UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE

No. 414

CONTRIBUŢIUNI

LA ALIMENTAŢIA COPIILOR DISTROFICI PRIN HORDENZIM

(NUTRO-MALT)

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ IN ZIUA DE 28 IUNIE 1928.

DE

GĂLĂGUŢA NATALIA
MEDIC INTERN LA „BIROUL DE OCROTIRE PRINCIPESA ELENA" CLUJ

1928

TIPOGRAFIA „CORVIN"
CLUJ, STRADA NICOLAE IORGA No. 17.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE

No. 414

CONTRIBUŢIUNI

LA ALIMENTAŢIA COPIILOR DISTROFICI PRIN HORDENZIM (NUTRO-MALT)

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ IN ZIUA DE 28 IUNIE 1928.

DE

GĂLĂGUŢA NATALIA
MEDIC INTERN LA „BIROUL DE OCROTIRE PRINCIPESA ELENA" CLUJ

1928

TIPOGRAFIA „CORVIN"
CLUJ, STRADA NICOLAE IORGA No. 17.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE

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

Profesori:

Patologia generală şi experimentală	D-l Dr.	*Botez A. M.*
Bacteriologie (agr.)	„ „	*Baroni Vitold*
Istologia şi embriologia umană	„ „	*Drăgoiu I.*
Clinica infantilă	„ „	*Gane T.*
„ ginecologică şi obstetricală	„ „	*Grigoriu Cr.*
Istoria medicinei	„ „	*Guiart I.*
Clinica medicală	„ „	*Haţieganu I.*
„ chirurgicală	„ „	*Iacobovici I.*
Farmacologia şi farmacognozie	„ „	*Martinescu Gh.*
Clinica oftalmologică	„ „	*Michail D.*
„ neurologică	„ „	*Minea I.*
Medicina legală	„ „	*Minovici N.*
Igienă şi igienă socială	„ „	*Moldovan I.*
Radiologia medicală	„ „	*Negru D.*
Fiziologia umană	„ „	*Niţescu I.*
Farmacia chimică şi galenică	„ „	*Pamfil Gh.*
Anatomia descriptivă şi topografică	„ „	*Papilian V.*
Clinica oto-rino-laringologică / Clinica stomatologică (supl.)	„ „	*Predescu-Rion I.*
Clinica dermato-venerică	„ „	*Tătaru C.*
Clinica Căilor Urinare (agr.)	„ „	*Ţeposu Emil*
Chimia biologică	„ „	*Thomas P.*
Clinica psichiatrică	„ „	*Urechia C.*
Anatomia patologică	„ „	*Vasiliu T.*

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte: D-nul Prof. Dr. *Gane Titu*

Membri:
D-l Prof. Dr. *Botez A. Mihail*
„ „ „ *Martinescu Gh.*
„ „ „ *Papilian Victor*
„ „ „ *Ţeposu Emil*

Supleant: D-l Doc. Dr. *Zugravu Gh.*

I.

INTRODUCERE.

In lucrarea de faţă n'am altă pretenţiune decât să aduc câteva contribuţiuni la alimentaţia copiilor distrofici, rezumând cercetările întreprinse de diferiţi autori asupra diferitelor feluri de zahăr în general şi în special asupra Hordenzimului.

Am făcut încercări cu Hordenzimul Wander în 54 de cazuri, dintre cari 40 au dat rezultate bune, iar restul de 14 n'au dat rezultate satisfăcătoare. M'am folosit de cazurile din Clinica Infantilă, Azilul de copii şi Căminul de mame. Dau mai jos câteva din observaţiile acestea cu scopul de a arăta rezultatele obţinute si a trage concluziunile practice.

Paralel cu experimentarea Hordenzimului în alimentaţia copiilor, am studiat lucrările recente asupra distrofiilor şi tratamentului lor.

Cu această ocazie ţin de plăcută datorie a aduce mulţumirile şi stima mea faţă de aceia, cărora le datorez cunoştinţele mele de astăzi.

Dlui Profesor Titu Gane omagiile de stimă şi admiraţie, multă recunoştinţă pentru bunăvoinţa ce mi-a arătat-o cu prilejul acestei lucrări.

Directorului meu Dlui Docent Gh. Zugravu, în serviciul căruia am fost un an şi jumătate, viile mele mulţumiri şi recunoştinţă pentru preţioasele instrucţiuni în domeniul puericulturei şi al patologiei infantile. Bunăvoinţa şi solicitudi-

nea ce mi-a oferit-o îmi vor fi totdeauna vii în memorie. Juriului meu de promoţie omagii respectuoase. D-lui Docent Jancu Axente, Directorul Azilului de copii, mulţumiri pentru bunăvoinţa cu care mi-a pus la dispoziţie cazurile din serviciul D-lui.

Colegelor şi prietenelor mele multă dragoste.

II.

IMPORTANȚA HIDRAȚILOR DE CĂRBUNE ÎN ALIMENTAȚIE.

Rolul pe care îl joacă hidrații de cărbune în alimentația copilului sugaciu a dat loc la numeroase discuțiuni. Lucrările recente au atras atenția asupra acțiunei nocive a unora, asupra avantagiilor pe care le poate da suprimarea lor și în fine asupra beneficiilor rezultate din întrebuințarea altora. Dacă în unele cazuri hidrații de carbon pot avea o influență folositoare, în altele au o utilitate incontestabilă și pot fi utilizați cu scop terapeutic.

Hidrații de carbon cari intră în alimentație sunt: monozaharidele, dizaharidele și polizaharidele. Dintre monozaharide nu ne interesează decât glucoza, galactoza și levuloza. Monozaharidele au molecule simple nededublabile și se asimilează ușor și complect. Dizaharidele sunt: lactoza, zaharoza și maltoza. Lactoza este zahărul fiziologic din laptele de femee sau din laptele altor specii de animale. Lactoza conținută de lapte este identică, dar proporția variază după specie. (Denige și Porcher).

Zaharoza sau zahărul de trestie, sfeclă etc., se întrebuințează mult și este bine tolerată. Sub acțiunea zaharazei sau invertinei se descompune în levuloză și glucoză.

Maltoza provine din descompunerea polizaharidelor. Sub acțiunea maltazei se descompune în două molecule de glucoză. Este o pulbere albă cu un gust dulciu.

Polizaharidele sunt: dextrinele, amidonul şi celuloza. Acestea ca să fie utilizate se transformă în dizaharide şi apoi în monozaharide.

Noul născut încă dela naştere dispune de fermenţii necesari pentru digestia di = şi polizaharidelor, dar ei nu sunt aşa de activi ca la adult. Mono = şi dizaharidele sunt uşor asimilabile, polizaharidele în primele luni sunt greu asimilabile. Limita de asimilaţie sau cantitatea de zahăr, care trebuie să fie administrată până la apariţia ei în urină, variază foarte mult după diferitele feluri de zahăr. Un copil suportă în cifră mijlocie 3 gr. de lactoză pentru 1 kgr. de greutate; 5 gr. de zaharoză şi 7·7 gr. de maltoză (Kohane). In general copiii pot asimila doze mult mai mari decât adultul. (E. Terrien, Grosz).

După Nobécourt copiii pot suporta chiar doze foarte mari de zahăr, fără ca să prezinte turburări digestive.

In cursul schimburilor nutritive hidraţii de carbon sunt descompuşi în acid carbonic şi apă. Surplusul se înmagazinează sub formă de glicogen şi după transformaţiuni constituie depozitul de grăsime. Hidraţii de carbon sunt elementele termogene, elementele destinate pentru a lupta contra deperdiţiei de căldură. Ei constituiesc aproape 60% din energia necesară organizmului.

O subalimentaţie zaharată este foarte greu tolerată de sugaci. La ei doza minimă de zahăr este de 3 gr. în loc de 2 gr. ca la adult. (Rozenstern.). Un sugaciu supus unei subalimentaţiuni zaharate este palid şi pierde din greutate. Aceste manifestaţiuni sunt mai intense la copiii cari au luat mai mult zahăr înainte de suprimare.

Zahărul favorizează asimilarea albuminei şi grăsimei. Dacă zahărul se găseşte în cantitate necesară în alimentaţie, albumina este asimilată bine, grăsimea este arsă complect până la producţia ultimă de acid carbonic şi apă. Dacă zahărul este însuficient, arderea grăsimei este incomplectă şi se produc corpuri intermediare: acetonă, acid oxibutiric şi diacetic.

Formarea de corpuri intermediari se manifestă prin apariţia acetonuriei şi amoniuriei.

In fine zahărul favorizează asimilaţia apei. Este suficient să mărim doza de zahăr într'un aliment oarecare ca să observăm o creştere în greutate prin retenţie de apă. Zahărul este fixat de celula vie sub formă de glicogen şi absoarbe de trei ori atâta apă cât este greutatea lui (Combe).

In alimentaţia naturală, hidraţii de carbon, în primele opt-nouă luni, sugaciul îi primeşte din laptele de mamă. Cu 100 gr. de lapte de mamă un copil ingerează o cantitate de 6.5—7.0 gr. de lactoză. Pentru o specie dată cantitatea de lactoză este constantă: nu variază nici cu vârsta, nici cu momentul alăptărei. Pentru un sugaciu cantitatea de lactoză din laptele de mamă este suficientă şi împreună cu cazeina şi grăsimea răspunde tuturor cerinţelor organizmului. Lactoza din laptele de mamă, în condiţiuni normale de alimentaţie, ajunsă în stomac, nu suferă nici o modificare. La nivelul intestinului sub influenţa lactazei este dedublată în glucoză şi galactoză. Lactaza se găseşte în intimitatea peretelui intestinal, este un fel de ferment endocelular şi descompune zahărul chiar în grosimea intestinului după ce a fost absorbit. (Rocher.) Absorbţia se face în porţiunea superioară a intestinului, din care cauză lactoza nu se găseşte în scaunele copiilor normali. (Wegchierder, Escherich, Moro, Puch, Pehu şi Porcher, Lavialle.)

Prin urmare, lactoza întrodusă în tubul digestiv este transformată în totalitate şi rezultatele dedublărei sale sunt utilizate în întregime; astfel că nu se găseşte în urina sugaciului nici lactoză, nici glucoză sau galactoză. (Czerny, Keller, Nobécourt, Cobliner.)

Se ştie că laptele de vacă în condiţiuni normale conţine 4—5 gr. de lactoză la 100 gr. de lapte.

Din analiza laptelui s'a constatat, că laptele de vacă în comparaţie cu laptele de femee conţine mai multe substanţe proteice, mai puţină lactoză, aproape egală cantitate de grăsime şi foarte multe săruri. Fără ca să fi considerat diferenţa aceasta, Parrot şi Guienot au început să alimenteze copiii cu lapte de vacă complect.

Budin în 1892 recomandă şi el pentru alimentaţie laptele de vacă complect, însă sterilizat.

Biedert a fost primul care a recomandat diluarea laptelui cu apă zaharată.

Mai târziu Budin, Eşcherich, Marfan, Czerny, Heubner, Pirquet au venit fiecare cu procedeul lui propriu pentru diluarea laptelui.

O chestiune foarte mult timp discutată a fost chestiunea zahărului utilizat pentru înlocuirea deficitului de hidraţi de cărbune. Fiecare zahăr exercită asupra organizmului infantil un anumit efect, studiat în Franţa de Marfan, Nobécourt, Terrien, Pehu şi Porcher şi Barbier; în Germania de Sohxlet, Camerer, Keller şi alţii.

Monozaharidele au fost foarte puţin utilizate. Glucoza, după Barbier, ar fi bine suportată şi nu produce turburări chiar la copiii distrofici şi dispeptici.

Pehu şi Porcher combat întrebuinţarea glucozei pentru motivul că dă scaune apoase fetide.

Levuloza are şi ea aceleaşi proprietăţi purgante, poate chiar mai pronunţate.

Dizaharidele sunt mai bine tolerate şi deci mai fositoare. Dintre dizaharide s'a preconizat în primul rând lactoza.

Heubner utilizează o soluţie de 8—10—12 gr. de lactoză la 100 gr. de apă. Diluţia laptelui se face în aşa proporţie ca amestecul să nu conţină mai mult de 7 gr. de lactoză la 100 gr. de amestec.

Baginsky utilizeasă amestecuri, care conţin 4—5—7 gr. de lactoză la 100 gr.

Sohxlet, încă în 1893, a întrebuinţat pe o scară întinsă lactoza în alimentaţia artificială. El remarcă, că această chestiune nu se discută atunci când este vorba de alimentaţie naturală, unde laptele de femee este perfect adaptat organizmului infantil şi este asimilat în mare parte. Insă când este vorba de lapte de vacă, acesta având o cantitate mai mică de zahăr, adăogarea de lactoză este necesară. Cantitatea zilnică de lactoză indicată de Sohxlet este de 18—36 gr.

Partizanii lactozei îi dau atâta valoare pentrucă ea se

apropie de zahărul din lapte — zahărul fiziologic. Pehu şi Porcher observă, că deşi lactoza are o influenţă asupra curbei de creştere, totuşi în dozele date de Sohxlet produce diaree, care dispare odată cu suprimarea lactozei.

Marfan în „Traité d'allaitement" se exprimă foarte rezervat pentru întrebuinţarea lactozei şi susţine, că întrebuinţată în condiţiunile indicate de Sohxlet, dă loc la fermentaţiuni şi turburări digestive.

Alţi autori: Camerer, Jacobi (1901), Barbier (1906) şi Variot, bazaţi pe experienţe clinice multiple, susţin părerea lui Marfan.

Lactoza actualmente nu se întrebuinţează decât în cazuri particulare (constipaţie).

Mai curentă este întrebuinţarea zaharozei. După Miura mucoasa intestinală a sugaciului conţine fermentul invertina, care dedublează zaharoza în glucoză şi levuloză.

Marfan introduce în alimentaţie odată cu zaharoza şi amestecul de $^2/_3$ lapte + $^1/_3$ apă zaharată. Soluţia de apă zaharată conţine 10% zaharoză. După calculele lui Marfan 100 cm³ de amestec conţine 6,5 gr. zaharoză. Noului născut recomandă un amestec de $^1/_2$ lapte + $^1/_2$ apă zaharată, aproximativ 7,5 gr. de zahăr la 100 cm³. Amestecurile preconizate de Marfan au fost mai mult utilizate pentrucă procură sugaciului aceeaşi cantitate de zahăr pe care o conţine laptele de femee.

Zaharoza a fost utilizată de Pehu şi Porcher, Nobécourt şi Variot.

Pehu şi Porcher demonstrează că întrebuinţată în doze convenabile, nu exercită nici-o acţiune particulară asupra tubului digestiv.

Maltoza administrată singură are un efect laxativ. In Germania s'a utilizat mai mult maltoza şi în special amestecurile de maltoză-dextrină. Porter, Dunne, Leopold preferă amestecurile de maltoză-dextrină, crezând că sunt superioare celorlalte feluri de zahăr, că împiedică diareia şi dă o creştere frumoasă.

Keller dă sugaciului diferite zaharuri simultan şi obţine rezultate bune.

Langstein admite şi el adăogarea de zahăr laptelui diluat, cu condiţia ca să fie considerată corelaţiunea strictă între elementele constituitive ale laptelui. El preferă amestecuri de hidraţi de cărbune: un zahăr căruia îi adaogă un alt hidrat de cărbune sub formă de şleim (făină fiartă în apă).

Avantagiile şi dezavantagiile întrebuinţărei zaharurilor în alimentaţia copiilor suferinzi de turburări digestive sau turburări de nutriţie au adus discuţii multe şi opinii diferite. Am văzut mai sus că o cantitate de zahăr este indispensabilă pentru nutriţie. Când digestia se face defectuos, atunci apare mai sensibilă acţiunea diferitelor zaharuri.

Lactoza în condiţiuni normale este absorbită şi transformată în totalitate. Ingerată în aceeaşi doză în caz de turburări digestive se găseşte în scaune şi urină. Sunt însă cazuri când toleranţa faţă de zahăr nu e scăzută şi bolnavii au chiar nevoie de o raţie suplimentară de zahăr. (Nobécourt şi Barbier).

Lactoza se poate utiliza în caz de constipaţie. Zaharoza din contră în caz de scaune diareice sau acide.

Nobécourt utilizează cantităţi de 5—10—15 gr. de zaharoză la 100 gr. apă în dieta hidrică cu rezultate bune, tot asemenea Nadal şi Monveroux.

Barbier dă o raţie suplimentară de zaharoză micilor tuberculoşi (50—60 gr. zilnic pe kgr. de greutate), obţinând o creştere a greutăţei.

Nobécourt a dat micilor distrofici doze foarte mari de zaharoză, obţinând o creştere în greutate şi ameliorarea stărei generale.

Variot, Lavialle şi Roussellot demonstrează mai multe cazuri de vindecare a vărsăturilor habituale cu doze mari de zaharoză.

Max Levy prezintă la „Societé de pediatrie de Paris" câteva cazuri de mici caşectici, care au tolerat doze foarte mari (până la 45—50 gr. zilnic pe kgr.) Aceşti copii timp de câteva zile au prezentat o creştere foarte mare în greutate, fără glicozurie sau glicemie.

Nagéotte şi Debré se exprimă în contra dozelor mari

de zahăr, susţinând că acestea sunt suportate numai câteva zile şi că apoi survin glicozuria, anorexia şi febra de zahăr. Creşterea prea rapidă a greutăţei ar fi datorită retenţiei de apă. După Lemaire aceşti copii tolerează doze foarte mari, dar nu profită. Finkelstein atribuie diferite turburări digestive şi de nutriţie intoleranţei faţă de zahăr. In formele pe care el le descrie sub numele de „Stadium dispepticum" şi „Dekompozition" zahărul este responsabil pentru diareie şi starea generală. Această constatare a determinat pe Finkelstein se prepare laptele albuminos fără zahăr.

In Franţa Marfan, Nobécourt şi Schreiber, Mouriquand şi Weil şi Ribadeau Dumas, utilizând laptele albuminos, preparat după prima technică a lui Finkelstein nu au obţinut rezultate lăudabile. Teoria lui Finkelstein a căzut, mai ales, după ce s'a văzut că suprimarea prelungită de zahăr produce o scădere în greutate, o stare generală proastă, hipotermie, tendinţă la somnolenţă şi chiar colaps (Nobécourt şi Schreiber). Sugaciul nu poate găsi în substanţele albuminoide, administrate în cantitate atât de mare odată cu laptele albuminos, caloriile necesare pentru deperdiţia de căldură ce se face prin suprafaţa cutanată. Langstein a stabilit că absenţa de hidraţi de cărbune dă naştere la corpi acetonici, mai rapid la sugaci decât la adult.

In 1913 Finkelstein împreună cu Mayer renunţă la prima technică şi nu mai admit suprimarea zahărului din laptele albuminos. Ei adaogă acestuia 3% zahăr, urcând treptat proporţia până la 5—8%. Pentru aceşti autori zahărul cel mai util este maltoza, bine înţeles, în combinaţie cu dextrina. Din aceste amestecuri. Liebig a folosit supa maltozată care e modificată mai târziu de Keller—Czerny. Supa maltozată se prepară din amidon care, sub acţiunea maltului, se transformă în dextrină şi maltoză.

In Franţa Sewestre, Demarque şi Schreiber reiau studiul supei maltozate, utilizând această supă în tratamentul turburărilor digestive a copiilor alimentaţi artifical. Mai târziu Terrien prepară această supă la diferite temperaturi obţinând 3 feluri de supă: supă obţinută la 55° cu zaharificarea com-

plectă a amidonului; supa obţinută la 70° cu zaharificarea numai parţială a amidonului şi supa obţinută la 80° cu lichefierea amidonului. Primele două nu au dat rezultate bune; a treia a dat rezultate foarte bune. Se utilizează în toate stadiile turburărilor de nutriţie.

Astăzi se află în comerţ preparate, conţinând maltoză şi dextrină în proporţiuni variabile. Sunt cunoscute sub numele de: maltoză Lofflund, zahărul nutritiv a lui Sohxlet şi mai în urmă Nutro-maltul sau Hordenzimul. Din toate aceste amestecuri mă interesează numai Hordenzimul, pus în comerţ de Wander—Berna, despre care va trata lucrarea mea. După ce am arătat cu oarecari detalii importanţa întrebuinţărei zaharurilor în alimentaţia copiilor, atât a celor sănătoşi, cât şi a celor bolnavi trec la studiul Hordenzimului.

III.

HORDENZIMUL (NUTRO MALTUL.)

Proprietăţi. Hordenzimul este un zahăr nutritiv, preparat după principiile lui Sohxlet.

Se prezintă sub formă de pulbere albă-gălbuie, puţin higroscopică, se dizolvă uşor în apă şi dă o soluţie galbenă opalescentă, gustul şi mirosul este acela de malt.

Hordenzimul este un derivat al amidonului direct şi în întregime asimilabil şi fără acţiune purgantă. Se extrage din făină sau amidon printr'un proces de germinaţiune la o anumită temperatură.

Din analiza chimică, făcută de Tanaca, compoziţia Hordenzimului este următoarea:

Maltoză	30,94%
Dextrină	67,28%
Clorhidrat de Na.	0,55%
Amidon solubil	1,23%

Compoziţia atât de fericită a Hordenzimului, permite adăogarea lui la laptele diluat, fără a-i mări conţinutul de albumină şi astfel î-l aproprie de compoziţia laptelui de femee.

Maltoza pură are proprietăţi laxative cari, aici, sunt anuate prin prezenţa dextrinei. Tot amestecului de zaharuri diferite e datorită şi mica fermentescibilitate a Hordenzimului. Sărurile au ca scop să remedieze deficitul de cloruri din laptele de vacă, să activeze secreţia acidului clorhidric din sto-

mac şi în fine să favorizeze rezorbţia sărurilor calcare din lapte. Scaunele obţinute prin Hordenzim sunt asemănătoare scaunelor obţinute cu lapte de vacă (reacţia alcalină).

Indicaţiuni. Hordenzimul e indicat în toate cazurile de alimentaţie artificială, el înlocuind deficitul de hidraţi de cărbune din laptele de vacă. Se mai poate da în alimentaţia mixtă şi în faza de ablactaţie cu scopul de a împiedica turburările digestive atât de grave şi frecvente în schimbările brusci de alimentaţie. Doza incipientă de Hordenzim este de 3%. După ce s'a stabilit toleranţa se poate urca până la 5%—8%. Doza zilnică stabilită de Hotz este de 15—50 gr. Poate servi ca adaos nu numai laptelui diluat cu apă dar şi laptelui diluat cu supe de cereale sau legume.

Dintre stările patologice Hordenzimul este indicat în toate cazurile de turburări de nutriţie cu o scădere mare în greutate şi acompaniate de turburări digestive.

După cum am amintit mai sus, germanii, din toate zaharurile, preferă amestecurile de maltoză-dextrină. In alimentaţia distroficilor Hordenzimul este recomandat de Mayer, Finkelstein, Kohane, Hotz şi Langstein.

Kohane publică peste 40 de cazuri de distrofii cu dispepsii, cari au fost tratate cu lapte de vacă diluat şi 3%—5% Hordenzim. In formele uşoare, unde toleranţa a fost puţin scăzută, concentraţia laptelui şi a Hordenzimului s'a mărit mai rapid şi ameliorarea a urmat în timp foarte scurt. In formele mai grave cu toleranţa mult scăzută, cu scaune diareice, vărsături şi scăderi mari în greutate, este mai bine să începem alimentaţia cu lapte de mamă. In lipsă de lapte de mamă introducem în alimentaţie babeurrul.

Datorită acidităţei, babeurrul are un efect prohibitiv asupra proceselor de putrefacţiune. Babeurrului se adaogă hidraţii de cărbune sub formă de Hordenzim în proporţie de 3%—6% sau un zahăr-hordenzim şi al doilea hidrat de cărbune sub formă de făină în părţi egale: 3% Hordenzim + 3% făină (Langstein). In caz de scăderi foarte mari a toleranţei se întrebuinţează cantităţi mici de alimente: 200—300 gr. pe zi, fie lapte de mamă, fie babeurre, fie lapte

diluat. Cantitatea de aliment este mărită treptat timp de 1½—2 săptămâni când ajungem la cantitatea care se cuvine unui copil normal de aceeaşi vârstă. În caz când nu e posibilă pregătirea babeurrului, el poate să fie înlocuit cu lapte de vacă diluat.

Finkelstein, Mayer în cazuri mai grave dau laptele albuminos cu Hordenzim 10%.

Kohane a utilizat în cazuri grave laptele albuminos cu 5% Hordenzim, urcând treptat concentraţia până la 10% Hordenzim. In General Kohane pentru laptele albuminos dă cantitatea de 10% Hordenzim. Hotz, din clinica profesorului Feer, întrebuinţează foarte mult Hordenzimul. Resultatele obţinute le compară cu acelea obţinute cu zahărul nutritiv al lui Sohxlet şi găseşte în multe cazuri Hordenzimul mult superior zahărului nutritiv.

Odată ce ne-am făcut ideie despre proprietăţile Hordenzimulu, trecem la studiul distrofiilor infantile şi la rezultatele personale obţinute în alimentaţia distroficilor cu Hordenzim.

IV.

DISTROFIILE.

Sunt stările morbide, contrare stărei fiziologice de eutrofie, determinate prin dezechilibrul dintre procesele de asimilare şi dezasimilare. Se manifestă la început prin o diminuare şi dispariţie a ţesutului celulo-adipos, mai târziu prin autofagia substanţelor proteice, pierderea apei şi substanţelor minerale. In general un copil este distrofic, atunci când prezintă o dezvoltare care nu corespunde cu vârsta lui. Distrofiile sunt foarte frecvente în prima copilărie şi iau adeseori forme grave. Prima copilărie este caracterizată prin o supraactivitate a creşterei, cu atât mai pronunţată cu cât un copil este mai apropiat de naştere. Această stare de creştere are un mod special de nutriţie: asimilarea predomină asupra dezasimilărei.

Parrot şi Albert au demonstrat că un copil absoarbe proporţional mai mult oxigen şi azot ca un adult.

Tot în prima perioadă a vieţei dezasimilarea este mai intensă ca în perioadele următoare.

Dupa Andral şi Pettenkoffer, plămânul noului născut elimină mai mult bioxid de carbon, ca cel al adultului. In comparaţie cu greutatea corpului, rinichii sunt mult mai mari la sugaci şi elimină mai multă apă ca la adult. Cu cât un copil este mai tânăr cu atât procesul de dezasimilare este mai activ. In prima perioadă a vieţei fiind deci creşterea

maximă şi dezasimilarea intensă, e uşor de înţeles că asimilarea trebuie să fie extrem de activă pentru o putea face faţă tuturor cerinţelor organizmului.

Toate cauzele cari diminuă asimilaţia cum sunt: alimentaţia defectuoasă, infecţiunile acute şi îndeosebi infecţiunile cronice, constituţia slabă a organizmului aduc după sine dezechilibru între asimilare şi dezasimilare şi prin urmare turburările de nutriţie. La copiii alimentaţi la sân turburările de nutriţie nu sunt grave şi au un caracter trecător. La copii alimentaţi cu lapte de vacă sunt grave, mai ales în primele 4 luni.

Nomenclatura stărilor de denutriţie variază încă foarte mult. Turburările de nutriţie au atras atenţia medicilor deja în secolul al XVI, când le găsim sub numele de „emaciere infantilă".

Inainte de Parrot numirea acceptată de toată lumea era de „atrofie". Parrot în 1877 înlocueşte această numire prin cuvântul „atrepsie".

Marfan acceptă numirea de atrepsie a lui Parrot, dar o păstrează numai pentru stările mai avansate de denutriţie şi numai în primele patru luni.

Pentru a aprecia gradul de denutriţie din prima copilărie, Marfan ţine seamă nu numai de turburările în creşterea greutăţei, ci şi de starea paniculului adipos. Dispariţia ţesutului adipos să face după o anumită succesiune, care determină pe Marfan să deosebească 3 grade de turburări de nutriţie:

1. Hipotrepsia gradul I. sau uşoară, care se caracterizează prin subţierea ţesutului celulo-adipos pe abdomen.

2. Hipotrepsia gradul II., care se caracterizează prin subţirea ţesutului celulo-adipos de pe membre şi dispariţia acestuia de pe abdomen.

3. Atrepsia lui Parrot sau ultima fază a denutriţiei cu dispariţia ultimei rezerve, care este pe faţă. Dispariţia ţesutului celulo-adipos de pe faţă determină un facies special de formă triunghiulară, facies de bătrân sau de maimuţă.

Nobécourt consideră turburările de nutriţie drept sindrome clinice şi deosebeşte 2 tipuri principale:

1. Stările mai înaintate le numeşte „caşexie" şi
2. stările mai uşoare „hipotrofie".

Tot Nobécourt cu colaboratorii săi Maillet şi Bidot examinând ureea din lichidul cefalo-rahidian a caşecticilor, a găsit la copii înainte de 4 luni o azotemie. De aceea le mai numeşte şi atrofii-atrepsii azotemice.

Mouriquand acceptă numai în parte clasificarea lui, Marfan, menţinând numirea de caşexie pentru stările de distrofie tuberculoasă.

Variot numeşte stările de denutriţie din primul an al vieţei atrofie, iar din anul al doilea şi al treilea „hipotrofie".

Finkelstein şi Mayer folosesc pentru stările mai uşoare numirea de distrofie, iar pentru stările mai grave de decompoziţie.

Langstein numeşte formele uşoare hipotrofii şi cele grave atrofii.

Din descrierea de până acum, reese că diagnosticul unei distrofii este uşor de precizat. In realitate acest diagnostic este îngreuiat prin confuziuni şi erori ce pot surveni în cazuri cu complicaţii secundare: broncho-pneumonii, piodermii, ulceraţii ale pielei şi ale bolţei palatine.

Caracterul fundamental al unei distrofii este subţierea şi dispariţia ţesutului celulo-adipos, oprirea în creşterea ponderală şi staturală. Cântarul şi măsurarea lungimei sunt necesare pentru stabilirea dezvoltărei copilului. Cifrele obţinute trebuesc raportatea la greutatea şi lungimea copilului în stare normală, având însă în ve ere greutatea de la naştere. La un distrofic în evoluţie lungimea corpului este normală, prezentând numai o scădere în greutate. Atrepsicii, pe lângă o scădere enormă a greutăţei, prezintă şi o oprire în desvoltarea taliei. Raportul între greutatea corpului şi lungime indică de multeori gravitatea prognosticului.

Explorarea metodică este mijlocul care ne permite să constatăm starea ţesutului celulo-adipos. Luând pielea între două degete putem aprecia cu uşurinţă grosimea, consistenţa şi tensiunea ţesutului celulo-adipos. Dacă denutriţia este în faza incipientă, panicului celulo-adipos este subţiat şi dispare în unele regiuni cu evoluţia boalei.

Mersul fatal al unei distrofii este spre atrepsie cu dispariția totală a țesutului celulo-adipos. Acest proces de distrucțiune începe pe abdomen și se termină pe față dând aspectul triunghiular al feței (Marfan).

Tegumentele sunt întotdeauna palide cu cianozarea membrelor. Mucoasele normale ceeace formează un contrast cu starea generală. Temperatura instabilă cu tendință la hipotermie. Copilul distrofic mai prezintă și o hipertonie musculară: rigiditatea cefei și a membrelor cu flexiunea celor din urmă. La distroficii rohitici această stare este înlocuită prin o hipotonie caracteristică la rahiticii în evoluție. In unele cazuri de distrofii turburările digestive sunt absente sau foarte ușoare, iar în altele foarte serioase (vârsături, diaree).

Afară de constatările clinice, datele anamnestice au o valoare deosebită în stabilirea momentului etiologic a distrofiilor infantile în general și în special a distrofiilor alimentare.

Pentru o mai bună orânduire a cazurilor ce vreau să le prezint, țin se împart stările distrofice după momentul etiologic în:

1. Distrofiile ex alimentațione, produse de nereguli în alimentație.

2. Distrofiile ex infecțione, datorite infecțiunilor. Langstein mai adaogă acestui grup și distrofiile datorite diferitelor maladii și le numește e morbo.

3. Distrofiile ex constituțione — a lui Lederer.

La aceste din nrmă Marfan, Nobécourt și Parrot mai adaogă și grupul distrofiilor produse prin lipsa de îngrigire și mediu necorespunzător.

1. Distrofiile alimentare.

(Ex alimentaţione Czerny.)

Alimentaţia defectuoasă este cauza cea mai importantă a turburărilor de nutriţie din prima copilărie.

Distrofiile alimentare sunt mai frecvente la copiii alimentaţi artificial, decât la copiii alimentaţi natural. Alimentaţiapoate să fie greşită sub raport cantitativ şi calitativ.

Cantitatea.

Distrofiile alimentare pot să fie cauzate prin depăşirea în plus sau în minus a limitei normale. In aceste cazuri vorbim de distrofii produse prin subalimentaţie şi supraalimentaţie.

Subalimentaţia este realizată prin mese foarte rare sau însuficiente. O terapeutică prost înţeleasă, constând în administrarea prelungită a dietei hidrice sau a supei de legume poate fi foarte des cauza unei subalimentaţiuni. Distrofiile de subalimentare se pot produce pe urma unor obstacole fie din partea mamei, fie din partea copilului. Dificultăţile şi obstacolele din partea mamei, cari pot fi cauza unei subalimentări sunt: mamelon plat sau ombilicat, amazia sau hipogalactia.

Din partea copilului obstacolele cele mai frecvente sunt: coriza cronică, vegetaţiunile adenoidiene, abces retrofaringean, bronchopneumonia şi alte afecţiuni ale aparatului respirator; debilitatea congenitală; copii leneşi lipsiţi de reflexul suge-

rei, copiii suferinzi de anumite boale ale sistemului nervos, leziuni ale cavităţei bucale, aftele lui Bednar sau ulcerele palatinale ale lui Parrot, malformaţiunile maxilarului inferior, buza de epure, gura de lup.

Toate aceste inconveniente, cari se pot prezenta din partea mamei şi a copilului, pot determina o subalimentaţie.

In alimentaţia artificială, subalimentaţia poate să rezulte dintr'o diluţie prea mare a laptelui de vacă, necorespunzătoare cu vârsta copilului; din întrebuinţarea unui lapte fraudulos modificat prin adăogarea de apă sau decremare, sau din insuficienţa raţiei stabilite fără sfatul medicului.

Bouchard, Parrot, Lesage, Comby admit că o subalimentaţie de lungă durată produce o stare de distrofie, care este mult mai gravă la copiii alimentaţi artificial, decât la copiii alimentaţi natural.

Excesul de alimentaţie sau supraalimentaţia aduce foarte des turburări de nutriţie. Marfan a arătat succesiunea fenomenelor generale şi a turburărilor de nutriţie în caz de supraalimentaţie. In unele cazuri supraalimentaţia duce la supranutriţie: la început copilul este gras şi în aparenţă sănătos, după un oarecare timp apare tabloul clinic al unei distrofii adiposo-păstoase. In alte cazuri supraalimentaţia produce turburări gastro-intestinale: digestia şi asimilaţia se face defectuos şi copilul întră în faza uşoară a turburărilor de nutriţie. Aceste consecinţe sunt mai rare în alimentaţia naturală şi foarte frecvente în alimentaţia artificială.

Este foarte greu de stabilit excesul sau insuficienţa de alimentaţie. Cantitatea de lapte, pe care trebuie să-o sugă un copil, diferă foarte mult de raţia stabilită ca normală, care după cum remarcă Maurel nu este decât o raţie convenţională. Raţia convenabilă pentru un copil, poate să fie mică sau foarte mare pentru un alt copil. (Lemaire, Lesage).

Calitatea.

Natura sau calitatea laptelui joacă şi ea un rol insemnat în determinarea stărilor distrofice. La copiii alimentaţi

la sân cantitatea laptelui influinţează în oarecare măsură creşterea copilului, dar starea de denutriţie a copiilor alimentaţi a sân nici odată nu este gravă.

In alimentaţia artificială calitatea laptelui are o importanţă deosebită. In laptele de vacă, întrebuinţat pentru alimentaţie, principii alimentari trebuie să se găsească într'un raport corespunzător cerinţelor copilului. Depăşirea acestei corelaţiuni poate provoca variate tablouri de distrofie pe care Langstein le numeşte — ex corelaţione — prin lipsa de corelaţiune între principii alimentari.

Finkelstein şi Mayer spun că aceste distrofii sunt consecinţele unei diminuări a toleranţei organizmului faţă de anumite substanţe alimentare.

In alimentaţia naturală sunt datorite intoleranţei faţă de laptele de mamă, ceeace se întâmplă foarte rar. In alimentaţia artificială copiii alimentaţi din primele zile excluziv cu lapte de vacă complect, lipsit de hidraţi de cărbune, luând cantăţi prea mari de albumină şi grăsime, prezintă tabloul clinic al unei alimentaţiuni unilaterale.

Czerny-Keller numesc acest tablou clinic „Milchnährschaden", Marfan „dispepsie du lait de vache".

Se caracterizează prin modificarea specială a scaunelor „scaune de mastică" de coloare albă gris, alcaline, conţinând o cantitate prea mare de săpunuri alcalino-teroase şi calcare, un exces de săruri şi o diminuare a pigmenţilor biliari, ceeace explică decolorarea lor. La început nu se observă turburări de nutriţie, dar mai târziu se prezintă o pierdere în greutate şi o staţionare în creşterea taliei. Dispepsia de lapte de vacă nu este altceva decât prima fază din seria stărilor morbide, cari survin în urma înlocuirei laptelui de femee cu laptele de vacă. Netratată ea duce deobicei la „Diarhée commune" a cărei evoluţie progresivă conduce fatal la distrofie gravă.

Diareea comună poate să fie şi primitivă, fără ca să fie precedată de faza de dispepsie. Diareea comună se caracterizează prin apariţia scaunelor muco-grunzoase de 6—7 ori pe zi, verzi cu miros fetid, conţinând grăsime, săpunuri şi

acizi grași liberi, stercobilină, bilirubină și biliverdină. Greutatea și talia staționară.

Nu trebuie să se treacă cu vederea întrebuințarea prematură a alimentelor, pe care copilul nu este apt să le digere, întrebuințarea prelungită a dietei făinoase, care duce la „Mehlnährschaden" (Czerny-Keller). Distrofiile infantile produse prin alimentația unilaterală cu făinuri prezintă trei tipuri: tipul atrofic, tipul hidremic și tipul hipertonic. Tipul hidremic evoluiază prin retenție de apă și pe lângă aspectul păstos ce-l are mai prezintă și o hiperexcitabilitate, care poate să rămână într'o stare latentă. Tipul atrofic se prezintă cu faciesul unui copil în inaniție și o hipertonie musculară. Această hipertonie este foarte accentuată în formele hipertonice. Aceste forme nu sunt datorite numai alimentărei exclusive cu hidrați de cărbune, dar și lipsei substanțelor albuminoide, grăsimei, sărurilor precum și avitaminozei. Această formă de distrofie se complică deseori cu xeroftalmia sau xeroza corneei și a conjunctivei și este datorită lipsei factorului A din alimentație. Ar exista o legătură intimă între distrofie și avitaminoză. Mouriquand, Weil, Bernheim, Michel, Bertoye încearcă să pună distrofiile pe seama lipsei de vitamine. Experimentând pe animale au reușit să producă o stare asemănătoare cu atrepsia copiilor până la 4 luni, prin avitaminoza C. Nu se știe sigur, dacă pe lângă toate cauzele atât de multiple și complicate ale stărilor distrofice, nu ar juca un rol și lipsa vitaminei?

Tratamentul preventiv al avitaminozei se face cu zeamă de portocale, lămâie, morcovi, bogate în vitamine. Mai nou se întrebuințează pe o scară intinsă anumite alimente expuse efectului razelor ultraviolete. Toate aceste greșeli în alimentație atât sub raport cantitativ, cât și sub raport calitativ determină turburări digestive la început mai ușoare și trecătoare, mai târziu grave și ca urmare turburări de nutriție. Frecvența turburărilor digestive în origina distrofiilor a atras atenția medicilor.

Pentru Parrot turburările de nutriție sunt consecințele turburărilor digestive. Baginsky, Marfan, Variot și mulți alții susțin părerea lui Parrot.

Ca să ne punem în gardă faţă de acest fel de distrofii, să administrăm în mod general un tratament dietetic ţinând cont de cele 2 faze ale lui: în prima fază de a mări toleranţa organizmului debilitat şi apoi a ajuta organizmul să-şi recâştige substanţele pierdute.

Introducerea Hordenzimului în tratamentul dietetic a influenţat spre bine distrofiile alimentare. In cazurile de distrofii, acompaniate de turburări digestive, rezultatele bune sunt datorite prezenţei de maltoză în Hordenzim, care diminuă formarea acidului în cursul digestiei, ridică limita de asimilare şi reduce consumarea patologică a substanţelor albuminoide. Kohane obţine rezultate bune în cazurile de distrofii alimentare, administrând Hordenzimul în lapte de vacă diluat sau lapte albuminos. Vărsăturile au cedat rapid, — apetitul şi starea generală s'au ameliorat şi scaunele au luat aspectul şi consistenţa normală. Hotz obţine o ameliorare a scaunelor în 2—10 zile.

Prezint câteva cazuri de distrofii alimentare, observate personal.

Obs. I. Copilul B. L. Intră în serviciul Azilului de copii în vârstă de 2 luni. Născut la termen şi normal. Este al 8-lea copil, din cari 2 morţi la vârsta de 2 şi 5 ani.

Tatăl sănătos, mama moartă la 3 săptămâni după ce a născut. Cauza morţei nu se cunoaşte.

Alimentat primele câteva zile după naştere cu lapte de vacă diluat, mai târziu până în prezent cu lapte de vacă complect.

Greutatea 3080 gr. în loc de 4400 gr.

Lungimea 52 cm. în loc de 57 cm. (Marfan).

Perimetrul capului 55 cm. şi perimetrul toracelui 34 cm. Tegumentele de o coloraţiune palidă pronunţată. Turgor flasc. Ţesutul celulo-adipos aproape dispărut de pe abdomen, membre şi trunchiu, conservat pe faţă. Pe faţa anterioară a braţelor şi pe faţa internă a coapselor plice spontane, transversale.

Scaunele mucoase, grunzoase fetide de 6—7 ori pe zi. Vărsături nu prezintă.

Reacţia Wassermann negativă. Reacţiile Pirquet şi Mantoux negative.

Acest copil întră în categoria copiilor alimentaţi de la naştere cu lapte de vacă complect. Este supraalimentat la început, dar mai târziu turburările digestive î-l duc la starea de distrofie. Turburările ce le prezintă sunt datorite lipsei de corelaţiune între principii alimentari, unei alimentaţiuni unilaterale cu lapte de vacă.

Dg. Distrofie alimentară (Milchnärschaden). Din prima zi după o dietă hidrică i-se administrează lapte de femee şi babeurre cu 5% Hordenzim: 200 gr. lapte de femee şi 100 gr. babeurre. Mărind treptat cantitatea babeurrului şi cantitatea Hordenzimulái până la 6%, se obţine o urcare o curbei de creştere, o ameliorare a stărei generale şi o ameliorare a scaunelor, cari sunt de consistenţă normală şi în număr 1—2 pe zi.

Greutatea 3080 gr. la început, după 5 săptămâni 3600 gr.

Obs. II. Copilul A. I. de 2 luni. Se prezintă în serviciul Azilului cu o greutate de 3300 gr., cu o lungime de 51 cm.; perimetrul capului 35 cm., perimetrul toracelui 38 cm.

Turgorul redus, ţesutul celulo-adipos, aproape dispărut pe abdomen, subţiat pe membre. El presintă o lipsă de substanţă, care interesează buza superioară, procesul alveolar al maxilarului superior şi bolta palatină. R. W. — R. P. —

Asupra felului de alimentaţie aflăm că începând cu ziua a doua după naştere a fost alimentat cu lapte de vacă $^1/_4+^3/_4$ apă, câte 100 gr. de 3 ori pe zi cu câte o bucată de zahăr de fiecare dată. In acest caz copilul n'a putut suge din cauza deformaţiunei ce-o prezenta, iar mama n'a ştiut să-i mulgă sânul. Cantitatea de lapte, care o îngera zilnic, a fost insuficientă şi copilul a ajuns într'o stare de distrofie.

Dg. Distrofie, gură de lup.

Deobicei copiii subalimentaţi prezintă o oprire în creşterea greutăţei, o oprire în desvoltarea taliei, fără turburări digestive. Turburările dispeptice sunt caracteristice copiilor alimentaţi cu lapte de vacă, cum este cazul de faţă, care

prezintă scaune grunzoase. Se administrează 600 gr. lapte $^1/_2 + ^1/_2$ zeamă de orez cu 5% Hordenzim. Peste câteva zile mărim cantitatea de lapte până la 700 gr., menţinând diluţia laptelui, iar concentraţia Hordenzimului se urcă la 6%. Curba de creştere de la început a luat un mers ascendent, ajungând în 10 zile la 3500 grame. Scaunele regulate.

Greutatea la prezentare 3300 gr., după 10 zile 3500 gr.

Obs. III. Copilul D. M. de 10 luni (observat la Azilul de copii) Se prezintă cu o greutate de 6000 gr.; lungimea corpului 65 cm.; perimetrul capului 40 cm.; perimetrul toracelui 38 cm.

Antecedentele eredo-colaterale: fără importanţă. Antecedentele personale: Născut la termen, alimentat natural numai până la 2 săptămâni, apoi cu lapte diluat $^1/_2$ şi o linguriţă de zahăr pentru fiecare 200 gr.

Copilul este slab desvoltat. Tegumentele palide, mucoasele normal colorate. Ţesutul celulo-adipos este redus la un strat subţire atât pe abdomen cât şi pe torace, asemenea şi pe membrele superioare. În aceste regiuni pielea este încreţită. Pe membrele inferioare stratul celulo-adipos este mai abondent, pe faţă este bine păstrat. Turgorul este flasc.

Reacţia Wassermann negativă, Reacţia Pirquet, Mantoux negative.

Scaunele mucoase, grunzoase de 6—7 ori pe zi.

Un al doilea copil, care a fost alimentat cu lapte de vacă diluat începând cu săptămâna a doua după noaştere şi până la o vârstă inaintată. Această diluţie $^1/_2$ lapte + $^1/_2$ apă şi o linguriţă de zahăr de fiecare 200 gr., poate că a fost suficientă în prima lună, dar mai târziu copilul prezintă tabloul clinic al unei distrofii cauzate prin subalimentaţie, diluţia laptelui fiind prea mare, pentru a răspunde tuturor cerinţelor organizmului.

Dg. Distrofie alimentară.

Toleranţa copilului fiind foarte scăzută, din prima zi după o dietă hidrică se dă lapte de mamă în cantitate de 300 grame şi ceai, înlocuindu-le treptat cu lapte $^2/_3$ şi babeurre cu Hordenzim 6%. Concentraţia Hordenzimului atât în laptele $^2/_3$ cât şi în babeurre a fost mărită până la 8%.

După cinci săptămâni copilul prezintă o creştere în greutate de 500 gr., scaunele se ameliorează, sunt în număr de 2 pe zi-grunzoase.

Greutatea 6000 gr., peste 5 săptămâni 6500 gr.

Obs. 4. W. H. de 2 luni. Intră în serviciul Azilului de copii cu o greutate de 3450 gr. în loc de 4400 gr. Lungimea corpului 52 cm. în loc de 57 cm. Perimetrul capului 36 cm, perimetrul toracelui 33 cm.

Antecedentele heredo-colaterale. Tatăl sănătos, mama moartă la 5 zile după naştere în urma unei infecţiuni gripale. Mama a avut 5 naşteri. 2 copii morţi în primele 3 luni.

Antecedentele personale: Născută la termen şi normal. Alimentată la început primele câteva zile cu lapte de mamă, complectându-se sugerile cu lapte de vacă, apoi artificial până în prezent.

Turgorul flasc, tegumentele palide, mucoasele normal colorate. Ţesutul celulo-adipos subţiat pe abdomen şi membrele înferioare, bine păstrat pe membrele superioare şi pe faţă. Intertrigo genital intens. Furunculi mici diseminaţi, furunculi mari în regiunea fesieră şi pe spate.

In rest nu prezintă nimic patologic.

Scaunele grunzoase de 3—4 ori pe zi.

Reacţia Wassermann, reacţia Pirquet negative.

Copila prezintă o stare de distrofie datorită cauzelor multiple: alimentare, infecţioase.

Dg. Distrofie, infecţiuni cutanate.

Se face tratamentul leziunilor cutanate, care la început nu se atenuiază, din contră apar altele noi.

Se înstituie un tratament actinic şi o alimentaţie cu urcarea hidraţilor de cărbune.

Noi infecţiuni nu mai apar, cele vechi vindecându-se complect.

Alimentaţia, în cazul de faţă, constă din lapte de vacă $^2/_3$ cu 8% Hordenzim şi babeurre cu 3% Hordenzim şi 3% făină.

Curba de creştere staţionară la început, după vindecarea leziunilor cutanate prezintă o urcare de 600 gr., iar scaunele grunzoase s'au ameliorat.

Greutatea 3450 gr. ajunge după $2^1/_2$ luni 4100 gr.

Din istoricul acestui caz rezultă că atunci când înafară de turburări alimentare mai există şi infecţiuni piodermice sau alte infecţiuni, tratamentul trebuie să fie complect şi se extindă şi asupra lor.

In caz contrar tratamentul dietetic nu va da rezultatele dorite. In cazul de faţă tratamentul actinic a fost probabil un adjuvant al celui dietetic.

Obs. V. B. V. 1 an 7 luni. Internat în serviciul Azilului de copii cu o greutate de 6450 gr. Lungimea 72 cm.; perimetrul capului 45 cm.; perimetrul toracelui 45 cm.

Antecedentele heredo-colaterale: nu prezintă nici un interes.

Antecedentele personale: Născut la termen şi normal. In ceeace priveşte alimentaţia aflăm că a fost alimentat natural până la 7 luni, artificial până în prezent. Tegumentele foarte palide, mucoasele deasemenea. Turgorul flasc. Ţesutul celulo adipos dispărut. Plice spontane pe braţe şi în regiunea adductorilor. Abdomenul retractat. Pulmonar prezintă câteva raluri la stânga. In rest nimic deosebit. Splina, ficatul nu se palpează. Acest copil prezintă tabloul clinic al unei înaniţii subalimentare, cu o scădere enormă a greutăţei, cu o lungime corespunzătoare mai mult sau mai puţin vârstei lui, scaunele regulate.

Dg. Distrofie.

Se administrează de la început lapte $^2/_3$ cu 6% Hordenzim, adăogându-i mai târziu alte alimente. In două săptămâni se înregistrează o creştere de 500 grame.

Greutatea 6450 gr. — peste 3 săptămâni 6950 gr.

Obs. VI. M. A. de 2 săptămâni. Se prezintă în serviciul Căminului de mame cu o greutate de 2400 grame. Lungimea 46 cm.; perimetrul capului 37 cm.; perimetrul toracelui 35 cm.

Antecedentele heredo-colaterale: Mama sănătoasă, neagă avorturile tbc. sifilis. Primul copil.

Antecedentele personale: Născut la termen şi normal. Este foarte slab desvoltat. Turgorul flasc. Ţesutul celulo-adipos slab desvoltat pe întreagă suprafaţa corpului.

Fontanela anterioară deschisă de 4 degete, sutura sagitală de un deget, sutura metopică deschisă de 1 cm.

Deasupra rădăcinei nasului prezintă o tumoretă de mărimea unei nuci mici, moale uşor violacee. Creşte în volum în timpul plânsului, dureroasă la palpaţie. Splina nu se palpează, ficatul nu este mărit.

In rest nu prezintă nimic deosebit.

Reacţia Wassermann negativă la mamă şi la copil.

Reacţia Pirquet negativă la copil.

Acest copil a fost alimentat de la naştere cu lapte de vacă diluat $^1/_2$ cu 8, 5 zahăr în cantitate de 600 gr. din cauză că mama n'a avut lapte.

Sub acest regim alimentar prezintă o creştere regulată a greutăţei la început, dar mai târziu scaunele sunt grunzoase de 3—4 ori pe zi şi copilul începe să piardă din greutate. In acelaşi timp are şi vărsături. Ţesutul celulo-adipos redus mult.

Dg. Distrofie.

Se înlocueşte zahărul din laptele de vacă cu Hordenzim 5%, iar concentraţia laptelui din $^1/_2$ cum. era până acum se măreşte şi se dă $^2/_3$ lapte + $^1/_3$ apă. Concentraţia Hordenzimului se urcă la 6%.

In timp de 4 săptămâni prezintă o ascensiune frumoasă a curbei de creştere, scaunele se ameliorează şi sunt regulate 1—2 pe zi.

Greutatea de 2800 la începutul administrărei Hordenzimului este peste 4 săptămâni de 3500 gr.

Din cazurile prezentate până acum rezultă că Hordenzimul determină în unele cazuri o regulare satisfăcătoare a creşterei în greutate, în altele curba prezintă o ascensiune rapidă.

2. Distrofiile infecţioase.

(E infecţione — sau e morbo.)

Dintre cauzele eficiente ale distrofiilor din prima copilărie, Marfan afară de alimentaţia defectuoasă mai semnalează maladiile infecţioase, în special cele cronice; cele acute precipitând numai mersul unei distrofii preexistente. In primul rând sunt cauze frecvente de anorexie şi prin urmare de subalimentare şi de denutriţie. Foarte des bolile infecţioase sunt acompaniate de turburări digestive (diaree, vărsături), cari pot să fie în legătură cu o alimentaţie defectuoasă, sau sunt datorite acţiunei principiilor nocivi asupra aparatului digestiv. Aceste turburări digestive, dacă sunt de durată mai lungă, duc la distrofii. In fine distrofiile pot fi cauzate de turburările în schimburile nutritive ale ţesuturilor, modificate de bolile infecţioase.

Din bolile cronice, cari duc la distrofie, cele mai importante sunt: tuberculoza şi sifilisul hereditar.

Distrofiile tuberculoase sunt greu de diagnosticat. Singurul mijloc de diagnostic este reacţia provocată prin tuberculină, pentrucă deobicei tuberculoza nu se manifestă la copiii mici prin semne clinice. Intradermoreacţia pozitivă la un distrofic este de un prognostic grav.

Sifilisul hereditar este o maladie caşectizantă ca şi tuberculoza. Lipsiţi de leziuni sifilitice, deseori prematuri şi debili la naştere, aceşti distrofici, cu toate că, sunt alimentaţi la sân, se prezintă la vârsta de 5—6 luni cu greutatea

dela naştere. Sero-reacţia W. este singurul mijloc de a evidenţia momentul etiologic al acestor distrofii. Altă dată aceşti copii prezintă turburări digestive. Ribadeau Dumas şi Faroy susţin că leziunile primitive ale copiilor heredosifilitici se găsesc pe traectul tubului digestiv.

Ambele aceste maladii egal de importante în producerea distrofiilor infantile, acţionează asupra ţesuturilor şi humorilor prin toxinele lor. Aceste fiind alterate nu pot să asimileze perfect principii alimentari. Lipsa de asimilare este mai pronunţată la copiii la cari se adaogă şi turburările digestive.

Dintre bolile infecţioase acute o cauză determinantă de remarcat este, infecţiunea gripală repetată, mai ales în colectivităţi unde trece dela un copil la altul, luând adeseori caracter endemic. Afară de infecţiunile gripale notăm erisipelul, piodermiile, bronchopneumonia, pertusis şi morbili. După Parrot ele constituesc numai cauze predispozante, devenind un obstacol în alimentaţie. Thiercelin, Cataneo, Hutinel sunt toţi de acord, că bolile infecţioase cauzează turburări digestire ce duc la distrofii.

Aceste infecţiuni le considerăm ca ceva secundar, ele atacând mai ales pe copiii cu o rezistenţă slăbită fie din cauza unei stări patologice, fie din a unei constituţiuni ce lasă de dorit.

Când cauzele distrofiilor sunt infecţiunile ele sunt adesea influenţate de dietetică într'un mod vizibil. In infecţiunile acute enumerate mai sus, scopul este să mărim mijloacele de apărare ale organizmului şi să vindecăm infecţiunile. Pentru a mări imunitatea acestor distrofici este necesară întroducerea în alimentaţie a laptelui de femee. In cazuri când laptele de femee lipseşte se recomandă laptele de vacă diluat sau babeurrul. Hordenzimul administrat în aceste forme de distrofii, alături de un tratament cauzal a dat rezultate bune.

Kohane şi Hotz demonstrează cazuri de distrofii infecţioase, cari fiind alimentate cu lapte diluat şi Hordenzim 5% au prezentat o creştere satisfăcătoare a greutăţei.

Iată şi rezultatele obţinute în cazurile personale.

Obs. I. P. S. de 8 luni. Internat în serviciul Clinicei

Infantile cu Greutatea 5100 gr. în loc de 8000 gr. Lungimea 63 cm. în loc de 66 cm.

Perimetrul capului 33 cm.; perimetrul toracelui 40 cm. Antecedentele eredo-colaterale: Tatăl sănătos, mama suspectă de tbc. Un frate al mamei mort de tbc. pulmonar.

Antecendentele personale: Născut la termen şi normal. Alimentat natural până la vârsta de 2 săptămâni, mixt până la 7 săptămâni, în prezent artificial. Se prezintă într'o stare de distrofie gravă. Tegumentele palide. Turgorul flasc. Ţesutul celulo-adipos dispărut de pe abdomen, membre şi trunchiu Prezintă plice spontane în regiunea adductorilor şi pe faţa anterioară a braţelor. Pe faţă ţesutul celulo-adipos subţiat. Ganglionii cervicali, occipitali, axilari şi inghinali sunt palpabili.

Pulmonar: uşoare modificări în spaţiul interscapulo-vertebral.

Splina nu se palpează. Ficatul nu este mărit.

Scaunele grunzoase de 3—4 ori pe zi.

Reacţia Wassermann negativă la mamă şi la copil.

R. Pirquet intens pozitivă în repetate rânduri.

Acest copil are în antecedentele colaterale un unchiu mort de tbc. pulmonar, mama suspectă de tbc., iar el reacţia Pirquet pozitivă.

Starea lui de distrofie este deci datorită infecţiunei tuberculoase.

Dg. Distrofie tbc.

In acest caz şi în alte 3 cazuri identice, introducând în alimentaţie Hordenzimul nu s'a obţinut nici un rezultat. Curba de creştere rămâne staţionară. Starea generală nu prezintă nici o modificare.

Copiii tuberculoşi pe lângă o alimentaţie concentrată mai au nevoie de aeroterapie şi helioterapie.

Obs. II. H. I. de 4 luni. Intră în serviciul Azilului de copii cu o greutate de 5600 gr.

Lungimea 62 cm. Perimetrul capului 38 cm.; perimetrul toracelui 37 cm.

Antecedentele heredo-colaterale: fără importanţă.

Antecedentele personale: născută la termen şi normal. Alimentată în prima lună natural, apoi mixt până în prezent.

E într'o stare bună: cu tegumentele puţin palide, mucoasele normal colorate. Ţesutul celulo-adipos bine dezvoltat pe membre şi pe faţă, ceva mai puţin pe abdomen şi pe trunchiu.

Sistemul osos bine conformat. Fontanela mare deschisă de 2 degete, cea mică închisă. Pulmon, cord normal. Splina nu se palpează, ficatul nu este mărit. R. W. şi R. P. sunt negative.

A prezentat o creştere în greutate şi în lungime normală până la vârsta de 4 luni, când face o infecţie gripală cu complicaţiuni pulmonare.

Totodată prezintă o scădere în greutate de 400 gr., cu dispariţia ţesutului celulo-adipos.

Dg. Distrofie, infecţiuni gripale.

Se instituie un regim alimentar mixt, care constă din lapte de mamă, lapte de vacă diluat $^2/_3$ cu 6% Hordenzim şi babeurre cu 6% Hordenzim.

După timp scurt a prezentat o creştere în greutate de 500 gr.

Greutatea 5600 gr., după 6 săptămâni 6100 gr.

Obs. III. I. S. de 6 săptămâni se prezintă în serviciul Azilului de copii cu o greutate de 3200 gr. lungimea 51 cm.; perimetrul capului $35^1/_2$ cm.; perimetrul toracelui 33 cm.

Antecedentele heredo-colaterale: fără importanţă.

Antecedentele personale: născut la termen şi fără inconveniente. Alimentat mixt cu lapte de mamă şi babeurre cu 3% Hordenzim.

Face infecţiuni rhinofaringiene repetate, cu oprire în creştere (la 4 luni are deabea 3800 gr.)

Prezintă o stare de distrofie, datorită rhinofaringitelor repetate. Tegumentele palide. Ţesutul celulo-adipos dispărut de pe abdomen şi trunchi, ceva mai bine păstrat pe faţă. Fontanela mare deschisă de 3 degete, ganglionii nu se palpează.

Pulmon, cord normal. Splina, ficatul nu se palpează.

Reacţia Wassermann negativă la mamă şi la copil.

Reacţia Pirquet negativă.

Dg. Rhinofaringită. Distrofie.

Se instituie un regim constând din lapte de mamă şi lapte de vacă în diluţie $^2/_3$ cu 5% Hordenzim şi 1% făină. Tratamentul cauzal a activat ameliorarea stărei generale, copilul prezintă o creştere în greutate.

Obs. IV. M. G. de 6 luni. Intră în serviciul clinicei Infantile cu o greutate de 5100 gr. în loc de 7100 gr. Lungimea 60 cm.; perimetrul capului 41½ cm.; perimetrul toracelui 39 cm.

Antecedentele heredo-colaterale: fără importanţă.

Antecedentele personale: Născut la termen şi normal. Alimentat natural până la 3 luni; mixt până la 5 luni, artificial până în prezent. A prezentat infecţiuni gripale în repetate rânduri.

Acum 3 zile face o nouă infecţie gripală. Totodată şi o pierdere în greutate.

Prezintă o stare de distrofie cu tegumentele palide, turgorul flasc. Ţesutul celulo-adipos mult dispărut de pe abdomen şi membre cu formarea plicelor spontane. Pe faţă este bine păstrat. Ganglionii nu se palpează. Ficatul nu este mărit, splina nu se palpează.

Reacţia Wassermann negativă, reacţia Pirquet negativă.

Dg. Distrofie, gripă.

Din cauza lipsei de rezistenţă, datorită infecţiunilor repetate, acest copil a prezentat o distrofie progresândă.

Se instituie un tratament dietetic, constând din lapte de vacă complect cu 6%—8% Hordenzim şi babeure cu 6% Hordenzim, fiind supus mai târziu unui regim obicinuit la vârsta lui. După 3 săptămâni se înregistrează o greutate de 5450 gr.

Greutatea 5100 gr., după 3 săptămâni 5450 gr.

Obs. V. F. M. Intră în serviciul Azilului de copii în vârstă de 7 zile cu o greutate de 3200 gr.; lungimea 52 cm.; perimetrul capului 36 cm.; perimetrul toracelui 33 cm.

Antecedentele heredo-colaterale: Mama este internată în sanator, suferind de tbc. pulmonar.

Antecedentele personale: Născută la termen şi normal. Alimentată mixt cu lapte de vacă şi babeurre.

Tegumentele palide, mucoasele asemenea. Ţesutul celulo-adipos destul de bine dezvoltat. Fontanela mică deschisă şi comunică cu fontanela mare prin sutura sagitală. Venele epicraniene în regiunile temporale bine exprimate, nasul uşor în şea.

Ganglionii nu sunt măriţi. Splina nu se palpează, ficatul nu este mărit.

Reacţia Wassermann pozitivă, Reacţia Pirquet negativă.

Curba de creştere la început normală, mai târziu este staţionară, cu mici oscilaţiuni.

Scaunele grunzoase, de 4—5 ori pe zi.

Dg. Distrofie, sifilis. Văzând că acest copil nu creşte, are reacţia Wassermann pozitivă, s'a instituit un tratament antiluetic intens.

Afară de aceia se înlocueşte zahărul din laptele de vacă şi babeurre cu Hordenzim 3%, mărind cantitatea până la 5%.

Se înregistrează o creştere de 300 grame în 3 săptămâni.

3. Distrofiile constituţionale (Lederer).

(Ex constituţione.)

Langstein pentru a da o definiţie mai practică spune, că constituţia este suma posibilităţilor de dezvoltare în cadrele anumitor limite, primite încă din timpul procreerei.

Marfan admite că stările distrofice constituţionele ating în special copiii, născuţi într'o stare de debilitate congenitală şi nu sunt altceva decât pur şi simplu nişte atrepsici încă din viaţa intrauterină. Variot este de părerea că debilitatea congenitală şi malformaţiunile pot să fie origina acestor turburări. Un copil de constituţie bună, rămâne în aceeaşi stare de eutrofie nu numai atunci când este alimentat la sân şi deci este supus unui regim bine echilibrat, ci chiar când e alimentat artificial, supus deci unui regim în care cerinţele calorice şi ale echilibrului nutritiv nu sunt în deplin acord. Aceşti copii de multe ori cu o îngrijire proastă, crescuţi într'un mediu extern nepotrivit nu sunt influenţaţi prea mult în rău. La înfecţiuni reacţionează prin simptome uşoare şi se vindecă repede.

Redau câteva cazuri de aceşti copii, alimentaţi artificial cu lapte de vacă şi Hordenzim.

Obs. I. K. I. de două săptămâni.

Intră în serviciul Azilului de copii cu o greutate de 4150 gr.

Lungimea 57 cm.; perimetrul capului 38 cm.; perimetrul toracelui 36 cm.

Antecedentele heredo-colaterale: Tatăl sănătos. Primul copil. Mama moartă în urma febrei puerperale. Antecedentele personale: Născut la termen şi normal. Alimentat natural numai trei zile, până în prezent artificial cu lapte de vacă diluat.

Este un copil foarte bine dezvoltat. Tegumentele de coloare normală, mucoasele deasemenea normal colorate. Ţesutul celulo-adipos pe abdomen, trunchiu, membre şi pe faţă egal distribuit. Turgorul potrivit. Gonglionii nu se palpează. Fontanela mare deschisă de 3 degete. Sutura sagitală de $^1/_2$ cm. Fontanela mică închisă. Buzele normal colorate. Soor în gură.

Uşoară hernie ombilicală.

Pulmon, cord normal. Splina nu se palpează, ficatul nu este mărit.

In rest nimic deosebit. Reacţia Wassermann şi reacţia Pirquet sunt negative la copil.

Este alimentat cu lapte de vacă diluat $^1/_2$ + 8.50% Hordenzim şi lapte $^2/_3$ + 6% Hordenzim.

Starea generală rămâne aceeaşi, greutatea în timp de 3 săptămâni se urcă la 4500 grame. Scaunele regulate.

Greutatea 4150 gr., peste 3 săptămâni 4500 gr.

Obs. II. C. M. Greutatea la 1 săptămână 3000 grame. Lungimea 49 cm.; perimetrul capului 35 cm; perimetrul toracelui 32 cm.

Antecedente heredo-colaterale: Mama sănătoasă, neagă avorturile, tbc., sifilis. 2 copii născuţi morţi. Antecedentele personale: Născut la termen şi normal. Alimentat natural. Copil bine desvoltat, cu tegumentele, mucoasele bine colorate. Ţesutul celulo adipos bine desvoltat, turgorul mediocru.

Fontanela mare deschisă de 3 degete, comunică cu cea mică prin sutura sagitală.

Buzele bine colorate. In gură nu prezintă nimic.

Pulmon şi cord nimic patologic.

Splina nu se palpează, ficatul nu este mărit.

Apetitul bun, scaunele regulate.

R. W. negativă la mamă şi la copil. Reacţia Pirquet negativă la copil.

Până la două luni a avut o alimentaţie naturală cu o dezvoltare normală.

După 2 luni trece la o alimentaţie mixtă cu lapte de mamă şi babeurre cu Hordenzim 4%.

Are şi mai departe o stare generală bună, creştere în greutate regulată (600 gr. într'o lună) şi scaunele regulate

Obs. III. P. Z. Intră în serviciul Căminului de mame la vârstă de 3 luni cu o greutate de 4900 gr. Lungimea de 59 cm.; perimetrul capului 39 cm.; perimetrul toracelui 38 cm.

Antecedentele heredo-colaterale: Mama sănătoasă, neagă avorturile, tbc. sifilis.

Antecedentele personale: Născut la termen, alimentat natural până la 3 luni, când este ablactat brusc. Copilul foarte bine dezvoltat cu tegumentele şi mucoasele foarte bine colorate. Ţesutul celulo-adipos egal distribuit. Turgor bun.

Fontanela anterioară deschisă de 2 degete. Buzele normal colorate. In gură nu prezintă nimic patologic. Pulmon, cord normal. Scaune grunzoase. R. Wassermann şi R. Pirquet negative.

Se administrează lapte de vacă diluat $^2/_3$ cu 6% Hordenzim şi lapte complect cu 4% Hordenzim şi 2% făină. A prezentat în urma acestei alimentaţiuni o creştere bună şi fără turburări digestive.

Greutatea 4900 gr., peste 4 săptămâni 5500 gr.

In ceeace priveşte copiii de o constituţie bună Hordenzimul le procură o dezvoltare constantă şi rapidă. Creşterea în greutate este satisfăcătoare. Funcţiunile digestive ireproşabile, scaunele de formă normală.

Se observă o balonare a abdomenului.

In cazuri contrare acelora pe care le-am prezentat, un copil este de constituţie rea. Aceşti copii de constituţie inferioară deşi sunt alimentaţi natural şi în bune condiţiuni igienice prezintă o curbă a creşterei staţionară sau o scădere a curbei, fără însă să prezinte şemne corporale sau funcţio-

nale. Cea mai uşoară infecţie, schimbare de alimentaţie, cele mai mici turburări digestive se manifestă prin semne alarmante, se vindecă greu şi deseori duc la distrofii.

Iată un caz din aceşti copii distrofici.

Obs. IV. Copilul N. M. Intră în Căminul de mame la vârsta de 2 săptămâni. Greutatea 2800 gr.

Antecedentele heredo-colaterale. Mama sănătoasă, neagă avorturile, tbc., sifilis. Primul copil, naştere spontană cu ruptură perineală.

Antecedentele personale: Născut la termen şi normal, alimentat natural până la vârsta de 2 luni. La 2 luni are cu o greutate de 2900 gr., în loc de 4400 gr. Lungimea 55 cm., în loc de 57 cm.; perimetrul capului 37 cm. şi perimetrul toracelui 35 cm. Cu toate că copilul a fost alimentat la sân şi cu ajutorul cântarului s'a stabilit că lua cantităţi suficiente de lapte la o sugere, prezintă timp de 2 luni o curbă de creştere staţionară.

La examinare se constată o stare de distrofie avansată cu tegumentele palide, cu o uşoară cianozare a membrelor inferioare. Turgorul lipseşte. Ţesutul celulo-adipos dispărut pe abdomen şi trunchiu. Pe membrele superioare şi inferioare deasemenea. Pe faţă ţesutul celulo-adipos puţin conservat, lăsând să se intrevadă contururile triunghiulare ale feţei. Relieful costal pronunţat. Hipertonicitate musculară cu rigiditatea cefei şi a membrelor, ceeace se pune în evidenţă dacă aşezăm copilul pe abdomen, sau îl ţinem de picioare cu faţa în jos. Cute spontane pe faţa anterioară a coapselor.

Ganglionii nu sunt măriţi.

Pulmonar nimic patologic. Cord normal. Splina nu se palpează, ficatul nu este mărit. Reacţia Wassermann la mamă şi la copil negativă. Reacţia Pirquet negativă la copil.

Copilul acesta cu toată alimentaţia făcută regulat din 3 în 3 ore nu s'a dezvoltat, cauza probabil este însăşi constituţia copilului.

Incercând să-i înlocuim o masă cu 100 gr. lapte diluat cu 8.50% zahăr, copilul n'a prezentat nici o schimbare.

In locul zahărului din lapte i-se administrează Horden-

zim în cantitate de 5%. Copilul rămâne alimentat mixt şi pe mai departe, luând de 3 ori pe zi lapte de mamă şi de 3 ori lapte de vacă diluat cu 5%—6% Hordenzim. Pe lângă acest regim mixt într'o lună se obţine o creştere în greutate de 600 gr. Scaunele regulate.

Greutatea 2900 gr., peste 4 sâptămâni 3500 gr.

Lederer deosebeşte următoarele forme de distrofii constituţionale:

1. Distrofiile determinate printr'un deficit de albumină în organizmul copilului. De multeori simpla adăogare de lapte de vacă este capabilă să schimbe această stare.

2. Diateza exudativă (Czerny) la copii alimentaţi natural. Factorul principal este acţiunea vătămătoare a grăsimei din laptele de mamă.

3. Diferite forme de exemă la copiii mici cu toate că ei sunt foarte bine îngrigiţi.

4. Eritro-dermia descuamativă. Survine numai la copiii alimentaţi la piept şi este acompaniată de scaune neregulate.

5. Nevropatiile, cari sunt datorite hiperexcitabilităţei. Curba lor de creştere prezintă căteodată o scădere rapidă, turgorul devine moale, tonusul muscular slăbeşte, culoarea extrem de palidă a feţei cu cearcăne sub ochi. Iată simptomele care acompaniază aceste stări. Copilul nevropat reacţionează la cea mai mică influenţă dăunătoare: o otită medie sau o amigdalită simplă a fost deseori confundată cu o meningită. Categoria de nevropaţi a lui Lederer corespunde cu cea de hidrolabili a lui Finkelstein.

6. Vărsăturile habituale, pilorospazmul şi stenozele pilorului.

7. Rahitizmul. Poate să existe şi la copiii alimentaţi la sân si se caracterizează prin alopecie occipitală, craniotabes, mătănii costale, îngroşarea epifizelor.

8. Spasmofilie sau tetanie înfantilă. Este caracterizată prin o hipocalcemie şi o hiperexcitabilitate a sistemului neuro-muscular.

Dintre distrofiile constituţionale cele mai multe necesită un tratament special. Kohane şi Hotz au administrat Hor-

denzimul în mai multe cazuri de vărsături habituale, dar nu au obţinut rezultate.

In ceeace priveşte distrofiile rahitice, ele necesitând şi un tratament actinic, medicamentos şi cauzal nu pot susţine că rezultatele obţinute sunt datorite excluziv întrebuinţărei Hordenzimului.

Obst. V. G. F. Intră în serviciul Clinicei Infantile la vârsta de 7 luni. Antecedentele personale: Născut la termen şi normal. Alimentat natural până la 2 săptămâni; mixt până la 2 luni, artificial până în prezent.

Greutatea 6500 gr. Lungimea 65 cm.; perimetrul capului $41^1/_2$ cm.; perimetrul toracelui 39 cm.

Tegumentele palide, mucoasele asemenea. Turgor flasc. Ţesutul celulo-adipos slab desvoltat. Fontanela anterioară deschisă de 3 degete. Alopecie occipitală, craniotabes occipital punctiform. Toracele turtit lateral şi evazat la baze. Mătănii costale. In rest nu prezintă nimic patologic.

Scaunele grunzoase neregulate.

Dg. Distrofie uşoară, rahitizm.

Introducerea Hordenzimului în alimentaţie alături de tratamentul indicat în rahitizm a dat rezultate bune.

V.

CONCLUZIUNI.

1. Adăugarea hidraţilor de cărbune sub formă de zahăr în alimentaţia artificială, pentru complectarea deficitului de lactoză din laptele de vacă, este necesară.

2. Hordenzimul, care este un amestec de maltoză-dextrină, este indicat în alimentaţie înlocuind orice zahăr. Serveşte ca adaos laptelui de vacă pentru complectare şi corectare.

3. După majoritatea autorilor Hordenzimul este direct şi în întregime asimilat şi fără acţiune purgantă.

4. Se administrează în cantitate de 3%—10% (Kohane). Cantitatea zilnică este de obiceiu de 15—50 gr. (Hotz).

5. Intrebuinţat în doze convenabile este un agent puternic pentru împiedecarea fermentaţiunei intestinale şi pentru regularea scaunelor.

6. Ameliorarea scaunelor la distrofici cu dispepsii s'a obţinut în medie în 5—20 de zile.

7. Hordenzimul contribuie totodată la creşterea în greutatea copilului.

8. Cifra mijlocie de creştere zilnică este de 15—25 grame.

Văzut şi bun de imprimat.
Cluj, la 18 Iunie 1928.

Preşedintele tezei

Prof. Dr. T. Gane.

Văzut
la 19 Iunie 1928.

Decanul Facultăţii

Prof. Dr. M. Botez.

VI.

BIBLIOGRAFIE.

1. A. B. Marfan: L'hypotrepsie et l'atrepsie. Le nourisson 1921.

2. A. B. Marfan: Les etats de denutrition dans la premiere enfance. Diagnostic et traitement de l'atrepsie et de hypotrepsie. Le Nourrisson 1921. N. 5.

3. A. B. Marfan: Les etats de denutrition dans la première enfance. Etats morbides associe ordinairement a l'hypotrepsie et de l'atrepsie. Le Nourrisson N. 3—1921.

4. A. B. Marfan: Les etats de denutrition dans la premiere enfance Phisiologie pathologique et pathogenie de l'hypotrepsie et de l'atrepsie. Le Nourrisson N. 4—1921.

5. A. B. Marfan: Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier age 3-e. Paris Masson 1920.

6. A. B. Marfan: Les affections des voies digestives dans la premiere enfance. Masson Paris 1923.

7. A. B. Marfan: Allaitement naturel et allaitement artificiel. Presse medicale 1901.

8. Mouriquand: Precis de diététique et des maladies de la noutrition chez l'enfants et chez l'adultes. Paris Doin 1926.

9. Nobécourt: Les hypotrofies et les cochexies des nourrissons. Etiologie, phyziologie pathologique, pathogenie. Archives de medecine des enfants 1916. Pag. 113., 169., 234., 301., 538.

10. Nobécourt: Les hautes doses de sure de canne chez les nourrissons cachectiques. Societé de ped. de Paris 1926. Bullet. de la soc. de ped. de Paris 1926. 8., 9., 10.

11. Nobécourt et G. Schreiber: Les sucres dans l'alimentation du nourrisson. Leur rol en pathologie et en therapeutique. Paris Medical Decembrie 1911.

12. Nobécourt: De l'elimination par les urines de quelques sucres introduits par la voie digestive ou la voie soub-cutanée chez les enfants. Arch. de med, de enfants 1910.

13. Nobécourt: Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons. Masson 3-e. 1922.

14. Nobécourt: Les dangers de la privation du sucre chez le nourrisson. Societé de ped. de Paris. 9. Iunie 1913.

15. Nobécourt: Traitement des vomissements des nourrissons et de l'atrepsie par le sucre a hautes dozes. Arch. de med. des enf. 1914.

16. P. Nobécourt et Nadal: Rezultates de l'alimentation sucrée des nourrissons malades. Societé de pediatrie de Paris 1914. 9. Iunie.

17. Nobécourt: La tolérance des nourrissons pour le sucre Le hautes dozes de zaccharoze chez le bebé cachectiques. Archives de med. des enf. 1927. Iunie.

18. Levy Max: La tolerance au sucre des nourrissons cachectiques. Societé de ped. de Paris 1926. 6. Iuillet. Bullet. de la soc. de ped. de Paris 1926.

19. Kohane R.: Nutromalt; contribution a l'alimentation artificielle des nourrissons bien portants et malades.

20. Hotz A.: Nutromalt un produit remplaçant le sucre nutritive. Tirage à part du „Correspondenzblatt für Schveizer Ärzte". No. 4. 1917.

21. Monveroux: L'alimentation sucre dans quelque trouble de la digestion et de la noutrition chez le nourrisson. Theze de Paris 1919.

22. Lesné: A propos du traitement de l'atrepsie. Soc. de ped. de Paris 1926. Bullet. de la soc. de ped. de Paris 1926. 8, 9, 10.

23. Lesné et Binet: Phyziologie normale et pathologique du nourrisson. Masson Paris 1922.

24. H. Lemaire: Les etats de denutrition de la premiere enfance. Etude clinique et anatomique. Societe de ped. de Paris 1926. Bullet. de la soc. de pediatrie de Paris 1926.

25. H. Finkelstein und L. F. Mayer: Ernährungsstörungen des Säuglinge. E. Feer. Lehrbuch für Kinderheilkünde. Fischer Jena 1923.

26. Leo Langstein: Distrofien und Durchfallskranheiten in Säuglingsalter. Thieme Leipzig 1924.

27. Leo Langstein: Die Rolle der Kohlehydraten bei der Ernährung des Säuglings. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkünde. Königsberg 17—21. Sept. 1910. Jahrbuch für Kinderheilkünde 1910, pag. 473.

28. Terrien: Presis d'alimentation des jeunes enfants ed. 1911.

29. E. Hartje: Über den Einfluss des Zuckers auf die Darmflora der Kinder. Jahrbuch für Kinderheilkünde 1911.

30. M. Pehu et Gh. Porcher: De l'emploi habituel du

lactoza dans l'alimentation du nourrisson. Arch. du med. des enfants 1911, pag. 113.

31. M. Pehu et Gh. Porcher: De l'emploi de quelques autres sucres que le lactoze dans l'alimentation curante du nourrissons. Lyon Medicale 1910.

32. Variot et Lavialle. Les effets de hipersucrage du lait dans le traitement des dyspepsies infantiles avec vomissement. Archives de med. de enfants 1914.

33. Variot, Lavialle et Roussellot. La modification du lait par hipersucrage dans la dyspepsies infantiles. Paris Medicial 1913.

34. Porter, Danne. Über den Zuckers in der Säuglingsernährung. Jahrbuch für Kinderheilkünde 1916 pag. 448.

35. Leopold. Über die Werkung der verschiedenen Zuckerarten bei ernährungsgestörten. Jahrbuch für Kinderheilkunde 1910.

36. Hug. Notmann. Lactase und Zuckerauscheidung bei frühgeborenen Säuglingen. Jahrbuch für Kinderheilkünde 1911.

37. P. Nobécourt et Maillet: Cachexie azothemique chez enfants: Congrès neerlandais de pediatrie 1913.

38. G. Mouriguand L'atrepsie et ses lesions. Recherches cyto-pathologique. Paris Medical 1925.

39. G. Mouriguand. L'atrepsie d'origine alimentaire et dangers de l'hypoalimentation dans les premier age. (Actualite medicale) Paris Medical 1925.

40. Liveroullet et Schreiber: Maladies des enfants en 1924. Paris Medical 1924.

41. G. Mouriquand, P. Michel, P. Bertoye, M. Bernheim: L'atrepsie par carence. Presse medicale 1924.

42. Nobécourt: L'epreuve de sucre chez les enfants. Presse medicale 1901. Pag. 22.

43. Paulescu N.: Physiologie medicale I. Cartea Românească, Bucureşti.

44. A. Iancu: Distrofiile infantile. Clujul medical 1927. No. 10.

45. A. Iancu: Buza de epure şi distrofiile infantile. Revista de ortopedie şi chirurgie infantilă No. 1. 1927.

46. E. Dorca: Actinoterapia şi combaterea distrofiilor la „Centrul de ocrotire Cluj". Teză. 1928.

47. Lessage: L'atrofie-atrepsie des nourrissons. Les limites. Paris Medicale 1913. Pag. 15.