracelui 33 cm.

Antecedentele heredo-colaterale și personale: nu se cunosc deoarece copilul a fost adus de către străini.

Tegumentele palide, mucoasele vizibile normal colorate. Ganglionii axilari, cervicali și cubitali ușor palpabili. Turgor flasc. Țesutul celulo-adipos puțin dezvoltat mai ales pe abdomen și membre. Craniotabes bilateral, și mătăni costale. R. Wassermann negativă, R. Mantoux ușor pozitivă.

Diagnostic: distrofie, rachitism.

Irațiațiile încep în 29/VIII. 1927. cu timpul de iradiație de trei minute pe fiecare parte a corpului, crescând treptat până la 15 minute. Distanța este constantă de 50 cm. În total s'au făcut 30 de ședințe. Craniotabesul deși ameliorat totuși persistă.

La sfârșitul seriei de actinoterapie, face infecțiuni cutanate pe pielea păroasă a capului, ceiace ne-a determinat să supunem copilul la o nouă serie de iradiațiuni.

| | | | |
|---------------------------|--------------------|---------------|---------|
| Greutatea (29/VIII. 927.) | 3930 gr. | (20/IX. 927.) | 4980 gr |
| Lungimea | 56 cm. | | 63 cm. |
| Perim. cap | 39 cm. | | 42 cm. |
| Perim. torac. | 35 1/2 cm. | | 39 cm. |

Reese deci și din cazurile personale, că distrofiile rachitice sunt bine influențate prin actinoterapie. Țin să relev însă faptul că în observațiile personale craniotabesul nu a dispărut așa de repede ca și în cazurile semnalate de către Dorencourt, Turquetey și alții, cari amintesc că această leziune precoce a oaselor craniene dispăre după câteva ședințe. În cazurile arătate mai sus, craniotabesul a dispărut (afară de un singur caz) după 9—20 ședințe. Explicația poate fi găsită — cel puțin în parte — și în turburările digestive cari au premers apariția craniotabesului în cazurile noastre.

Cred nimerită amintirea spasmodiei deasemenea printre distrofiile de ordin constituțional.

Spasmodia sau tetania infantilă este o boală ce se întâlnește destul de dese ori și nu arare ori are un sfârșit fatal și brusc. Ea este caracterizată prin hipocalcemie și o hiperexcitabilitate a sistemului neuro-muscular.

Etatea cea mai favorabilă apariției acestei boli, este începând dela luna 5—6 în tot decursul primei copilării, cam până la 3 ani. Înainte de luna a 2-a a vieții nu s'a observat aproape de loc. Mai pare să joace rol în apariția tetaniei și sezonul. Cele mai frecvente cazuri au fost observate în lunile Ianuarie—Aprilie, în restul anului frecvența scade, că apoi să dispară aproape complet în sezonul de toamnă.

Tetania prezintă două forme clinice: a) forma latentă, sau cum se mai numește și spasmodia propriu zisă și b) forma manifestă (tetania). Fără de a mai intra în amănun-

tele de simptomatologie clinică a spasmofiliei, cred că e bine să citez numai câteva cazuri de distrofii spasmofilice din serviciul nostru tratate cu razele ultra-violete.

I. B. G. No. Fp. 13486. născut în 10/X. 1926. cu un pond de 3100 gr. primit în institut la 20/X. 1926. cu greutatea de 2600 gr.

Antecedente heredo-colaterale: nimic important. Antecedente personale: născut la termen, alimentat natural de către mamă până la 3 luni, decând are alimentație mixtă. R. Wassermann negativă la mamă și copil, R. Pirquet și Mantoux negativă la copil.

Copil distrofic care începe a se desvolta destul de bine. În ziua de 8/II. 1927. prezintă de 2 ori (dimineața și seara) convulsiuni tonico-clonice ale membrelor, cu respirație sterto-roasă, laringospasm, plafonaj al ochilor etc. Primul acces durează circa 3 minute, cel de al doilea cinci minute. I-se administrează cardiotonice (coff. natr. benz. 0.05, hidrat cloral în clismă 0.50 la 80.0 și calciu clorat 10 gr. la zi.) Din alimentație se suprimă laptele de vacă 2/3, rămânând laptele de mamă cu o dietă hidrică prealabilă de 12 ore. Semnul Chvosteck—Weiss pozitiv.

Diagnosticul: Distrofie și tetanie.

Pe lângă administrarea tratamentului mai sus indicat, copilul a fost expus și razelor ultra-violete. Timpul de iradiație la început este de 1 minut de o parte, se augementează treptat până la 15 minute, pe fiecare parte a corpului. Distanța de 80 cm. se reduce treptat până la 60 cm. În total se fac 30 de ședințe.

Accesele nu s'au mai prezentat. Semnul lui Chvosteck—Weiss a dispărut. Tratamentul a fost prelungit cu scopul de a asigura o vindecare și pentru a trata și anumite leziuni cutanate pemfigoide, cari după 5 ședințe s'au și vindecat. Leziunile cutanate s'au prezentat în decursul tratamentului actinic.

| | | | | |
|------------------------|----------|-----------|--------------|---------|
| Greutatea (9/II. 927.) | 5850 gr. | | (19/4. 927.) | 6450 gr |
| Lungimea | 61 cm. | | | 62 cm. |
| Perim. cap. | 42 cm. | | | 42 cm. |
| Perim. torac. | 41 cm. | | | 41 cm. |

II. V. M. No. Fp. 13594. născut în 11/VIII. 1926., primit în institut la 23/II. 1927. (la 6 luni cu o greutate de 5300 gr., lungime de 60 cm. perim. cap. 42 1/2 cm. cel al toracelui 39 cm. Pondul dela naștere nu se cunoaște.

În antecedente heredo-colaterale: mama moartă afirmativ de tuberculoză, a avut 7 faceri. Un copil a murit. Tata a

suferit un traumentism la cap. Din antecedentele personale rezultă că ar fi născut la timp. Este alăptat natural de mamă timp de 3 și jumătate luni în mod neregulat, de atunci ar fi primit lapte de vacă nediluat. Ar fi fost ablatat la 4 luni. R. Wassermann, Pirquet și Mantoux negative.

În serviciul nostru face o bronhopneumonie care ține 14 zile. După bronhopneumonie prezintă crize de laringospasm și semnul lui Chvostek—Weiss pozitiv.

Diagnosticul: distrofie, spasmofilie.

Se institue cura de clorură de calciu (6 gr. pe zi) și actinoterapia. În aceeași zi însă după o injecție de oleu camforat, face o criză de convulziuni, cari sunt mai mult limitate la extremitatea cefalică (plafonajul ochilor, contracțiuni ai mușchilor feței etc.).

Tratamentul actinic s'a făcut în două serii. Prima serie durează din 5/III. 1927. până în 11/IV. 1927. constând din 30 ședințe. Durata expunere începe cu 3 minute pe fiecare parte, la o distanță de 80 cm. ajungând la 15 minute cu o distanță de 50 cm. A doua serie începe în 7/VIII. 1927. și ține până în 20/VIII. 1927. iradiațiuni zilnice cu aceeași durată de expunere ca în seria primă, distanța însă permanentă de 50 cm. Accidente actinice nu a prezentat.

Crizele convulsive nu au mai reapărut. Accesele de laringospasm dispar după 4 ședințe. Semnul lui Chvostek—Weiss dispărut după 6 ședințe. În decursul tratamentului actinic face infecțiuni cutanate pe pielea păroasă a capului, cari însă în scurt timp se vindecă, recidivând încă odată, dar tot cu o durată foarte scurtă.

Nu este exclusă posibilitatea că acest copil să fi primit înainte de internare o alimentație unilaterală cu hidrați de carbon, care ar putea explica pierderea aproape completă a imunității, care face că sub tratamentul razelor ultra-violete infecțiunile piodermice să recidiveze în repetite rânduri. Tot constatarea recidivelor infecțiunilor tegumentare, cred că sunt de natură să demonstreze starea de denutriție a internaților noștri, care ar explica o expunere mai îndelungată față de materialul eventual observat de alți autori.

| | |
|--|-----------------------|
| Greutatea (luna febr. 927.) 5300 gr. | (VIII. 927.) 7100 gr. |
| Lungimea | 64 cm. 69 cm. |
| Perim. cap. | 43 cm. 45 cm. |
| Perim. torac. | 43 cm. 45 cm. |

III. S. E. No. Fp. 13399. născută în 22/XI. 1922., primită în institut la 22/VIII. 1926. dela clinica dermato-venerică.

Antecedente heredo-colaterale și personale: Tata mort în

urma unei afecțiuni stomacale, mama trăește și este sănătoasă. Copila mai are o soră. Este trimisă de clinica dermatovenerică cu diagnosticul de ichtioză, care ar fi început la vârsta de 8 luni, la nivelul membrilor, ca apoi să se generalizeze pe întreg corpul.

La primire copila prezintă o greutate de 8500 gr. (la etatea de 3 ani și opt luni), cu tegumentele îngroșate de culoare brună-verzuc-albă cu un aspect tigrat. Piele xeroasă cu multe scuame. Afecțiunea tegumentelor este extinsă pe tot corpul afară de pleoape și interesează mai mult fața extensorică a membrilor, în special coatele și genunchii.

În institut face gripe repetate, ascaridoză și tuse convulsivă. În luna Martie a. c. se observă că prezintă accese tipice de laringospasm, cari durează câteva minute. Semnul lui Chvostek—Weiss intens pozitiv interesând întreaga față.

Diagnosticul: distrofie, spasmofilie și ichtioză.

Pe lângă reducerea laptelui de vacă și medicația acidozantă (clorură de calciu 10 gr. la zi) se începe și actinoterapia. Irradiațiile încep cu 10 minute pe fiecare parte, a corpului dela o distanță de 80 cm. ajungând la 15 minute dela o distanță de 50 cm. Accidente actinice nu s'au prezentat. În total s'au făcut 25 ședințe.

Crizele de laringospasm au dispărut complet. Semnul lui Chvostek—Weiss deși foarte mult diminuat totuși persistă. În decursul tratamentului actinic face infecțiuni cutanate pe pielea păroasă a capului (la 14 ședință), cari însă dispar relativ repede (la a 17 ședință).

Greutatea în decursul tratamentului a sporit dar nu așa de mult, cauza pare să fie infecțiile gripale repetate și starea de distrofie înaintată pe care o prezenta. După tratament însă începe a se ridica în picioare sprijinindu-se de bara patului. Se începe a doua serie de iradiațiuni. Timpul de expunere este același, însă distanță de iradiație este constantă de 50 cm. Se fac 20 ședințe. Semnul lui Chvostek—Weiss dispăre pentru ca să reapară iarăși, deși foarte atenuat dar mai ales prezent de partea dreaptă.

| | | | | |
|-----------------------|----------|-----------|-------------|----------|
| Greutatea (III. 1927) | 9100 gr. | | (VII. 1927) | 9500 gr. |
| Lungimea | 77 cm. | | | 79 cm. |
| Petim cap. | 47 cm. | | | 47 cm. |
| Perim. torac. | 48 cm. | | | 48 cm. |

IV. I. I. No. Fp. 13458. născut în 22/VIII. 1926., primit în institut la 24/IX. 1926. cu o greutate de 3400 gr. lungimea corpului 56 cm., perim. cap. 35 cm., al toracelui 34 cm.

Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță. R. Wassermann negativă la copil și la mamă. R. Mantoux pozitivă la copil. În serviciul nostru face leziuni exudative în repetate rânduri pe pielea păroasă a capului. Prezintă crize de laringospasm, semnul lui Chvostek—Weiss fiind însă negativ.

Diagnosticul: distrofie, spasmofilie.

În seara de 2/VIII. 1927. face o criză de convulsii, care durează până la ora 1 noaptea. I-se administrează sulfat de magneziu 8 o/o, 0.20 gr. pro klgr. și calciu clorat per os. Criza cedează. După un timp oarecare de acalmie crizele încep din nou încă în aceiași noapte; durează mai puțin și cedează la noi injecțiuni de sulfat de magneziu. Semnul lui Chvostek—Weiss negativ.

Pe lângă tratamentul alimentar (reducerea laptelui de vacă, dar în deosebi a zerului), și cel medicamentos (clorură de calciu) se institue și actinoterapia. Se fac în total 20 de ședințe, dela o distanță focară de 50 cm. Timpul de expunere începe cu 3 minute, pe fiecare parte a corpului și se urcă treptat până la 15 minute.

Crizele tetanice au dispărut și nu s'au mai repetat; creșterea se face foarte bine, copilul este vioi și bine dispus. Culoarea tegumentelor cari au împrumutat un aspect suriu verde a devenit normală.

| | |
|------------------------------|----------|
| Greutatea 6300 gr. | 7150 gr. |
| Lungimea 70 cm. | 70 cm. |
| Perim cap. 42 cm. | 43 cm. |
| Perim. torac. 41 cm. | 42 cm. |

Fiind destul de frecventă asociația rachilismului mai ușor cu spasmofilia, dau mai jos un caz de distrofie infantilă provocată simultan de aceste două boli.

I. C. V. No. Fp. 13099. născut în 25/VIII. 1925., primit în institut la 21/IX. 1925. cu un pond de 3600 gr.

Antecedente heredo-colaterale: tata necunoscut, mama sănătoasă, în anul 1918 a suferit de gripă. A avut două nașteri. Un copil mort la vârstă de 1 an. Antecedente personale: născut la termen alimentat natural timp de trei luni.

La primire în institut prezintă vulvo-vaginată și oftalmie purulentă bilaterală. Pe lângă o alimentație naturală, mai apoi mixtă se dezvoltă relativ bine. Prezintă ușoare fenomene rachitice (mătăanii costale, mansete rachitice). Copila primește două serii de Neosalvarsan. Face infecțiuni gripale repetate și furunculoză. R. Wassermann parțial pozitivă la mamă, la copilă negativă. R. Pirquet și Mantoux negative la copil.

La vârsta de un an datorită insistenței mamei se plăsează copilul la crescători. La vârsta de aproape 2 ani se readuce în institut cu fenomene de bronhopneumonie. La examenul clinic se observă o distrofie gravă, splenomegalie, mătâniile costale și tumefierea epifizelor oaselor lungi. Copilul nu se ridică și nu are nici un dinte. Semnul lui Chvosteck—Weiss pozitiv. La nivelul coloanei vertebrale prezintă o incurvație cu convexitatea îndărăt și cu o rază de curbură mare. La punerea bolnavei pe partea ventrală, curbura dispare. Femurul drept la nivelul terțului superior, prezintă un calus osos (diagnosticat la Radiologie) provenit din vindecarea unei fracturi.

Diagnosticul: distrofie, rachitism și spasmofilie latentă.

Actinoterapia începe în 9/IV. 1927. durând până în 22/VI. 1927. În total s'au făcut 30 de ședințe. Timpul de iradiatie începe cu 5 minute pe fiecare parte a corpului, dela o distanță de 80 cm. ajungând treptat la 15 minute; iar distanță scăzând treptat până la 50 cm. Semnul lui Chvosteck—Weiss dispărut. Starea generală foarte bună. Incisivii apăruți. Începe să se ridice.

| | | | |
|----------------------|----------|------------|----------|
| Greutatea (IV. 927.) | 7350 gr. | (VI. 927.) | 8100 gr. |
| Lungimea | 69 cm. | | 70 cm. |
| Perim. cap. | 42 cm. | | 42 cm. |
| Perim. torac | 46 cm. | | 46 cm. |

De prezent copilul are o greutate de 11 kgr. toți incisivii apăruți și se ridică.

În spasmofilie și tetania infantilă, razele ultra-violete au avut o acțiune pe cât de bună pe atât de rapidă. Spasmurile și convulsivunile devin tot mai rare ca să dispară apoi.

Chiar și semnele de hiperexcitabilitate dispar în timp ce starea generală se ameliorează, iar calciul în sânge ajunge la normal (Huldschinsky, Dorlencourt, Woringer, Saidmann, Mlle. Henry, Tixier și Mlle. Feldzer). În toate cazurile personale s'a făcut pe lângă actinoterapie și cura de clorură de calciu, preconizată de Stanley, Graham și Grace H. Anderson. Rezultatele bune însă par a fi atribuite mai mult razelor ultra-violete; deoarece atât spasmele, cât și hiperexcitabilitatea nervilor periferici a dispărut definitiv (afară de un singur caz) cel puțin până în prezent, lucru ce nu s'a observat după tratamentul cu clorură de calciu.

Tot în cadrele distrofiilor constituționale cad și anumite vicii de conformație la copii, ca: buza de epure, și gura de lup. În provocarea distrofiilor prin aceste malformațiuni în afară de constituție, joacă un rol și alimentația. Copiii cari prezintă gura de lup, aproape în totdeauna sunt hipotalimen-

tați și infomețați. Mamele acestor copii, de cele mai multe ori trec la o alimentație artificială fără însă a administra cantitățile suficiente. Lipsând controlul medical, care să dispună alimentarea copilului cu lingurița, fie cu lapte de mamă muls, fie cu lapte de vacă în diluția și corectarea corespunzătoare, acești copii ajung să prezinte stări grave de distrofie.

Buza de epure pare să nu fie în totdeauna un obstacol la actul de sugere și distrofiile cari se prezintă în legătură cu acest viciu nu se datoresc în totdeauna infometării. În serviciul nostru având câteva cazuri de vicii de conformație s'a putut vedea că pe lângă o supraveghiere bună, copilul ce prezenta buza de epure s'a dezvoltat suficient, ba chiar ce este mai important a putut întreține o secreție abundentă la mamă. Dovadă că gura copilului, dar mai ales buzele lui și-au îndeplinit admirabil rolul de pompă. Distrofiile cari se prezintă la purtătorii acestor vicii de conformație pot fi datorite în special factorului constituțional (așa unui deficit de albumină). Pentru a dovedi aceasta mă refer tot la cazurile din serviciul nostru terminate cu moarte, din cauza unor infecțiuni gripale, cari pentru alți copii nu au avut nici o gravitate.

Îată și rezultatul actinoterapiei la o distrofie, care s'a prezentat la un copil ce prezenta buze de epure:

I. G. V. No. Fp. 13600. (Rev. de ortopedie No. I., Dr. Docent Iancu) timpul de naștere nu se știe precis (luna Ianuarie 1927). Primit în institut la 1/III. 927 cu o greutate de 4100 gr. Lungimea 56 cm. Perim. cap. 38 1/2 cm. cel al toracelui 37 cm.

Antecedente heredo-colaterale: Tata nu se cunoaște. Mama sănătoasă face parte dintr'un grup de 18 copii, câți au fost la părinți, dintre cari de trei ori gemeni aparținând sexelor contrare. Mama poartă o cicatrice la buza superioară partea dreaptă, rezultată din o intervenție chirurgicală pentru corectare buzei de epure.

Antecedente personale: Copilul la vârsta de 7 săptămâni a fost internat cu mamă la Clinica infantilă, unde a stat 10 zile și apoi este transpus tot cu mamă la spitalul de femei pentru a trata vulvo-vaginita acestea. După trei săptămâni revine la Clinica Infantilă de unde după 2 zile se transpune la institutul nostru.

Copilul prezintă o stare de distrofie cu greutate și lungime corporală inferioară celei ce ar corespunde vârstei lui. Tegumentele și mucoasele vizibile palide. Turgorul redus. Stratul celulo-apidos subțiat considerabil pe abdomen și redus pe membre. Buza superioară prezintă o lipsă de

continuitate în partea stângă fiind și procesul alveolar al maxilariului superior interesat. Celelalte organe nu prezintă nimic deosebit. Infecțiuni cutanate pe pielea păroasă a capului.

Diagnostic: distrofie, buze de epure.

Irațiațiile încep în 29/III. 1927. Durata unei ședințe la început de 3 minute pe fiecare parte a corpului, ajungând la 15 minute treptat dela o distanță de 80 cm. în mod constant. În total se fac 12 ședințe însă fără nici un efect deosebit. Curba de creștere prezintă acelaș caracter ca și mai înainte. Infecțiunile cutanate și penfigoide cedează, se ameliorează pentruca să reapară peste câteva zile altele noi.

| | | | |
|--------------------------|------------------|--------------|----------|
| Greutatea (29—III. 927.) | 4530 gr. | (16—IV. 927) | 4760 gr. |
| Lungimea | 58 cm. | | 58 cm. |
| Perim. cap. | 38 cm. | | 40 cm. |
| Perim. torac. | 37 cm. | | 39 cm. |

În acest caz reese ineficacitatea razelor ultra-violete. Cauza rezidă în constituție și lipsa de imunitate proprie distrofiilor. Distrofia ce o prezenta copilul, la început ne-a făcut să credem că este cauzată de buza de epure, care ar fi putut forma o piedică în alimentația la piept a copilului. Am văzut însă că copilul sugea zilnic câte 900 gr. de lapte cantitate suficientă pentru un copil de 4 luni. Mama avea chiar o secreție abundentă de lapte. Aceste constatări ne-au făcut să atribuim distrofia în acest caz nu hipoalimentației, ci constituției însăși a copilului de care ne-am putut convinge atât din antecedentele cât și prin examenul lui. Tot pentru o constituție rea, pledează și infecțiunile cutanate repetate, cari cu tot tratamentul actinic și dermatologic numai cu greu au cedat arătându-se foarte rebele la tratament. De altcum constituția rea a fost confirmată și ulterior prin faptul că la vârsta de 7 luni copilul cu ocazia unei infecțiuni gripale face o formă toxi-infecțioasă cu o considerabilă pierdere de lichid și cu o repentină scădere în greutate, sucombând.

Distrofii alimentare.

(Ex. alimentacione)

Un alt factor determinat al stărilor de distrofie la copii este reprezentat prin alimentație, care poate fi greșită atât sub raportul cantitativ, cât și sub raportul de corelațiune dintre diferiți compuși alimentari, după cum și sub raportul calitativ al alimentelor ingerate.

În ce privește cantitatea alimentelor ingerate de un copil distrofic, ea poate fi mai mare, sau mai mică decât rația

obișnuită. În primul caz vorbim de o supraalimentație, în al doilea caz de o subalimentație. Cu toate că principalul mijloc terapeutic al distrofiilor de origine alimentară, este alimentar și în funcție de repararea greșelilor alimentare determinante; totuși se impune discuția și asupra lor, chiar și la acest loc, dat fiind că în deosebi cele de proveniență hiperalimentară se asociază unor simptome foarte indicate pentru un tratament cu raze ultra-violete.

Distrofiile de origine alimentară prin supraalimentație se întâlnesc în deosebi la copiii alimentați natural, a căror mamă are o secreție abundentă de lapte. Acești copii prezintă un exces de creștere în greutate, cu o hiperdesvoltare a țesutului celulo-adipos (distrofie adiposo-păstoasă) și cu un turgor moale păstos. Aceste distrofii sunt adeseori întovărășite de anumite semne de rachitism.

Un astfel de caz de distrofie adiposo-păstoasă asociată cu rachitism, am avut ocazie de a-l urmări.

I. B. C. No. fp. 13470, născut în 5/IX. 1926 primit în institut la 29/IX. 1926 cu o greutate de 4420 gr.

Antecedente personale și heredocolaterale: copilul la naștere a prezentat o greutate de 4500 gr. Mama copilului prezintă marginea liberă a dinților incisivi superiori centrali în formă de semilună. R. Wassermann la mamă prima dată parțial pozitivă, după provocare însă, rămâne negativă. La copil ea rămâne constant negativă. R. Pirquet negativă la copil.

Copilul la aparență foarte bine dezvoltat. Tagumentele puțin palide, mucoasele vizibile normal colorate. Turgorul bun, țesutul celulo-adipos hiperdezvoltat îndeosebi pe abdomen, unde la flexiunea picioarelor formează cute mari. Cranio-Tabes și splina ușor mărită fără alte simptome rachitice.

În vârsta de 5 luni când începe tratamentul actinic prezintă o greutate de 8400 gr. Cu toate că a fost alăptat respectând intervalele de alăptare, totuși a putut fi supraalimentat. Mama având o secreție abundentă de lapte, și-a făcut o chestiune de ambiție de a-i da la fiecare alăptare câte 200—250 gr. lapte ținându-l la piept timp mai îndelungat de cât 15—20 minute reglementare.

Diagnosticul: distrofie adiposo-păstoasă, rachitism.

Iradiațiile încep în ziua de 5/II. 1927 dela o distanță de 90 cm. care se reduce treptat până la 70 cm. Timpul de iradiație începe cu 1 minut ajungând la 15 minute pe fiecare parte a corpului. În total s'au făcut 30 de ședințe. Cranio-Tabesul dispăre după 17 ședințe.

| | | | | |
|------------------------|----------|--|---------------|-----------------------------------|
| Greutatea (5/II. 927.) | 8400 gr. | | (14/IV. 927.) | 9000 gr. |
| Lungimea | 69 cm. | | | 69 ¹ / ₂ cm |
| Perim. cap. | 43 cm. | | | 43 ¹ / ₂ cm |
| Perim. torac. | 46 cm. | | | 47 cm. |

Având în vedere că razele ultra-violete au influență bună asupra schimburilor nutritive, favorizându-le și accelerându-le, efectul acesta s'a observat și în cazul de față, unde copilul în decurs de 2 și jumătate luni nu a crescut decât 600 gr. copil, care înainte creștea câte 100 gr. zilnic.

Distrofiile cauzate de subalimentație le găsim la copii alimentați atât natural cât și artificial. Ele sunt mult mai ușoare și cu un prognostic mai bun la cei alimentați natural. Nu le voi aborda în întregime, amintesc numai că unele sunt datorite anumitor obstacole cari se prezintă din partea copilului și dintre cari obstacole unele sunt foarte bine influențate prin tratamentul cu razele ultra-violete. Obstacolele cele mai frecvente din partea copilului sunt: bronchopneumonia și alte infecțiuni ale aparatului respirator, debilitatea congenitală, nașterea prematură, sarcina gemelară, copii leneși fără reflexul sugerii, idiști, mixedematoși, nervoși cari refuză sânul mamei, leziunile cavității bucale pe urma intervențiilor obstetricale, aftele lui Bednar, sau ulcerele palatine a lui Parrot anomalii în consistența cartilajilor aripilor nasale, obstruând la fiecare inspirație orificele nasale, malformațiunile maxilarului inferior și a celui superior (buza de epure și gura de lup).

Debilitatea congenitală, nașterea prematură, produsul nașterii gemelare formează materialul cel mai indicat, pentru tratamentul actinic. El acționează asupra plasmei celulare, stimulează creșterea în dezvoltarea copilului debil și este unul din mijloacele excelente, cari pot să contribuie la prevenirea rachitismului, spasmofiliei și anemiilor, cari se instalează cu o deosebită predilecție indeosebi la acești copii constituționalicește inferiori.

Deasemenea lipsa vitaminelor din alimentație poate provoca anumite stări de distrofie. Mai ales se evidențiază aceste stări după luna a 6-a a vieții. Se crede că copilul născându-se ar aduce cu sine multe rezerve dintre cari și cele de vitamine care rezervă îi ajung până la luna a 6-a. Dacă însă copilul în acest interval de timp face infecție repetată, atunci se susține că și rezervele aduse se epuizează mai repede. Urmează deci că pentru a ne pune în gardă față de acest fel de distrofii, să administrăm în mod general la toți copiii trecuți de 6 luni vitamine sub forma de diferite sucuri: de lămâie, portocale, pătlăgele, morcovi și altele uc-

nosucte ca bogate în vitamine. Mai nou se semnalează efecte miraculoase obținute prin anumite alimente expuse în prealabil efectului razelor ultra-violete.

Tratamentul actinic aplicat în serviciul nostru la distrofiile alimentare nu a avut nici un rezultat. Rămâne deci pentru acest fel de distrofie tratamentul dietetic ținând cont de cele două faze ale lui și anume: în primul rând de a mări toleranța organismului debilitat și apoi de a ajuta organismul să-și recâștige substanțele pierdute (urcarea concentrației de albumine, grăsime și hidrați de carbon). Tratamentul cu razele ultra-violete va putea ameliora și susține combaterea infecțiilor piodermice paralel cu administrarea laptelui de mamă, care singur va putea determina de și numai într'un interval de timp foarte lung, urcarea și recâștigarea imunității.

Distrofiile produse de infecțiuni sau de diferite îmbolnăviri.

(Distrofie ex infecțione sau după Langstein: e morbo).

În afară de alimentație, care după cum am văzut poate provoca stări grave de distrofie, aproape toate bolile: infecțioase, acute sau cronice pot provoca astfel de stări. Cele mai importante sunt dintre cele cronice: sifilisul congenital și tuberculoza, iar dintre cele acute maladiile infecțioase și epidemice și infecțiunile cutanate. Mai ales sunt de remarcat infecțiunile gripale cari în mediu colectiv pot să fie o principală cauză determinantă de distrofii. Dată fiind aglomerația de copii, aceste infecțiuni gripale — dacă nu este un control suficient — iau caracter endemic, propagându-se dela un pat la celalt. Mamele și infirmierile cari prezintă o simplă congestie faringiană, fără alte simptome de gripă, reprezintă în permanență izvoare de infecțiuni. De aici rezultă că o persoană adultă cu o faringită cronică (cazuri destul de frecvente) poate menține o contagiune gripală între copii mici. Acest lucru a fost observat și în serviciul nostru, unde în salonul unei infirmiere care prezenta o faringită permanentă, infecțiunile gripale se țineau lanț. Vegetațiunile adenoide și hiperplazia țesutului limfatic constituie și ele la rândul lor un mediu foarte potrivit diferitelor infecțiuni, cari la rândul lor determină vegetațiile cu dăunătoare repercuziuni asupra stării de nutrițiune. Se căuta efectul miraculos pe care l-ar avea aplicarea profilactivă a razelor ultra-violete. Remontarea stării generale va înrăutăți și condițiile favorabile unei infecțiuni și astfel în mod indirect va putea preveni hipertrofia țesutului limfatic de origină infecțioasă.

O altă complicație foarte obișnuită prezentă în distrofiile infantile sunt infecțiunile cutanate, piodermiile. Se afirmă în general despre aceste infecțiuni, că sunt în strânsă legătură cu curățenia individuală și că prezența lor ar fi urmarea naturală a nesocotirii unor elementare principii de igienă. Incontestabil că această lipsă de igienă joacă mare rol, nu trebuie însă să se ignoreze nici rezistența redusă și imunitatea scăzută a individului mic. Aceste infecțiuni sunt destul de frecvente în serviciile de colectivități infantile, cum sunt și Azilele bine cunoscute în privința calității inferioară a materialului infantil ocrotit. Ținând cont că, clientela de Azile este caracterizată prin un deficit de rezistență și sănătate, numai așa se poate explica de ce în același mediu de colectivitate infantilă unii copii fac infecțiuni piodermice, pe când ceilalți rămân îndemni. Aceste infecțiuni le considerăm ca ceva secundar. Și de fapt se poate vedea că ele la copiii sănătoși și viguroși sunt foarte rare. Atunci însă când copilul are o rezistență slăbită, fie din cauza unei stări patologice sau unei constituții ce lasă de dorit, întâlnim aceste infecțiuni foarte frecvente și rebele la tratament.

Razele ultra-violete se pot aplica cu succes și în distrofiile produse de diferite imbolnăviri și infecțiuni cutanate. Mărind prin acțiunea lor eutrofică rezistența slăbită și sterilizând suprafața pielii, se înțelege dela sine, că și starea de distrofie va fi influențată în mod favorabil. Iată și rezultate obținute la cazurile personale:

I. S. I. No. Fp. 13299. născută în 6/XII. 1925. sarcină gemelară de aceleași sex. Primită în institut la 9/IV. 1926. cu o greutate de 2700 gr. Lungimea 49 cm. Perim. cap. 35 cm. Perim. torac. 34 cm.

Antecedente heredo-colaterale: Mama a suferit de variolă și o afecțiune renală. A avut a sarcină gemelară (2 fetițe). Părinții mamei au avut 11 copii, dintre cari au murit 5 (unul născut mort).

Antecedente personale: Geamănă și prematură. R. Pirquet negativă. R. Wassermann negativă la mamă iar la copilă în repetite rânduri pozitivă.

Copila prezintă o stare gravă de distrofie. Tegumentele palide țesutul celulo-adipos pe abdomen și membre complet dispărut, menținându-se în parte numai pe față, unde se află de asemenea pe cale de dispariție, lăsând să se întrevadă conturile triangulare ale feței. Ganglionii cervicali și retromastoidieni palpabili. Besele frontale proeminente și bine pronunțate, în regiunea temporală venele distrofice alui Fourrier bine exprimate, fontanela mare bombată, nasul în șea.

Restul sistemului osos nu prezintă nimic deosebit. Splina nu se palpează, ficatul nu este mărit.

În serviciul nostru face cherațiță parenchimatoasă (caz publicat de D-nul Dr. Iancu, în Clujul Medical No. 5. 1927).

Diagnostiuc: distrofie sifilitică.

Tratamentul actinic începe în 28/I. 1927. și ține până în 26/III. 1927. În total s'au făcut 30 de ședințe.

Timpul de iradiație începe cu 1 minut pe fiecare parte a corpului, apoi se ajunge treptat la 15 minute. Distanța de iradiere la început de 1 metru, ajungând treptat la 80 cm. Accidente actinice nu a prezentat.

La începerea tratamentului actinic, cu toate că i-sa administrat un tratament sifilitic sistematic cu Neosalvarsan, prezintă o greutate de 6600 gr. Iată și tabloul cifrelor de înainte și după tratamentul actinic:

| | | | | |
|------------------------|----------|-----------|----------------|----------|
| Greutatea (28—I. 927.) | 6600 gr. | | (26—III. 927.) | 7500 gr. |
| Lungimea | 63 cm. | | | 65 cm. |
| Perim. caq. | 42 cm. | | | 43 cm. |
| Perim. torac. | 43 cm. | | | 46 cm. |

Efectul actinoterapiei nu este așa de remarcabil, cu toate că starea generală este cu mult mai bună. Tegumentele palide, turgorul flasc, țesutul celulo-adipos puțin dezvoltat. Starea de distrofie persistă și pe mai departe. La vârsta de 20 luni prezintă o greutate de 8100 gr. (pond ce corespunde la 8 luni). Cu toată starea distrofică însă, care este evidentă și la isprăvirea ședințelor făcute, efectul eutrofic al razelor ultra-violete a fost evident; și în afară de tratamentul antisifilitic, tratamentul actinic îi revine un mare rol.

II. I. P. No. Fp. 13362. născut în 4/IV. 1926. cu o greutate de 2600 gr., primit în institut la 10/IV. 1926. cu un pond de 2550 gr.

Antecedente heredo-colaterale: mama mai în etate, a avut 7 copii, dintre cari au murit 4 (la 2, 4 și 10 ani). Antecedentele personale fără importanță.

În institut face infecțiuni gripale repetate (chiar și mama se îmbolnăvește de gripă). Prezintă o stare de distrofie, cu tegumentele palide, mucoasele normal colorate, turgorul dispărut, țesutul celulo-adipos dispărut pe trunchiu și membre, ceva păstrat dar diminuat pe față. Ganglionii nu se palpează. Sistemul osos normal. Splina nu se palpează. Ficatul nu este mărit. R. Wassermann negativă la copil și mamă. R. Mantoux pozitivă la copil. În 12/I. 1927. face infecțiuni cutanate foarte grave și rebele la tratament, mai ales în regiunea cervicală, spate și fese.

Diagnostic: distrofie, infecțiuni cutanate.

Actinoterapia începe în 21/I. 1927. cu timpul de iradiație la început de 1 minut pe fiecare parte dela distanța de 1 metru, ajungând treptat la 15 minute de la o distanță de 70 cm. În total se fac 20 de ședințe la început zilnic, mai apoi tot la 2 zile.

Infecțiunile par a nu se atenua ba chiar apar și altele noi. Tot odată face și o gripă cu complicațiuni pulmonare, mai apoi apar scaune albicioase. Se face și tratament simptomatic, iar în alimentație se ridică concentrația hidraților de carbon. Urmează o ameliorare generală. Noi infecțiuni nu mai apar, iar cele vechi regresează vindeându-se complet. Starea generală devine tot mai bună.

| | | | | |
|------------------------|----------|-----------|-----------|----------|
| Greutatea (21—I. 927.) | 5700 gr. | | (22—III.) | 4700 gr. |
| Lungimea | 58 cm. | | | 61 cm. |
| Perim. cap. | 43 cm. | | | 43 cm. |
| Perim. torac. | 37 cm. | | | 39 cm. |

Din istoricul acestui caz rezultă că atunci când la baza existenței infecțiunilor cutanate piodermice în afară de infecțiunea banală mai există și anumite tulburări alimentare, tratamentul trebuie să fie complet și să se extindă și asupra corectării raportului de corelațiune dintre diferiții compuși alimentari. În caz contrar razele ultra-violete singure nu vor da rezultatul dorit. Corectarea regimului a susținut mult și bine efectul terapeutic al tratamentului actinic în cazul nostru.

III. M. P. No. Fp. 13494. născută în 10/X. 1926., primită în institut la 22/X. 1926. cu o greutate de 3550 gr.

Antecedente heredo-colaterale și personale, fără importanță. La internare prezintă o stare de dezvoltare mulțumitoare și afară de vulvo-vaginată nu prezintă nimic patologic. În cursul șederei în institut deși se dezvoltă bine face infecțiuni cutanate pemfigoide foarte pronunțate și renitente la tratament. Leziunile sunt mai accentuate în regiunea pielei păroase a capului și la ambele coapse, dar mai ales pe cea dreaptă.

Iradiațiile se fac dela început dela o distanță de 80 cm. și durată de 15 minute pe fiecare parte a corpului. Timpul de expunere rămâne constant, iar distanța se micșorează până la 60 cm. În total s'au făcut 13 ședințe. Efectul bun se arată deja la ședința a 8-a, când leziunile prezintă o tendință vădită la vindecare și nu mai apar altele noi. Vindecarea completă după 9 ședințe.

| | | | | |
|--------------------------|----------|-----------|---------------|----------------------|
| Greutatea (21—III. 927.) | 6960 gr. | | (18—IV. 927.) | 7150 gr. |
| Lungimea | 66 cm. | | | 66 $\frac{1}{2}$ cm. |
| Perim. cap. | 41 cm. | | | 41 cm. |
| Perim. torac. | 44 cm. | | | 45 cm. |

IV. H. V. No. Fp. 13662. născută în 6/III. 1927., primită în institut la 12/V. 1927. cu o greutate de 3450 gr. Lungime 52 și jumătate cm. Perim. cap. 36 și jumătate cm. Perim. torac. 33 cm. Antecedente heredo-colaterale: mama a avut 5 nașteri. De copii morți, unul la 5 săptămâni, celălalt la 3 luni. În urma unei complicații la ultima facere, mama moare.

Antecedente personale: născută la termen, alăptată mixt. Copila prezintă o stare de distrofie, cu tegumentele și mucoasele palide. Țesutul celulo-adipos dispărut de pe tot corpul. Furunculosoasă generalizată, dar mai ales în regiunea ambelor fese și pe spate. Aceste leziuni în regiunea axilară stângă și în jurul ei iau un aspect erisipelatos. Nivelul pielii mai ridicat și infiltrat, foarte dureros, de o culoare roșie violacee, destul de bine delimitat de jurul sănătos. Ganglionii palpabili, turgorul flasc. R. Wassermann, R. Pirquet și R. Mantoux negative, Soor și vulvo-vaginită.

Leziunile sunt foarte rebele la tratament.

Diagnosticul: distrofie, infecțiuni cutanate.

Se începe actinoterapia în 18/V. 1927. cu timpul de iradiție de 3 minute pe fiecare parte dela o distanță de 80 cm., ajungând treptat la 15 minute, dela o distanță de 50 cm. În total se fac 8 ședințe. Efectul este admirabil. Infecțiunile, cari dela primirea copilului până la începerea tratamentului actinic (timp de 1 săptămână) nu au putut fi deloc influențate, ba chiar se agravasese din zi în zi luând un tablou erisipelatos, datorită actinoterapiei au început să regreseze vizibil terminându-se prin vindecare. Starea generală, precum și dezvoltarea însă nu a putut fi influențată. Este de remarcă că cu toate infecțiunile grave pondul nu a suferit mult.

Greutate (18/V. 1927) 3400 gr. (3/VI. 1927) 3470 gr.

V. M. R. No. Fp. 13618. născută în 28/IX. 1926. Primită în institut la 14/III. 1927. cu o greutate de 4900 gr. (la 7 luni). Lungime 68 cm. Perim. cap. 41 și jumătate cm. Perim. torac. 38 cm.

Antecedente heredo-colaterale nimic important. Antecedente personale născută la termen, alimentată natural până la vârsta de 4 luni.

În serviciul nostru face repetate infecțiuni gripale. Tegumentele palide, mucoasele normal colorate. Ganglionii inghinali și axilari palpabili. Țesutul celulo-adipos redus pe membre și dispărut pe abdomen, unde pielea se poate ridica în plice fine. Turgorul flasc. Craniul mare și cu fruntea boltită. Pe pielea păroasă a capului prezintă leziuni cutanate

foarte întinse, caracterizate prin mici supurațiuni. R. Wassermann, R. Pirquet și R. Mantoux negative.

Actinoterapia începe în 30/IV. 1927. cu timpul de iradiție dela început de 15 minute pe fiecare parte a corpului, cu o distanță de 70 cm. Timpul de iradiție rămâne constant, distanța însă este micșorată treptat până la 50 cm. În total se fac 30 ședințe. Leziunile cutanate cedează repede (după 7 ședințe) dar recidivează iarăși. În sfârșit după 17 ședințe dispar complet și nu mai recidivează.

Greutatea la începerea tratamentului 5900 gr. iar la terminare 5850 gr.

Distrofiile produse prin lipsa de îngrijire și mediu necorespunzător.

Ca momente adjuvante în determinarea distrofiilor, contează lipsa de îngrijire și mediul neprielnic, în care se află copilul. Influența mediului și a îngrijirii asupra dezvoltării copilului din prima vârstă a fost relevată de către Parrot, Marfan și mai nou și de Leo Langstein.

Pe lângă o îngrijire bună copilul mai are nevoie de pat bun, aer curat, lumină și o anumită comoditate și o liniște. Mai ales liniștea pare să fie cauza că unii copii internați în institut nu se pot menține în starea de eutrofie. În aceste instituțiuni serviciul începând dimineața, măsurarea, baia, repetatele examinări nu fac de cât să răpească liniștea copiilor. Același lucru însă se poate întâmpla și în familie. Toate acestea vor putea influența mai mult sau mai puțin starea de dezvoltare a copilului. Nu fiecare copil reacționează însă la fel. Unii copii au lipsă de o viață — să zic așa — mai zgomotoasă, alții de una mai liniștită, fiecare după individualitatea sa. Un alt factor important ce nu poate fi trecut cu vederea în cadrele influenței mediului asupra dezvoltării copilului, sunt și infecțiunile repetate; factor la care sunt expuși mai ales copiii din colectivitățile infantile. Aceste infecțiuni repetate slăbesc treptat rezistența copilului aducându-l în stare de distrofie. În o colectivitate deci fiecare copil trebuie considerat ca un izvor de infecție pentru vecinul său și tot odată și ca un individ ce se poate infecta în orice moment. De aici rezultă importanța curățeniei și educația bună a întregului personal, dar mai ales a celui paramedical. Mai este nevoie pe lângă aceasta și de un anumit aranjament în instituțiile ce adăpostesc copii. De importanță capitală vor fi diferitele tipuri de „boxe”. Din cercetările diferiților autori reiese că, cu aceste boxe și cu un personal conștient, se pot jugula și unele din maladiile infecțioase.

În serviciul Centrului unde avem saloane cu și fără boxe, am putut observa importanța acestora, mai ales în epidemiile repetate de gripă din acest an ne-au adus reale servicii.

Din cele expuse mai sus reiese influența mare ce o poate avea ospitalismul asupra dezvoltării copilului. Acest ospitalism, însă care în timpurile mai vechi, pe când s'au înființat primele spitale de copii, era aproape neinfluențabil și dădea un procent de mortalitate extraordinar de mare (aproape 100 procente) devine azi inexistent sub influența alimentației corecte, combaterea infecțiilor și luarea măsurilor de asepzie și antisepsie.



CONCLUZIUNI.

Ținând socoteală de repartizarea distrofiilor pe care o face școala germană, repartizare care a fost respectată în întreagă teză, cred că nu poate fi abandonată nici atunci când stabilesc concluziunile la cari am ajuns.

I. In ce privește distrofiile de ordin constituțional, voi aminti numai acelea cari au fost tratate în serviciul nostru prin actinoterapie.

a) In diateza exduativă, tratamentul actinic nu a influențat deloc leziunile cutanate. Și după tratament ca și înaintea lui s'au putut observa aceleași faze de ameliorare sau exacerbare a leziunilor. Dacă aceste manifestațiuni cutanate totuși au prezentat o vădită ameliorare, cred că meritul trebuie să revină tratamentul dietetic preconizat de Czerny. Merită să fie reținută însă observarea că, starea generală a copiilor cu diateză exudativă s'a ameliorat, și rezistența față de infecțiuni s'a augmentat, fapt care poate indirect să fie contribuit la atenuarea manifestațiunilor cutanate.

b) In ce privește distrofiile constituționale, la copiii mici nevropatici, caracterizate prin scădere bruscă în greutate pe urma dishidratării (hidrolabilitatea), tratamentul actinic nu a dat rezultate bune. Fenomenul de deshidratare, care este în raport intim cu diferitele infecțiuni, cari îl provoacă, nu a putut fi împiedecat; totuși, devenind infecțiunile mai rari, în urma tratamentului actinic, se determină o evitare a declanșării acestui fenomen.

c) Distrofiile constituționale, produse prin rachitism, sunt foarte bine influențate prin actinoterapie. Cele șase cazuri amintite, au reacționat prompt, fără nici o modificare dietetică. Desvoltarea copiilor cari înainte de tratamentul actinic a fost insuficientă, după instituirea acestui tratament, a luat un caracter normal. Craniotabesul acestor copii, a cedat în modul următor: unul după 9 ședințe, altul după 24 ședințe, două după 15 ședințe, iar unul în decurs de 30. ședințe a fost numai ameliorat.

d) In spasmoofilie (4 cazuri) am avut rezultate miraculoase. Tratamentul actinic, concomitent cu administrarea sărurilor de calciu (10 gr. pe zi, apoi doza se scade treptat până la 4 gr. pe zi), și însoțit de un regim, în care canti-

tatea laptelui de vacă a fost redus sub jumătate litru la zi, a determinat încetarea convulziunilor, dispariția laringospasmului, și suprimarea semnelor de hiperexcitabilitate mecanică a sistemului neuromuscular. Am avut un caz de recidivă, unde însă normele alimentare sub raportul cantității laptelui de vacă, nu au fost respectate. Reinstalarea tratamentului concentric mai sus indicat, a produs din nou o vădită ameliorare, cu dispariția tuturor fenomenelor. Nu a putut însă fi deloc influențată hidrolabilitatea, caracteristică acestor copii, care se prezintă în mod sincron cu intermitența infecțiunilor accidentale.

e) Distrofiile constituționale, produse printr'un viciu de conformație (buză de epure) sunt foarte puțin influențate prin actinoterapie.

II. Tratamentul distrofiilor de ordin alimentar, rezidă bine înțeles în mijloacele terapeutice de ordin alimentar. Cu toate acestea razele ultra-violete, în distrofiile produse prin hiperalimentație, cari la rândul lor prezintă și anumite fenomene de rachitism au o influență favorabilă, vindecând rachitismul și reducând cantitatea stratului celulo-adipos la proporțiile normale.

III. In distrofiile de origină infecțioasă, actinoterapia are efecte variabile. Evoluția infecțiunilor acute, de multe ori este favorabil influențată prin deșteptarea proceselor de apărare ale organismului tânăr.

Nu însă în toate cazurile căci, această evoluție se pare a fi în funcție și de rezistența întrinsecă a organismului și de felul alimentației.

În infecțiunile cutanate, chiar și în cazul când printre agenții patogeni, streptococul predomină, declanșând tablouri erisipelatoase, în general actinoterapia pare a da rezultate bune. Efectul terapeutic al razelor ultra-violete în infecțiunile cutanate, poate fi susținut și prin administrarea laptelui de mamă. Cazurile de recidivă, pe cari le-am înregistrat în serviciul nostru, au fost recrutate îndeosebi din sânul distrofiilor înaintate și lipsite de lapte de mamă.

În cazul de distrofii produse prin infecțiune cronică (sifilis) utilizând actinoterapia pe lângă tratamentul specific, a stimulat în mod vizibil ameliorarea stării generale.

Distrofii produse prin infecțiune tuberculoasă, cu toate că se semnalează, de către unii autori, rezultate bune, noi nu am avut ocazia de a urmări nici una.

IV. Referitor la tehnică, concluziunile sunt: timpul de iradiație se începe cu 1—3 minute și se urcă treptat la 15 minute pe fiecare parte a corpului. Ne conducem după

felul cum reacționează individul, când nu reacționează, creșterea timpului de iradiție se face mai rapid. Distanța dela focar la pacient, în general este de 100—80 cm. dar ținând seama de felul cum reacționează pacientul, o putem micșora până la 50 cm. Ședințele se fac zilnic sau de trei ori pe săptămână.

Introducerea lampii de Quarz la Centrul pentru ocrotirea copiilor din Cluj, în baza rezultatelor obținute, este un fapt de o extremă utilitate, pe care l'a săvârșit Asistența Socială. Este just că, dacă lampa de Quarz are o indicație, atunci cea mai urgentă indicație este reprezentată prin colectivitatea infantilă a copiilor părăsiți. Actinoterapia însă, pentru ca să dea rezultatele dorite, trebuie să fie susținută în totdeauna printr'un regim alimentar corespunzător și o medicație potrivită, depinzând de caz.

Pentru ca efectul razelor ultra-violete să fie utilizat cu un maxim de folos în Centrele pentru ocrotirea de copii, îmi permit a atrage luarea aminte a Asistenței sociale, asupra dispozitivului preconizat de Duhem, care este menit să elimine inechitățile dozelor administrate diferiților copii expuși în acelaș timp, dând posibilitatea că toți cei șase copii expuși deodată, să obțină aceeași doză, reprezentând și o economie de timp.

Văzută și bună de imprimat:

Cluj, la 14 Decemvrie 1927

Decan,

(ss) Prof. Dr. Mihail A. Botez.

Președintele tezei,

(ss) Prof. Dr. Titu Gane.

Bibliografie

- I. Aimard, H. Dausset:** L'ultra-violette, la lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge. (Compendium medical. 1926.)
- Armand-Delille:** Le rôle de la lumière solaire dans la prophylaxie et le traitement du rachitisme. (La presse médicale 923. 17. Febr.)
- Arguilles Teran:** Diathèse spasmodique, sa coexistence fréquente avec le syndrome des vomissements habituels. (Congrès national de Pédiatrie de Saint-Sebastien. Le nourrisson 1925. Mai.)
- Barraud:** Héliothalaso-thérapie de rachitisme. (La médecine infantile 1925 Junie.)
- H. Biancani:** Introduction dans l'étude et le mode d'action biologique des rayons ultra-violettes. (Le journal médical français 1925.) Les accidents cutanés dus aux rayons ultra-violettes (Paris médical 1925. Jan. 15.)
- H. Beimer:** Ueber die Pathogenese der Tetanie (Medizinische Klinik 1926 Mart. 10.)
- L. Dupuy:** Les rayons ultra-violettes et leurs applications médicales (Le journal médical français 1925.)
- P. Duhem:** Dispositif pour irradiation collective par les rayons ultra-violettes. (Bulletins de la société de pédiatrie de Paris. 1925. No. 3. 4. 5.)
- Dausset et Gerard:** Les bains d'ultra-violettes, une mise au point est nécessaire. (Paris médical 1925. Aug. 15.)
- I. Debray:** Considérations sur l'histologie pathologique du rachitisme. (Le nourrisson 1925. Sept.)
- P. Desfosses:** Le rayonnement, la classification des rayonnements.) La presse médicale 1924. Junie 1.)
Des rapports de la matière, de l'électricité et du rayonnement (La presse médicale 1926. Junie 8.)
- G. Heuyer et I. Lonchamp:** Convulsions essentielles de l'enfance et spasmodique. (Paris médical 1925. Martie 12.)
Considérations sur les convulsions essentielles de l'enfance (Archives de Médecine des enfants. 1926. Nov.)
- Hammer et Cordes:** La lumière et le lait. (Revue analytique. Le nourrisson 1924. Mai.)

- Dr. Doc. Jancu Axente:** Debilitatea simplă și patologică la sugacii dela Centrul pentru ocrotirea copiilor din Cluj. (Din lumea copiilor părășiți. Cluj 1926. Ardealul.)
- Două cazuri de cheratită parenchimotoasă în perioada heredo sifilisului precoce. (Clujul medical 1927. No. 5.)
- Buza de epure și distrofiile infantile. (Revista de ortopedie și chirurgie infantilă. 1927. No. 1.)
- Distrofiile infantile (Curs de perfecționare ținut pentru medici în luna Iulie 1927. la Clinica Infantilă.)
- Distrofiile constituționale (Extras după Lederer, manuscris.)
- E. Lesnee et L. de Gennes:** Traitam. du rachitism par R. U. V. (Le journal medical francais 1925.)
- G. Lestocquey:** Le traitement du rachitism et du tetanie avec les rayon ultra-violetes. (Le bulletin medical 1925.)
- Lereboullet et Saint-Girons:** Les maladies des enfants au 1925. (Paris medical 1925. Nov. 7.)
- Les maladies des enfants au 1926. (Paris medical 1926. Nov. 6.)
- Luckhardt et B. Goldberg:** Tetanie (Le nourrisson 1924. Ian.)
- Lesnee, Vagliano et Christou:** Rachitism experimental chez la rat blanc (Le nourrisson 1924. Martie.)
- Henri Lemaire:** Les troubles mentaux dans le tetanie de la première enfance. (Le nourrisson 1923. Martie.)
- Leenhardt et Chaptel:** Influence des rayons ultra-violetes sur la valeur de la reserve alcaline du sange des nourrissons et des enfants. (La presse medical. 1927. Iunie 18.)
- Leo Langstein:** Dystrofiien und Durchfallskrankheiten im Säuglingsalter. (Thieme, Leipzig. 1924.)
- A. B. Marfan:** Les convulsions de la première enfance. (La presse medical 1921. Aug. 10.)
- Le rachitism. (La presse medical. 1925. Ian. 3.)
- Le rachitism experimental. (La presse medical. Ian. 14.)
- Le craniotabes. (Le nourrisson. 1927. Martie.)
- G. Morigand:** Precis de dietetique et des maladies de la nutrition. (Collection Testut. Gaston Doin.)
- Nobecourt et Lebee:** Hipotrofiie de la première enfance et syphilis congenitale. (La medicine infantile. 1925. Nov.)
- Erich Müller:** Zur Ernährung des Kindes. (Medizinische Klinik. 1926. Mai. 12. 26. 1927. Iunie 3.)
- P. Rohmer:** Recherches cliniques sur la pathogenie et le traitement de la tetanie chez le nourrisson. (Revue analytique — Le nourrisson. 1923. Sept.)
- Rouéche:** Les rayons ultra-violetes en therapeutique. (La medicine infantile. 1925. Iulie.)
- Rouillard:** Pathogenie de la tetanie. (La presse medicale. 1923. Sept. 26.)
- W. Stoeltzner:** Spasmofilie. (Medizinische Klinik. 1926. Mart. 10.)

- I. I. Nişescu, G. Popoviciu et J. Denes—Goetz:** Contribution à l'isolement de la fraction antirachitique du cholestérol irradié par les rayons ultra-violet. (Extrait du Buletin de la Société de Chimie Biologique. Tome IX. No. 2. Fevr. 1927).
- I. I. Nişescu et G. Popoviciu:** L'action sur le rachitisme expérimental des fractions de cholestérine irradiée obtenues soit par cristallisation, soit par précipitation à l'aide de la digitonine. (Extrait des Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Tome XCIV., pag. 1301).
- P. György, M. Jenke und G. Popoviciu:** Untersuchungen über die experimentelle Rachitis. I. II. (Sonderabdruck aus dem Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. CXII. 1926).
- Societe de pediatrie:** 21. Dec. 1926. (La presse medicale. 1927. Jan. 3.)
- Schreiber, Duhem, Mlle. Copin, Lecocqu:** Rayons ultra-violet et tuberculose diffuse. (Archives de Medicine des enfants. 927. No. 4.)
- E. Terris:** Traitement de la tetanie infantile par le chlorure de Calcium. (Actualites medicale. Paris medical. 1925.)
- A. Weiss et R. Ungerer:** Rachitism tardiv et heredité. (Le nourrisson. 1924. Mart.)
- P. Woringer:** Physiologie normale et pathologique des enfants. L'action de la lumière sur l'organism. (La médecine infantile. 1924. Mai.)
- Hypocalcémie et spasmodie. (Archives de Medicine des enfants. 1923. Dec.)

