

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

No. 454.

8562

LAROSANUL
 IN
 TURBURĂRILE DIGESTIVE
 ȘI DE NUTRIȚIE
 ALE COPIILOR



TEZĂ

PENTRU DOCTORAT
 ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ
 ÎN ZIUA DE APRILIE 1929.

DE
 ROZALIA KEREKES
 FOSTĂ EXTERNĂ A CLIN. UNIV.





★ 4 4 0 0 0 3 1 7 6 ★

Biblioteca UMFST

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

No. 454

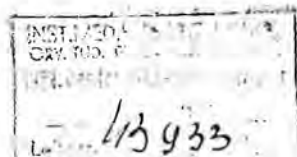
LAROSANUL
IN
TURBURĂRILE DIGESTIVE
ȘI DE NUTRIȚIE
ALE COPIILOR



TEZĂ
PENTRU DOCTORAT
IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ
IN ZIUA DE.....

DE
ROZALIA KEREKES
FOȘTA EXTERNĂ A CLIN. UNIV.

*



3 MAY 2005

TIPOGRAFIA „LAPKIDÓ” SOCIETATE ANONIMĂ CLUJ
1929

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ.

Decan : D-nul Prof. Dr. TĂTARU CORIOLAN

PROFESORI :

Clinica dermato-venerică	D-I Dr. <i>Tătaru C.</i>
Istologia și embriologia umană	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" " <i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" " <i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei	" " <i>Guiart I.</i>
Clinica medicală	" " <i>Hațiegan I.</i>
Clinica chirurgicală	" " <i>Jacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftamologică	" " <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" " <i>Minea I.</i>
Medicina legală	" " <i>Minovici N.</i>
Igienă și igiena socială	" " <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" " <i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" " <i>Nițescu I.</i>
Farmacie chimică și galenică	" " <i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " <i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică } Clinica stomatologică (supl.) }	" " <i>Predescu-Rion I.</i>
Patologia generală și experimentală	" " <i>Botez A. M.</i>
Chimia biologică	" " <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" " <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" " <i>Vasiliu Titu</i>
Clinica urologică	" " <i>Țeposu E.</i>

Juriul de promoțiune

PREȘEDINTE :	D-I Prof. Dr. <i>T. Gane</i>
MEMBRI :	" " " <i>A. M. Botez</i>
	" " " <i>I. Hațiegan</i>
	" " " <i>C. Tătaru</i>
	" " " <i>P. Thomas</i>
SUPLEANT :	D-na Dr. Conf. <i>E. Negru</i>

Părinților mei iubiți
dedic această lucrare



și îi asigur de iubirea mea
de fiică, pentru sacrificiile
pe cari le au făcut în timpul
școlarității mele.



Prefață.

În vara anului 1928, fiind externă în Clinica Infantilă din Cluj, am avut ocazia să observ foarte multe cazuri, de turburări digestive și de nutriție acute și cronice ale copiilor. Acest fapt m'a determinat, ca să lucrez ceva în legătură cu aceste turburări și sub sugestia D-lui Prof. Gane, mi-am ales chestiunea Larosanului. Acest medicament-aliment (caseinat de calciu), care a fost preparat de Prof. Stoeltzner din Halle poate fi întrebuințat, ca aliment de tranziție în tratamentul dietetic al turburărilor gastro-intestinale, în locul laptelui albuminos a lui Finkelstein, având avantajul asupra acestuia, că fiind gata preparat, poate fi prescriș la consultații și în practica obișnuită, pe când laptele albuminos, a cărui tehnică de preparare fiind dificilă, nu poate fi aplicat de cât în clinici, sau acolo, unde se găsește un personal pregătit. Larosanul mai are și avantajul asupra laptelui albuminos, că fiind mai plăcut la gust, e luat cu ușurință de copii.

Eu am căutat să dau Larosanul în toate bolile, unde el este indicat și am dat în 65 cazuri, din cari unele au venit la vizitele ambulanței din 2 în 2 zile, iar ceilalți au stat timp mai îndelungat în serviciul clinicei. La aceste din urmă am studiat efectele Larosanului asupra schimbărilor mediului intestinal, pentru a vedea, dacă dat în cantități prea mari și timp prea îndelungat, este nociv ori nu la copii. Pentru acest fapt la sfatul D-lui Prof. Gane am făcut examene biochimice și bacteriologice ale scaunelor, înainte și în timpul administrării Larosanului, atât în cazurile acute, cât și în cele cronice. Nu am administrat Larosanul, decât atunci, când am găsit o hipera-

aciditate a scaunului (cu procedeul Labbé-Laure) și o floră bacteriană de fermentație acidă. După administrarea Larosanului am controlat reacțiunea scaunelor din săptămână în săptămână, pentru a vedea când devine alcalină. Când alcalinitatea a întrecut cifra normală, (4^o%, după procedeul lui Goiffon), am suprimat administrarea Larosanului.

Rezultatele, după cum vom vedea din observațiile descrise mai departe, în majoritatea cazurilor au fost satisfăcătoare, fapt ce ne îngăduie, să recomandăm administrarea Larosanului, ori de câte ori e indicat laptele albuminos.

Pentru o clară expunere a materialului adunat, am grupat lucrarea în următoarele capitole :

I. INTRODUCERE.

- A) Turburările digestive și de nutriție în general.*
- B) Alimentația în general.*
- C) Considerațiuni generale asupra albuminelor și calciului.*
- D) Dozajul biochimic al acidității și alcalinității scaunului.*

II. LAROSANUL în turburările digestive și de nutriție.

- A) Istoricul și proprietățile.*
- B) Paralelism între laptele albuminos și Larosanul.*
- C) Modul de întrebuințare.*
- D) Indicațiunile și cazuri observate.*
- E) Contraindicațiunile.*
- F) Inconveniente.*

III. CONCLUZIUNILE.

IV. BIBLIOGRAFIA.

Înainte de a intra în subiectul tezei mele, țin ca aici să aduc cele mai vii mulțumiri acelorora, cari prin îndemnul și sfaturile lor au contribuit la alcătuirea acestei lucrări modeste.

Domnului Profesor Dr. T. Gane, în al cărui serviciu mi-am petrecut ca externă a clinicei, timp de 6 luni, omagiile de stimă și admirațiune, mulțumirile cele mai profunde și multă recunoștință pentru bunăvoința cu care m-a condus și pentru sfaturile cari îmi vor servi de călăuză în viața mea medicală.

D-lui Prof. P. Thomas multe mulțumiri pentru bunăvoința, cu care mi-a pus la dispoziție toate cele necesare pentru dozajele biochimice, de care am avut nevoie pentru complectarea tezei mele.

Asemenea mulțumesc D-nei Conf. Dr. E. Negru care ași putea spune că a fost inițiatoara mea în chestiunile de alimentație și tehnice de laborator.

D-lui Doc. Gh. Zugravu viile mele mulțumiri și recunoștință pentru bunăvoința ce mi-a arătat, ca și pentru prețioasele instrucțiuni în domeniul pediatriei.

D-lui As. Dr. Stăniloiu, prin următoarele rânduri țin să-i aduc mulțumiri călduroase, pentru ajutorul efectiv pe care mi-l-a dat la alcătuirea acestei lucrări și să-l asigur de recunoștința profundă pe care i-o păstrez.

D-rei As. Dr. Imas îi mulțumesc pentru ajutorul ei binevoitor în cercetările mele biochimice.

Profesorilor mei dela Facultate, cari mi-au format educația medicală, respectuoase mulțumiri.

Juriului meu de promoție respectuoase omagii.

Colegilor și prietenelor mele multă dragoste.



I.

Introducere.

Având în vedere că Larosanul are indicațiunile sale terapeutice în special în turburările digestive și de nutriție, cred de bine să dau aci câteva considerațiuni generale și clasificări al acestor turburări precum și al alimentării sugacilor, ea având o covârșitoare importanță în etiologia, patogenia și tratamentul lor.

A) Turburările digestive și de nutriție în general.

Capitolul turburărilor digestive e unul din cele mai haotice din pediatrie. Impărțirea turburărilor digestive și principiile etiologice variază dela autor la autor. Așa stând lucrurile, nu e mirare, dacă uneori se întâmplă că în una și aceeași formă de turburare digestivă, unii autori preferă un principiu alimentar, alții — altul. Adevărul de multe ori e la mijloc. Trebuie să se mențină o corelație între diferitele principii alimentare. *Langstein* chiar descrie o formă a distrofiei: „ex correlatione“.

Autorii germani nu fac deosebire între turburările digestive și între turburările de nutriție. Ei nu vorbesc decât de turburări de nutriție (*Ernaehrungsstörungen*), pentru motivul, că turburările digestive depășesc de obicei tubul digestiv. Francezii fac deosebire între turburările de nutriție și cele digestive. E drept că turburările de nutriție sunt, în marea majoritate a cazurilor, consecința turburărilor digestive, fie datorită unei alimentații artificiale premature, fie unei alimentații necorespunzătoare. *Parrot*, marele pediatru francez, zicea că „nu există atrepsie fără turburări digestive“. Uneori turburări digestive chiar minime dau turburări de nutriție. Sunt autori ca *Fede* și *Heubner* cari descriu o atrofie primitivă, datorită lipsei de alimentație naturală.

Voiu căuta să schitez pe scurt clasificările turburărilor digestive și de nutriție după diferiți autori.

Marfan dă o clasificare simptomatică a turburărilor digestive:

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| 1. Turburări digestive cu predominanța vărsăturilor | } | vărsături accidentale |
| | | " habituale |
| | | " periodice cu acetonemie |
| 2. Turburări digestive cu predominanța diareelor | } | diaree comună |
| | | " choleriformă |
| | | enterocolita-disenteriformă |
| 3. Turburări digestive cu predominanța constipației | } | diaree infecțioasă specifică |
| | | constipația habituală |
| | | ocluzia intestinală |
| 4. Turburări digestive cu predominanța denutriției | } | Hipotrepsie ușoară (gr. I.) |
| | | " severă (gr. II.) |
| | | Atrepsie (gr. III.) |

Tot *Marfan* clasifică turburările digestive după etiologia lor în următoarele:

I. Afecțiuni primitive gastro-intestinale.

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| A) Cauze alimentare (externe) | } | Alimentație neapropiată |
| | | Supraalimentație |
| | | Subalimentație (hipotrepsie) |
| | | Ingestia substanțelor toxice și iritante |
| B) Cauze disergice (interne) | } | Congenitale |
| | | Câștigate |

II. Afecțiuni secundare gastro-intestinale (parenterale).

Iar turburările de nutriție le clasifică astfel:

- | | | |
|--|---|---------------------|
| 1. Nutriția insuficientă | } | Hipotrepsie |
| | | Atrepsie |
| 2. Nutriția excesivă | } | Cașexie grasă |
| 3. " vicioasă | | |
| 4. Carența unui principiu alimentar sau glandular. | } | Maladia lui Barlow |
| | | Anemia „ferriprive“ |
| | | Mixoedem |

S'ar putea face următoarea critică clasificării simptomatice: există turburări digestive, în care avem vărsături și diaree concomitent. *Marfan* însă susține predominanța unuia din aceste simptome.

Dintre clasificările autorilor germani, vom reda clasificarea etiologică a lui *Czerny* dela Berlin, care împarte turburările de nutriție în:

- | | | |
|--------------------|---|---|
| 1. Ex alimentație | } | Distrofia de lapte |
| | | " faină |
| | | Boala lui Möller-Barlow |
| 2. Ex infecție | } | Dispepsia acută și cholera infantilă |
| | | Infecții enterale (enterită foliculară) |
| | | Infecții parenterale |
| 3. Ex constituție. | | |

Finkelstein, care introduce în pediatrie, noțiunea de toleranță, susține depășirea toleranței, fie cantitativă, fie calita-

tivă a organismului ca factor etiologic al turburărilor de nutriție. El dă următoarea clasificare:

A) Turburări de nutriție netoxice.

1. Distrofiile $\left\{ \begin{array}{l} \text{de lapte} \\ \text{de făină} \\ \text{prin dispepsie} \end{array} \right.$
2. Decompozițiune alimentară.

B) Turburări de nutriție toxice.

1. Dispepsia acută.
2. Cholera infantilă (intoxicație alimentară).

Profesorul *Gane* recunoaște, ca factori etiologici ai turburărilor digestive și de nutriție:

1. Un factor alimentar.
2. Un factor infecțios, (enteral sau parenteral).
3. Influența mediului.

Iar clasificarea turburărilor digestive și de nutriție o face în modul următor:

1. Distrofia, (gr. I. al turburărilor digestive).
2. Dispepsia, (gr. II. al turburărilor digestive).
3. Gastro-enterita, (gr. III. al turburărilor digestive).

1. Distrofia.

Este caracterizată prin turburări minimale, cari interesează în special creșterea și constituie gradul I. al turburărilor digestive. Ea a fost numită de *Finkelstein*, (care a introdus în pediatrie această noțiune), „turburare de bilanț”, fiindcă aci ar fi vorba de un dezechilibru între ingesta și exreta substanțelor alimentare, deci în metabolism.

Din punct de vedere etiologic sunt datorite, fie unei lipsă a unui factor din alimentație, fie faptului că copilul nu poate digera în mod suficient anumiți factori.

Ca simptoame subiective avem serune minimale: diaree sau constipație, colici ușoare, eventual vărsături postalimentare; dar caracteristic este turburare evidentă în creștere.

2. Dispepsia.

Ea constituie gradul al II-lea al turburărilor digestive. În acest caz avem o lipsă de echilibru între alimentele introduse și între capacitatea copilului de a le utiliza, de a le asimila.

Etiologia. Este datorită în majoritate a cazurilor unei supraalimentație, sau unui lapte prea gras, prea albuminos. Supraalimentația producând o stază alimentară, dă naștere la acizi grași volatili, (în special acid lactic și acid butiric), care irită mucoasa intestinală și stomacală.

Simptome. Copilul scade în greutate, are temperatura puțin ridicată, este inapetent, cu abdomen balonat și peristaltismul intestinal exagerat. Copilul este agitat, din cauza colicilor și este palid. Survin vărsături repetate, fiindcă eliminarea stomacală este întârziată, prin faptul, că stomacul nu are acid clorhidric liber, care este substituit cu acizii grași volatili. Dar cel mai caracteristic simptom este scaunul; din examenul lui putem face și diagnosticul. Scaunele sunt frecvente (6—8 la zi), apoase, mucoase și de culoare verzue, cu grunji alb-gălbui. Culoarea verzue este datorită unui ferment de oxidație, care transformă bilirubina în biliverdină, iar grunjurile alb-gălbui sunt formate din sărurile acizilor grași, (săpunuri grase). Reacțiunea scaunelor este acidă, foarte important de căutat, din punct de vedere al tratamentului.

Tratamentul. Principiile de cari trebuie să ținem seamă, sunt următoarele: 1. Repaus complet al aparatului digestiv prin un purgativ și dieta de ceaiu, timp de 8—12—24 ore. 2. Eliminarea substanțelor fermentescibile, în primul rând a zahărului și lactozei, din alimentația copiilor. 3. Diminuarea grăsimilor. 4. Administrarea substanțelor albuminoase, (laptele albuminos, Larosan), cari fiind substanțe nefermentescibile, leagă acizii grași volatili.

Este natural, că alimentul ideal și aici, ca în toate cazurile al turburărilor digestive este laptele matern. Inșă de multeori nu dispunem de acest aliment și atunci putem să obținem rezultate foarte satisfăcătoare cu L. ca în toate cazurile unde scaunul are o reacție hiperacidă (peste 7.5%, aprimată în sol. normală de hidrat de sodiu, după procedeul lui *Labbe-Laure*).

3. Gastro-enterita.

(*Sin: intoxicația entero-catarală, cholera infantilă, gradul al III-lea al turburilor digestive*).

Este boala cea mai gravă a copiilor mici, care dă o mortalitate foarte ridicată în sezonul de vară. Ea este o boală generală, unde nu este vorba numai de o intoxicație, — ce avem și la dispepsiile acute, — ci mai mult de o toxi-infecțiune. Există o turburare gravă, în metabolismul nutritiv al hidraților de carbon, al grăsimilor, apei și sărurilor.

Acizii formându-se în exces, fie din o sursă *exogenă*, (alimentație excesivă în hidrații de carbon, care după unii, ar fi cauza propriu zisă a intoxicației alimentare), fie *endogenă* (în urma fermentațiilor intestinale), nu este suficient conținutul alcalin al sucului pancreatic, pentru legarea lor, ci este necesară și rezerva fixă alcalină din organism, care este mobili-

zată. Deci se produce o alcalopenie și prin urmare o acidoză care însă este relativă.

Simptome. Copilul este apatic în mod impresionant, - cu respirația Küssmaul, temperatura foarte ridicată 40—42, vărsături repetate, diaree cu scaune acizi la început, pierderi foarte mari în greutate, (100 gr. la zi), inapetență complectă, fontanelele deprimare, ochii înfundați în orbite, oligurie cu glucoză, albumină și cilindrii în urină, pneumonia paravertebrală, leucocitoza, eritene fesiere, edem scleros.

După predominanța simptomelor deosebim:

1. O formă meningitică;
2. O formă soporoasă, sau tifică;
3. O formă cholerică.

Tratament. Este o indicație aproape vitală de lapte de mamă, pe care trebuie să dăm în mod fracționat și crescând în mod progresiv. În lipsa lui principiul este, de a da după un repaus stomacal și purgație, alimente sărace în grăsimi și zahăr, în același mod ca și laptele de mamă, deci cât mai puțin deodată, însă cât mai frecvent. Putem da lapte diluat fără zahăr, cu Larosan, lapte albuminos, babeurre.

În afară de regim trebuie să facem un tratament hidratant și stimulant al organismului.

Infecțiile parenterale.

În afară de factorul infecțios enteral, există un alt factor în provocarea turburărilor digestive, — factorul parenteral, — dând naștere la infecțiunile parenterale. Ele ar intra tot în cadrul dispepsiilor acute, luând în considerare numai simptomele din partea tubului digestiv. Însă prin examenul complect al copilului, totdeauna putem pune în evidență, sau o infecție generală, sau o afecțiune a aparatului respirator, care în mod secundar se repercutează asupra tubului digestiv, fiindcă în aceste cazuri avem întotdeauna o scădere mare a imunității și a puterii de rezistență.

Deci în consecință și tratamentul trebuie să fie în primul rând cauzal, etiologic, deși trebuie să facem și tratamentul obișnuit al dispepsiei acute.

Dispepsia de lapte și de făină.

Factorul alimentar joacă un rol aproape tot așa de important în etiologia turburărilor digestive, ca și factorul infecțios. El dă naștere prin alimentația unilaterală la dispepsiile de lapte și de făină.

a) *Dispepsia de lapte*, (numită încă și boala laptelui a copiilor alimentați exclusiv cu lapte de vacă), este datorită, după cum și numele arată, unei alimentații unilaterale de lapte cu o

cantitate insuficientă de hidrați de carbon. Survine deasemenea, însă mai rar și la copii cu o constituție anormală, sau după infecțiuni parenterale.

Din punct de vedere al simptomelor, este caracterizată prin o curbă de creștere foarte neregulată, paliditate, mici vărsături atonice sau spastice, turgor flasc, păstos, abdomen balonat, agitație uneori, și scaune de săpun de calciu (scaun dispeptic, alb, dur). Acest scaun dispeptic se poate pune în evidență cu reacțiunea lui Jacobsohn, care constă în faptul, că săpunul de calciu se colorează în roz cu fuxina diluată.

Dispepsia de lapte în cele mai multe cazuri nu duce la turburări mai grave. Se vindecă ușor prin administrarea laptei de mamă sau, în lipsa, cu alimente bogate în hidrați de carbon și sărace în grăsimi, (babeurre, care poate fi dat și înainte de 3 luni, supă maltozată a lui Liebig, după 3 luni).

b) *Dispepsia de făină*, survine la copii alimentați în exces cu făinoase, în special înainte de 6 luni, pentru că la vârsta aceasta făinoasele nu pot fi digerate, decât foarte puțin.

După *Rietschel* se împart în 3 forme:

1. *Forma atrofică*, care este o inaniție adevărată, din cauza lipsei albuminelor și grăsimilor.

2. *Forma hidremică-atrofică*, sau forma păstoasă, în caz când s'a dat și lapte și sare, însă în cantitate insuficientă. Copiii sunt păstoși, cu edeme generalizate, cu imunitate foarte scăzută, cu oscilațiuni mari în greutate.

3. *Forma hipertonică*, în care avem un spasm adevărat al musculaturei.

Reacția scaunelor în fiecare formă este acidă (mai târziu devin putride), în cari cu reactivul lui Lugol, putem pune în evidență amidonul nedigerat, (scaun de făină).

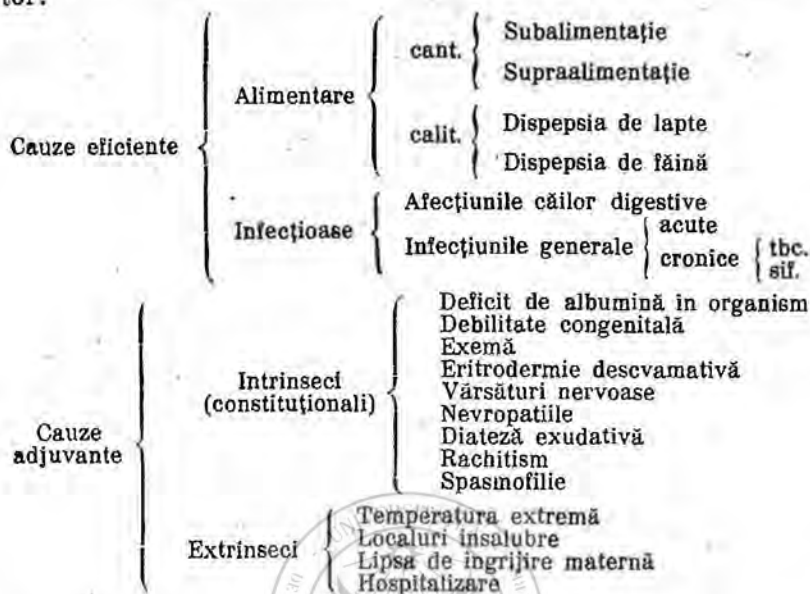
Fiind o aciditate mare în intestine, din cauza lipsei de albumine, grăsimi, săruri și lipoizi, este dela sine înțeles, că tratamentul trebuie să aibă ca scop, administrarea acestor substanțe. În primul rând laptele de mamă, care după cum am mai spus, în toate turburările digestive este alimentul ideal. În lipsa lui, dăm lapte bogat în grăsimi și albumină, fără hidrați de carbon, deci laptele albuminos și în special Larosanul.

Atrofia.

(*Sin: Atrepsia, Marasm infantil.*)

Dacă gradele precedente ale turburărilor digestive survin în mod repetat sau cu simptome foarte grave, ele duc în mod sigur la atrofiile, cari nu sunt propriu zis turburări digestive, ci sunt turburări de nutriție. Însă în afară de turburări digestive sunt foarte multe cauze, cari pot da aceasta stare gravă. Cauzele se împart după *Marfan* în: 1, cauze eficiente și 2, cauze adjuvante.

Pentru claritatea etiologiei putem să dăm tabloul următor:



În general putem spune că stările aceste survin la: 1, copiii alimentați artificial (la copiii cu alimentație naturală numai gradul I. survine) și 2, ori de câteori se întâmplă, din o cauză oarecare, că desasimilația întrece asimilarea.

Simpptomele. Marfan împarte hipotrepsiile după dispariția panicului adipos în 3 grade:

1. *Hipotrepsie ușoară* (gradul I.), unde se subțiază stratul celulo-adipos numai de pe abdomen. Greutatea este subnormală, însă talia rămâne normală și curba de creștere se menține orizontală.

2. *Hipotrepsie severă* (gradul II.), când țesutul celulo-adipos este dispărut și pe trunchiu și pe abdomen, care este flasc. Dacă facem o ciupătură nu rămâne plica (cum rămâne la intoxicație). Fața este plină însă e mai moale. Curba de creștere are tendință de scoborîre. Talia este aproape normală. Temperatura rămâne sub 38 gr. Există o hipertonie musculară.

3. *Atrepsie* (sin.: gr. III. de denutriție, decompoziție alimentară).

Țesutul celulo-adipos este dispărut pretutindeni, chiar și pe fața, care are un aspect voltairian. Greutatea corpului scade brusc, tegumentele au o culoare cenușie de plumb, extremitățile însă sunt roșcate, violacee. Temperatura este subnormală cu oscilațiuni mari, bradicardie, respirațiunea Cheyne-

Stokes, hipertonie musculară, scleredem. Fecalele conțin un exces de grăsime și proteine.

Tratamentul în primul rând este etiologic. Apoi trebuie să instituim un regim cu lapte de mamă sau, în lipsă, cu lapte foarte diluat cu Larosan, sau babeurre, lapte albuminos, dând foarte puțin cantitativ, însă foarte frecvent. În acelaș timp facem un tratament igienic, hidratant și stimulant.

Entero-colita.

În afară turburărilor digestive și de nutriție descrise mai sus, la cari în etiologie predomină întotdeauna factorul alimentar, avem o altă grupă de turburări, în cari factorul principal este cel infecțios, specific. Astfel sunt: febra tifoidă și cholera asiatică, iar ca o afecțiune de trecere, între acest grup de turburări specifice și cele alimentare, avem entero-colitele. Primele două având simptomatologia la fel, cu ale adultului și pe de altă parte, nesurvenind decât excepțional în prima copilărie, nu este locul să le descriu aci. Entero-colitele însă fiind foarte frecvente în prima copilărie, îi vom da o descriere sumară.

Etiologia. Enterocolita este o infecție localizată la intestinul gros și la partea terminală a intestinului subțire. Ea poate fi cauzată de streptococi, B. coli, staphylococcus aureus, B. piocianeu, însă în majoritatea cazurilor, de bacili disenterici (Shiga-Kruse, Flexner, Y, etc.) Infecțiunea se face fie prin lapte, mai ales vara, când laptele se infectează mult mai repede, fie prin obiecte murdare. Astfel ea este contagioasă.

Anatomia-patologică. Mucoasă intestinului gros și în parte a celui subțire, este infiltrată, tumefiată și inflamată. Infiltrațiunea se extinde și pe stratul submucos și chiar și pe cel seros. Pe alocurea se găsesc puncte echimotice. Ganglionii limfatici, foliculii solitari și plăcile lui Peyer sunt tumefiate, înconjurate de un halo eritematos. În stadiul mai înaintat mucoasa se ulcerează. Ganglionii mezenterici deasemenea sunt infiltrați.

Simptomele. Debutul este brusc, cu temperatură, agitație, tenesm, colici. Abdomenul este contractat, dureros la palpație. Mai târziu copilul este inapetent, are gura uscată și sete pronunțată. Scaunele sunt foarte frecvente, 15—20 pe zi, mucoase, purulente, sangvinolente, puțride, fără scaune propriu zise. Adesea este însoțit de prolaps anal sau, mai rar de prolaps rectal. În cazurile mortale survine purpura cașectică și edeme pe extremități. În cele mai multe cazuri entero-colita acută trece în cronicitate.

Complicațiunile, mai frecvente sunt: exema și intertrigo perianele, cu furunculi, dând uneori septicemie. Bronchopneumonia, empiem, pyelonefrita, pyelocistita, otita medie, soor,

meningism, decompoziție, intoxicație alimentară și chiar peritonita.

Tratamentul. În primul rând este profilactic, cu o igienă cât se poate de strictă. Tratamentul curativ constă din purgare, repaus stomacal 1—2 zile. Apoi un regim cu supe făinoase, sau maltozate, și lapte albuminos, care ca și Larosanul, a dat rezultate f. bune. Trebuie să facem și un trat. simptomatic (antitermic, analgesic, cardiotonic, antidiareic).

B) Alimentația în general.

Date fiind turburările digestive și de nutriție, ca factori importanți ai mortalității infantile, în prima copilărie și cum aceste turburări survin în urma violării regulilor de alimentație, voi da câteva noțiuni sumare despre alimentația copilului și mai ales a copilului în primul an și în legătură cu aceste, câteva noțiuni asupra principiilor alimentare.

Alimentul fiziologic al copilului e laptele matern, care conține principiile alimentare în proporția cea mai favorabilă: albumină: 1,70%, grăsime 3,70%, zahăr 6,70%. S'a observat că un copil alimentat natural, chiar dacă uneori face turburări digestive, aceste turburări nu iau forme grave, ca la copiii alimentați artificial.

La alimentație naturală nu avem nevoie de prea multe reguli. Trebuie să ne ferim mai ales de sub- și supraalimentație; alimentația artificială a rămas tot grea și după descoperirile pasteuriane.

În ce privește cantitatea de lapte ce trebuie s'o ia un copil, avem după *Feer* 13 gr. pe 100 gr. de greutate. *Budin* dă 10 gr. pentru 100 gr. de greutate. *Heubner* dă în primul trimestru 1/6-a, în al II-lea 1/7-a, și în al III-lea 1/8-a parte din greutate. În calorii *Heubner* dă în

		I-ul sfert de an		100 calorii pe kg.	
al	II-lea	"	"	90	" " "
"	III	"	"	80	" " "
"	IV	"	"	70	" " "

1 kg. de lapte având 646 calorii utile.

Varriot și *Lassablière* dau în raport cu talia, *Terrien* în raport cu vârstă. În ce privește prematurii, *Budin* dă o cantitate egală cu 2-ori greutate, exprimată în decagr. + 20 sau 40 gr.

După *Pirquet*, care în sistemul lui de alimentație, raportează valoarea nutritivă a tuturor alimentelor la valoarea nutritivă a laptelui de mamă, având Nemul — unitate a valorii nutritive — egală cu 1 gr. lapte matern, dăm în general la copiii

6/10 din înălțimea șezândă la pătrat. Pirquet ia ca bază aceeași înălțime șezândă, fiind greu de calculat totdeauna în calorii, pentru care calcul ne trebuie suprafața corpului și fiindcă între înălțimea șezândă, greutatea corpului și suprafața intestinală e un raport.

În alimentația artificială după Marfan se fac diluții cu apa zaharată 10%, la început 1/3 apoi 1/2, 2/3, 3/4, 4/5. Autorii germani din săptămâna a 3-a fac diluții cu Schleim și după 4 luni cu supă făinoasă.

Totdeauna e bine să dăm copilului laptele matern, după 6 luni când apar primii dinți, trecem la alimentația mixtă, dând copilului la început cantități mici de lapte de vacă sterilizat și diluat la început, apoi complet. Mai putem da și făinoase. La 10—12 luni, dacă sezonul e potrivit, putem face înțărcarea.

În ce privește numărul meselor la început e 7, la 3 ore interval, 6 ziua 1 noaptea, iar după 4 luni suprimăm sugerea de noaptea.

În alimentația artificială și alimentația copiilor cu turburări digestive, trebuie să ținem cont foarte mult de diferiți principii alimentari. Pirquet a arătat, că grăsimile ard mai greu, ca hidrații de carbon și putem lipsi organismul copilului de sân de ele, fără a-l expune la infecții, dupăcum susțin unii autori. Tot el arată că albuminele nu numai înlocuiesc țesutul pierdut, ci ajută și digestia hidraților de carbon, contribuie la formarea sucurilor digestive, încât carența, sau insuficiența albuminelor, ar avea drept consecință, nedigerarea hidraților de carbon.

Hindhede prin experiențe, asupra sa și altora, luând cantități mai mici de albumină, care ca valoare nutritivă era înlocuită prin ceilalți principii alimentari, el totuși slăbea în greutate și avea senzația de foame. Nu trebuie însă nici să trecem în exces cu albuminele, căci depășind nevoile organismului, surplusul nears complet, se elimină sub forma de uree, prin rinichi uzându-l.

Tot ca principii alimentari, absolut necesari organismului, mai pot fi considerate vitaminele, apa și sărurile. O proporție între acești principii alimentari trebuie păstrată, predominând uneori unul sau altul după cazuri, căci în alimentația copilului va trebui să ținem cont de starea copilului; avem de a face cu un copil prematur, un copil debil congenital, un copil cu turburări digestive sau alte afecțiuni și un copil normal. În fiecare din aceste cazuri ne vom comporta deosebit. S'a învinovat drept cauze a turburărilor digestive, albuminele laptelui (Biedert), ca fiind greu digerabile. Finkelstein, autorul laptelui albuminos le-a reabilitat. El dă laptele albuminos în toate afecțiunile acute și grave

a tubului digestiv, ca: 1) *dispepsii acute*, unde avem fermentații. Albuminele sunt substanțe antifermentescibile, legând acizii grași volatili; 2. *Decompoziția* (atrepsie), care survine mai des la copii cari au în alimentație mai mulți grăsimi, cari modifică chimismul intestinal. Avem o acidoză digestivă relativă, sau alcalopenie, fiind fixate bazele de acizii grași și astfel acizii normali rămân ne neutralizați, nu se mai rețin sărurile alcaline și consecința e o deperdiție progresivă; 3) *Intoxicațiile alimentare*, cari survin, mai ales, la copii alimentați cu hidrați de carbon. În ambele, albuminele sunt indicate; 4) *În distrițiile făinoase*.

Gallois a încredințat excesul lichidelor, ca agent al turburărilor digestive. În ce privește cantitatea de lichide nu se trece de 1 kg. în 24 ore; se dă în general cam 125—140 gr. pe kg. (Marfan). O cantitate mai mare produce indigestie. La dieta hidrică, încă ținem cont de această cantitate.

Alimentele în organism sufăr modificări datorite microbilor zacharo- sau proteolitici, cari dau fermentații sau putrefacții. Aceasta floră poate fi la rândul ei influențată, prin alimente bogate în hidrați de carbon, sau albumine. Când avem o floră zacharolitică, cu fermentații intestinale, natural că-și găsește aplicarea logică albuminele și invers.

C) **Considerațiuni generale asupra albuminelor și calciului.**

Larosanul, după cum vom vedea mai târziu, este compus din caseină și oxid de calciu, pe cari îi vom descrie pe scurt.

Albuminele, sunt substanțe quaternare, cari înafară de C, O, și H mai conțin și azot. Mai conțin și Sulf și Phosphor. Sunt substanțe coloidale.

Ele se împart în: I. *Albuminoide*, cari conțin Sulf. II. *Proteide*, cari se compun din o substanță albuminoidă și un grup prostetic, care poate fi substanță feruginoasă, (hematină, hemoglobină), sau un hidrat de carbon, ca în glicoproteide, sau o nucleină, sau paranucleină, ca în nucleo-albuminoide, sau paranucleo-albuminoide. III. *Albumoide*, ca gelatine, elastine și ceratine.

O vom descrie mai pe larg *caseina*, care face parte din paranucleoproteide și e formată din o albumină și paranucleină. Paranucleina se compune din o albumină și acid nucleic, care conține 8% Ph.

Caseina din laptele de vacă. Caseina este albumina constitutivă a laptelui, deosebindu-se însă prin proprietăți fizice și chimice în laptele diferitelor specii de animale. În laptele de vacă, ea se prezintă după desicație sub formă de o masă galbenă, transparentă, insolubilă în apă și în soluțiuni

saline diluate, solubilă însă în soluțiuni alcaline. Descompune carbonatul de Ca., punând în libertate CO_2 și se combină cu Ca., formând o combinație solubilă. Nu se coagulează la căldură. Se precipită din lapte cu alcool, acizi minerali, soluție saturată de Cl. Na. Se coagulează în stomac sub acțiunea presurei (labferment), într'o masă omogenă formând flocoane mari.

Caseina din laptele de mamă are aceeași proprietăți, ca și caseina din laptele de vacă, diferențiindu-se însă prin faptul, că se precipită formând flocoane foarte mici, iar cu acizi și presura provenită dela animale nu se precipită decât foarte greu. În digestia artificială, cu pepsina clorhidrică, nu dă paranucleină, precum dă caseina din laptele de vacă.

În lapte avem încă înafară de caseină ca substanțe albuminoide coagulabile la căldură: lactoglobulina și lactalbumina și, o altă substanță proteică, care nu se coagulează nici la căldură, nici prin acizi: lacto-serum-proteoză. Caseină se află în raport de 7:1 față de albumina totală în lapte de vacă, iar în laptele de mamă este în proporție de 3—4: 1.

Digestia albuminelor începe în stomac, datorită pepsinei, care atacă albuminele, nu însă nucleinele. Acidul clorhidric asemenea atacă albuminele, cari în stomac sunt transformate în peptone. Laptele e coagulat de sucul gastric, atacat fiind de labferment, care dedublează caseina, în o proteoză și cazeogen, care combinându-se cu sărurile de calciu, dă caseumul. Coagulul format se lichiefiază și se peptonizează în parte sub acțiunea pepsinei. Astfel caseina ajunge în intestin în parte sub formă de mici coaguli, în parte sub formă de albumine, peptone, albumose, polipeptide, iar la alimentația artificială și puține paranucleine. Iar lactalbuminele și lactoglobulinele ajung nemodificate în intestin. Sucul intestinal n'are acțiune manifestă asupra albuminelor, el numai ajută acțiunea sucului pancreatic, care prin tripsină hidratează și peptonizează albuminele. Sucul pancreatic atacă și nucleinele. El transformă albuminele în peptonă și în parte în acizi aminați (în special tirozină și leucină), cari formează unică formă sub care albuminele pot fi absorbite. Transformarea complectă a albuminelor, în acizi aminați se face în intestinul subțire, prin acțiunea erepsinei, care nu atacă albuminoidele, afară de caseină, decât în stare descompusă (peptone, albumose, peptide). Azi cunoaștem 18—20 acizi aminați. Cele mai importante sunt: lisina, care este indispensabilă creșterii, tryptophan, e necesar pentru menținerea echilibrului, cistina, arginina sunt importante în creștere, leucina, acid glutamic se află în cantitate mare în caseine, tyrosina, etc.

După ce s'au format amino-acizii, ce face absorbția lor prin

mucoasa intestinală. După absorbție, amino-acizii se unesc pentru a forma polipeptidele, cu cari organismul își construiește albuminele sale proprii, specifice. Sinteza aceasta se face în parte în epiteliu intestinal însuși, în parte în celula hepatică.

Calciul este un metal alcalino-teros, care se află în natură foarte răspândit, însă numai în combinațiuni cu metaloide (carbonat, sulfat, etc.). În stare pură se prezintă, ca un metal alb argintiu, dur și tenace, care se taie și se extinde foarte ușor. Se oxidează foarte repede la aer umed, deci se păstrează sub petrol. El descompune apă, deja la temperatura ordinară. Pondere sa atomică: 39.74.

Ionul calciu are un rol important în procesele de solidificare și impermeabilizare ale peretilor celulari, are proprietăți antipiretice, este stimulant fagocitar al leucocitelor și are efecte senzibilizatoare pe un sistem hipersenzibilizat. (Herbst, Heubner, Hamburger). După *Obregia* și *Constantinescu* readuce tonusul neuro-vegetativ la valoarea sa normală. Acțiunea sa este la fel cu aceea a adrenalinei și antagonistă acțiunii sodiului. Sodiul este hidratant, pe când calciu face ca pereții capilarelor și a vaselor limfatice să fie impermeabili. Acest fapt ne explică efectele bune ale calciului la hiperemiile, exanteme, exeme, supurații.

În natură Ca. se află sub forma de săruri anorganice și organice. Din cele anorganice ne interesează în special oxidul de Ca. (CaO), și derivatele lui hidratate. CaO. a fost întrebuințat și în prepararea *Larosanolui* de către Stölzner. El se obține prin calcinația carbonatului de Ca: $\text{CO}_3 \text{Ca} = \text{CaO} + \text{CO}_2$. CaO astfel obținut este varul viu, care e f. avid de apă, cu care produce un hidrat de oxid de Ca., care este varul stins. Acest var stins amestecat cu mai multă apă formează laptele de var, care este un desinfectant puternic. Tot din varul stins se prepară apa de calciu, care după indicațiunile Codexului trebuie să conțină 1.69% gr. Ca. Apa de Ca. este întrebuințată, ca antiacid în doză de 50—150 gr. pe zi, și mai ales ca antidiareic la copii, dând 30—60 gr. pe zi în lapte.

Compușii organici și anorganici ai Ca.-lui au întrebuințarea lor în pediatrie în: afecțiunile tubului digestiv, patologia sistemului nervos vegetativ (vagotonia), hemoragia, tbc., diateza exudativă, bronșita cronică, dermatite, astm esențial, tetania, spasmofilia, stări de recalciifiere, sau consolidarea calusului în fracturi, rachitism, rhinita acută.

Vedem deci plurilateralitatea întrebuințării calciului, încât nu ne mirăm de bunele rezultate, ale fericitei combinație organice, care este caseinatul de calciu, „*Larosanol*“, care, cum vedem, nu este decât o asociere a două elemente foarte utile organismului, caseină (albumina principală a laptelui) și calciu.

D) Dosajul biochimic al acidității și alcalinității scaunului.

Examenul coprologic în turburările digestive și de nutriție ale copiilor are o importanță covârșitoare, atât din punct de vedere etiologic, cât și curativ, dar are și un rol de control în tratamentul prin regim. Trebuie să facem întotdeauna un examen coprologic cât se poate de complect, atât macro- și microscopic, cât și chimic, bateorologic și parazitologic. De sigur că la copiii, în prima copilărie, depinde foarte mult aspectul scaunului de alimentație. Dacă este un copil alimentat natural, scaunul va avea aceleași caractere constant, la fiecare examinare, pe când la alimentația artificială își schimbă aspectul după predominanța unui principiu alimentar, de care depinde flora bacteriană. Reacțiunea scaunului depinde în mare majoritate a cazurilor de aceasta floră. Dacă avem o alimentație excesivă în hidrați de carbon, vom avea o fermentație intestinală, cu o floră bacteriană zacharolitică, se vor naște acizi grași volatili și deci în consecință vom avea reacția acidă. La copiii alimentați natural, laptele matern fiind foarte bogat în lactoză, vom avea deci o floră microbiană zacharolitică, care floră va fi predominată de *b. bifidus*, care descompune lactoza în ac. lactic și ac. acetic. În afară de acest bacil mai putem găsi enterococ, *b. coli* comun, *b. lactis aerogenes*, însă în cantitate mult mai mică. În fermentație intestinală scaunul are o culoare galbenă deschisă, este spumos, cu reacția intens acidă, cu miros neplăcut a ac. butiric și flora iodophilă foarte abondentă, iar la colorația Gramm predomine bacilii Gr. negativi.

Din contră la alimentația excesivă cu albumine se va forma o putrefacție intestinală, prin faptul că predomină flora proteolitică. Astfel se întâmplă de multe ori, la copii alimentați artificial. La examenul microscopic al scaunului vom avea la acești copii înafara bacililor descriși mai sus, cari sunt în cantități mai mici, *b. exilis perfringens*, varietățile bacilului coli, *staphilococcus*, *Pasteurella*, *endomices albicans* etc. Nu avem predominanța a nici unui microb, iar la colorația Gramm, sau avem în cantități egale bacili Gr. neg. și +, sau predomină o floră, care prinde Grammul. Scaunul de putrefacție este de o culoare brună, închisă, dur și cu reacția intens alcalină.

Vedem deci, ce importanță mare are stabilirea unei flore iodophole, zacharolitice, sau unei flore proteolitice, în stabilirea regimului alimentar la copii. Însă acest examen nu este suficient. Trebuie să fie complectat și prin examenul chimic al scaunului, făcând un dosaj cantitativ al acidității sau alcalinității, constatat prin hârtie de tournesol, pentru că se poate întâmpla, ca o floră microbiană Gr. neg. și acidă la tournesol, să aibe o cantitate mare de amoniac, (produsul ultim al putrefacției),

prin faptul că o fermentație excesivă la început, iritând mucoasă intestinală, a produs o exudație de mucus, de nucleo-albumine și o desevamație intestinală, care fiind formate din substanțe albuminoide au produs putrefacție. Dar dosajul biochimic al scaunului are și o importanță mare în controlarea tratamentului: dacă la aciditate excesivă am instituit un regim bogat în albumine, putem să controlăm din zi în zi când se alcalinizează scaunul și, mai ales, când devine putrefacțiunea prea pronunțată. Dacă am găsit că alcalinitatea a întrecut cantitatea normală, trebuie din nou să reducem albuminele.

Având în vedere, că indicațiile Larosanului, care este o substanță albuminoidă, sunt date de fermentația intestinală, pentru a o modifica, sub sugestia dlui Prof. *Gane*, mi-am propus să controlez aceasta modificare în cazurile mele studiate. Prin acest dosaj biochimic am vrut să stabilesc în mod precis gradul de putrefacție pe care-l dă, astfel dând indicațiuni de administrare cantitativă nenocivă.

1. Dosajul acizilor grași volatili.

(După metoda lui H. Labbé și P. Laure, modificată de Goiffon).

Acizii de fermentație provin din fermentația hidraților de carbon și în cantitate mai mică a grăsimilor. Acizii formați sunt acizi grași volatili (ac. acetic, ac. butyric, ac. formic, etc.) în majoritate, și în cantitate mult mai mică, ac. lactic și ac. succinic, care însă și ele se transformă repede în precedente. Dacă vrem să facem dosarea acidității totale, putem să dosăm ac. lactic cu un alt procedeu și atunci vom avea aciditatea totală. Însă de obicei ac. lactic este în cantitate minimală, care se poate neglija, încât e suficientă dosarea acizilor grași volatili.

Metoda: Se ia 10 gr. de scaun pentru examen, se triturează foarte bine cu cc. 50 gr. de apă destilată, adaogând-o în mod progresiv; se toarnă diluția obținută într'o eprubetă gradată de 100 cmc. Cu puțină apă se spală bine pereții vasului pentru a nu avea pierderi, care apă se toarnă deasemenia în eprubetă. Adaugăm apoi 2 cmc. de ac. fosforic conc. și complectăm cu apa destilată până la 100 cmc.

Punem acum toată cantitatea într'un balon Erlenmeyer de 350 cmc., care se comunică printr'un tub de sticlă cu un refrigerent. Se începe fierberea încet în prezența unui fragment de parafină, pentru a împiedeca formarea spumei. Lichidul destilat îl primim într'un pahar. Se oprește destilarea când avem 66 cmc. de lichid destilat (care cantitate trebuie să fie obținută în 20 minute) și-l titrăm cu soluția decinormală de NaOH, în prezența phenolphthaleinei, ca indicator. Numărul cm.-lor cubi întrebunțați din soluția decinormală de NaOH ne dă cifra acidității la 10 cmc. de materii fecale. Însă pentru a exprima în pro-

cente, noi raportăm soluția decinormală ca normală, însă la 100 cmc. de fecale. *In mod normal întrebuițăm 7.5—8.5 cmc. de soluția normală pentru 100 gr. materii fecale.*

Prof. P. Thomas a modificat acest procedeu în așa fel, încât materiile fecale au fost fierse sub acțiunea vaporilor de apă, legând balonul Erlenmeyer și cu un balon mare de cupru, în care fierbe în clocote apă. Iar titrarea o face astfel, încât pe măsură ce se destilează, neutralizăm imediat cu NaOH n/10, și continuăm destilarea până când nu se mai obțin de loc acizi grași volatili, reacția lichidului destilat rămânând neutră. (Dosajele sunt făcute după procedeu acesta modificat.)

Avem o hiperaciditate în caz de: 1. Alimentația excesivă în hidrații de carbon (dispepsie de făină). 2. În dispepsia acută, entero-colita, intoxicația alimentară. 3. Peristaltizm exagerat cu evacuarea rapidă. 4 Staza coecală. Iar hipoaciditate obținem în 1. Putrefacția intestinală. 2. În diaree, fiind o diluare a scaunului prin lichidul de hipersecreție. 3. În scaune dure. 4. Scaunul provenit din intestinul subțire, unde fermentația nu s'a început.

2. Dosajul alcalinității scaunului.

(Procedeu lui Goiffon).

Se face prin dosajul amoniacului, care este produsul ultim al putrefacției albuminoide.

Metoda lui Goiffon: Se varsă 50 cmc. din o diluție de 10% de materii fecale într'un balon Erlenmeyer de 350 cmc. Se destilează în prezența unei lingure de cafea de magnezie hidratată și puțină parafină, pentru a împiedeca formarea spumei. Se obține 15 cmc. de destilat într'un exces cunoscut de acid decinormal și se dosează cu NaOH n/10, cu resazurină, ca indicator, excesul de acid necombinat și prin diferență se obține un volum, care multiplicat cu 2, ne indică numărul cmc-lor cubi de amoniac n/10, conținut în 10 cmc. de fecale.

Prof. P. Thomas face titrare cu ac. sulfuric decinormal pe măsură, ce se destilează lichidul, în prezența methyl-orangeului, ca indicator. Tritarea se continuă până când lichidul destilat rămâne neutru. Numărul cm.-lor cubi întrebuițați din soluția decinormală de ac. sulfuric ne dă cifra amoniacului la 10 cmc. de materii fecale, care însă se exprimă ca o soluție normală la 100 cmc. de fecale. *In mod normal avem 4% alcalinitate, exprimată în soluție normală de amoniac.*

Avem o hiperalcalinitate în: 1. Alimentația excesivă cu albumine. 2. În iritația mucoasei intestinale.

II. Larosanul.

A) Istoric.

În vara călduroasă a anului 1911, *Stoeltzner*, insuficientă fiind fabricația laptelui albuminos din Halle, — unde el era profesor de Clinică Infantilă, — s'a gândit la înlocuirea laptelui albuminos cu o altă substanță. El și-a imaginat, că o asemenea substanță trebuie să aibă aceiași valoare nutritivă, ca și laptele albuminos, compus din același principiu alimentar, ușor de preparat, puțin costisitor, cu gust agreabil pentru copii și care să se poată prepara de orice mamă.

Iată principiul dela care pleacă autorul Larosanului. Laptele albuminos e un lapte mai sărac în lactoserum și lactoză, bogat însă în cazeină; atunci diluând laptele de vacă 1:1 cu apă, a obținut un lapte cu lactoză și serul diminuat, însă în același timp a diminuat și albumina. Iată care ar fi compoziția unui astfel de lapte diluat, în comparație cu laptele albuminos:

1 kgr. lapte de vacă diluat 1:1		1 kgr. lapte alb.
Albumine	15.— gr.	30.— gr.
Grăsimi	17.5 "	25.— "
Zahăr	22.5 "	15.— "
Ph ₂ O ₅	1.22 "	1.35 "
CaO	0.80 "	1.44 "

Vedem deci, că laptele albuminos conține față de laptele diluat, dublă cantitate de albumină, 43% în plus grăsime, 33% zahăr în minus, 11% mai mult Ph. și 67% CaO mai mult. Superioritatea laptelui albuminos ar consta deci în conținutul înalt în albumină și calciu. Grăsimea, zahărul și Phosphorul nu joacă mare rol therapeutic, fiind și în unu și în celălalt, aproape în cantități egale. Ca să compenseze lipsa acestor substanțe, el a adăugat laptelui diluat *caseină* și *calciu*, sub forma de caseinat de calciu 2%, care conține 2.5% oxid de calciu. Astfel a obținut *Stoeltzner* compoziția următoare:

compoziție aproape identică cu a laptelui albuminos	}	Albumine	34.5 gr.	‰
		Grăsimi	17.5 "	" "
		Zahăr	22.5 "	" "
		Ph ₂ O ₅	1.22 "	" "
		CaO	1.36 "	" "

Voiu descrie procedeul, după care autorul a preparat Larosanul. Se diluiază laptele cu 4 părți apă și se adaugă puțin ac. acetic, pentru a se coagula. Coagulul format după filtrare, se disolvă în apă alcalinizată cu KOH. Se coagulează din nou, adăugându-se ac. acetic și acest coagul, format pentru a doua oară, se disolvă în apă de var (CaO), dozată astfel, ca să conțină 2.5% de CaO la cantitatea totală de caseină (97.5%). Acesta este caseinatul de calciu a lui Stoeltzner, care are aspectul laptelui și pe care casa *Hoffmann La Roche* din Basel o prepară sub numele de Larosan. El se prezintă ca un praf alb, ușor solubil în laptele cald, cu gust foarte plăcut, și ușor de preparat de oricine. Administrat copilului este antidispeptic, mărește toleranța față de laptele de vacă, e antifermenescibil, ajută saponificarea intestinală, ca și hidratarea organismului prin calciu, iar proprietățile chimice sunt aproape identice cu ale laptelui albuminos al lui Finkelstein, față de care are marele avantaj, că e mai ușor de preparat și are un gust mai plăcut. Stoeltzner a experimentat cu Larosan în 34 cazuri din dispensarul Sf. Elizabetha din Halle, în practica privată la mai multe cazuri, în 19 cazuri la o policlinică, și în fine în 23 cazuri la Clinica Infantilă din Halle, obținând întotdeauna rezultate încurajatoare.

Rezultatele bune obținute de Stoeltzner au fost confirmate de autorii germani, francezi și italieni. Astfel în Germania *Wegener* din Rostock în anul 1914 administrează Larosanul la 22 cazuri cu turburări digestive grave, confirmând comunicările lui Stoeltzner și accentuând, că Larosanul este un medicament-aliment, care nu poate fi dat în mod constant. Observațiile lui sunt: o scădere în primele 3 zile în greutatea corpului, după care urmează o fază de creștere continuă. Scaunele neregulate deveneau bune. El dădea Larosanul în doze crescânde. În infecțiunile parenterale, *Wegener*, ca și Stoeltzner, tratau mai întâiu cauza, după aceea instituiau tratamentul cu Larosan. Rezultatele rele care le survineau în decursul tratamentului cu Larosan, coincideau de obicei, cu infecțiuni intercurrente.

În 1919 *Langstein* folosește Larosanul cu rezultate bune.

În 1921 *Wolff* la Berlin îl aplică și în spasmofilie.

În Franța Dr. *Marc Couton* în 1923, ajungând la concluzia, că Larosanul e bine suportat chiar dat timp îndelungat și în cantități mai mari, ameliorează fenomenele digestive și ajută creșterea. În hipotrepzii el îl asociază cu medicația tiroidiană.

Și în clinica noastră se administrează Larosanul de mai mulți ani; în 1926 s'a și publicat de către dna Dr. *Bologa* și Dr. *Popovici* rezultatele obținute cu acest medicament-aliment. Ei au întrebuințat Larosanul în gastro-enterite și hipotrofii cu rezultate satisfăcătoare.

Mayer a întrebuințat Larosanul și la adulți în ulcere stomacale, febra tifoidă și ca cură de îngrășare.

Nu este fără interes de a cunoaște, că ambele componente ale Larosanului, adică cazeina și calciu, au fost întrebuințate deja înaintea introducerii Larosanului pentru acelaș scop. După ce *Stoeltzner* a avut ideea ingenioasă de a combina aceste 2 substanțe și a obținut un preparat de cazeinat de calciu ireproșabil, care unește efectul cazeinei cu cel al calciului, azi nu mai poate să aibă drept la existență, nici preparate de caseină fără calciu, nici preparate de calciu fără caseină.

B) Paralelism între laptele albuminos și Larosanul.

Dacă facem o paralelă între laptele albuminos al lui *Finkelstein* și Larosanul, evidențiem mai bine punctele lor de asemănare, precum și avantajile pe cari le prezintă unul față de celălalt.

Întâi ambele se aseamănă prin a fi antidiseplice și de a mări toleranța față de laptele de vacă. *Ca antidiseplice* lucrează ambele prin cazeină și calciu. Cazeina ca orice albumină contrabalansează fermentațiunile acide, favorizând putrefacția intestinală, în defavorul fermentațiunilor. Calciul ajută la formarea săpunurilor de calciu, dând naștere la scaune de săpun; tot calciul, care e în cantitate de 2,5% în Larosan și care prin fixarea sărurilor are proprietatea de a hidrata organismul, are în acelaș timp și proprietatea de a mări coagulabilitatea sanghină.

Toleranța față de laptele de vacă se explică prin proprietatea ce o au albuminele, de a împiedeca fermentațiunile hidraților de carbon și prin proprietatea ce o are calciul, de a fixa grăsimile; ambele, adică atât hidrații de carbon, cât și grăsimile putând fi date, în timpul administrării Larosanului aproape fără inconveniente.

În ceea ce privește avantajile, putem spune, că Larosanul, e mai avantajos în practică, decât laptele albuminos al lui *Finkelstein*, fiind mai compact, cu aspect și gust plăcut, (cari sunt datorite faptului, că Larosanul e singurul lapte albuminos, care nu conține cazeină coagulată, ci divizată în particule fine), și ușor de preparat. *Stoeltzner* a observat un fapt, pe care nu l-a putut explica: Laptele albuminos în primele zile de tratament dă o agravare în starea copilului, lucru, care nu s'a observat cu Larosan. În afară de acestea, la prepararea laptelui albuminos, pierdem o parte din lactoserum, ceiace nu se întâmplă, când preparăm Larosanul.

C) Modul de întrebuințare.

Pregătirea laptelui cu Larosan e din cele mai simple: Se ia 20 gr. Larosan, se amestecă cu o treime din o jumătate kgr. lapte proaspăt, se amestecă încet, și atunci se adăogă la restul laptelui, care fierbe, și fierbem câteva minute împreună.

Noi în clinică l-am dat în proporție de 5% în sibo,* sau în lapte complet cu 3% zahăr și cam 2 mese pe zi, iar în cazurile cu aciditatea scaunelor prea mult mărită, am dat cantități mai mari de Larosan, ridicându-ne până la 10%, însă tot 2 mese. *Wehner* observând, că în cazurile mai grave (toxice) laptele cu Larosan nu dă rezultate și fiind convins, că Larosanul nu poate fi dăunător, a întrebuințat Larosanul în prima zi cu ceaiu, la care a adăogat puțină zăcharină, în a 2-a zi Schleim-Larosan, și numai mai târziu dădea laptele cu Larosan, în concentrații crescânde, în ce privește laptele. El a făcut acest lucru pe baza experiențelor, că Larosanul mărește toleranța față de laptele de vacă. Rezultatele în urma acestui fel de întrebuințare au fost foarte bune. Noi încă am aplicat această metodă în cazurile policlinice mai ales, în special la dispepsii acute, unde după purgativ, dădeam o dietă hidrică de 6 ore, sau mai mult — după caz, — care dietă hidrică era urmată de 1—2 mese ceiau cu Larosan 5% și a 2-a zi apă de orez sau lapte $\frac{1}{2}$ cu 5% Larosan, 2 mese. A 3-a zi se dădea lapte $\frac{1}{2}$ sau lapte complet cu 5% Larosan, 2 mese. (Diluția laptelui s'a făcut cu apă de orez.) Rezultatele în cazurile, unde n'a intervenit o boală intercurrentă, au fost bune.

În ce privește durata administrării, autorii susțin, că se poate da chiar mai multe luni, fără inconveniente, chiar în cantități mai mari. Noi însă, examinând scaunele din punct de vedere chimic (alcalinitate și aciditate), înainte și în timpul administrării Larosanului, am observat, că dat în cantități de 10 gr. pro die la copii sub un an mai ales, în timp de 2—3 săptămâni scaunele devin alcaline, însă nu avem încă o hiperalcalinitate, care ar contraindica continuarea administrării Larosanului. Dând însă timp de $2\frac{1}{2}$ luni în aceste cantități, am observat o hiperalcalinitate peste 4% până la 7% chiar, (obs. No. XI.) asociată cu semne clinice: balonare abdominală și constipație. Balonarea abdomenului nu se poate pune decât pe contul hiperalcalinității care produc putrefacție mai pronunțată cu o floră proteolitică bogată. Dacă depășim cantitatea de 10 gr. pe zi, ajungem mult mai repede la alcalinizarea scaunului și la hiperalcalinitate cu fenomenele, cari o acompaniază. Cu un cuvânt putem spune, că în cazurile acute (dispepsie, gastro-enterită, enterocolită, dispepsie făinoasă), unde Larosanul este dat exclu-

* sibo = simplex bovinum = lapte $\frac{1}{2}$, cu 17% zahăr (Pirquet).

siv pentru a modifica fermentațiunile intestinale, trebuie să-l dăm 2—3 săpt. și în cantități mai mari, 10—15—20 gr. pe zi. În cazurile cronice însă, (hipotrepsii), unde Larosanul este dat în primul rând ca o substanță plastică, cu scopul de a mări greutatea copilului, — prin mărirea toleranței față de laptele de vacă, — putem da chiar 2—3 luni, însă în cantități mici, 5—10 gr. la zi și cu controlul coprologie, pentru a putea suprima imediat, când s'a produs o hiperlcalinitate nocivă.

D) Indicațiunile și cazurile personale.

Larosanul, ca albuminele celelalte în general, produce putrefacții intestinale și favorizează flora proteolitică și ca atare, indicația lui e în toate cazurile cu scaune acide, datorite fermentațiilor intestinale și florei zacharolitice.

I. Cum cea mai caracteristică formă a turburărilor gastro-intestinale, în care avem fermentații și floră zacharolitică, e *dispepsia acută*, unde totdeauna găsim scaune acide, începem cu ea. În aceste forme s'a observat, — dacă nu chiar dela început, însă după câteva zile, — o diminuare a No-lui scaunelor și o mărire a consistenței. Vărsăturile dispar de obicei mai târziu, (ziua III-a de tratament). Când vedem o ameliorare a fenomenelor dispeptice, atunci putem să ridicăm cantitatea Larosanului. Copilul, căruia i-am administrat, crește în greutate, dispăre meteorismul datorit fermentațiilor acide, colicele și eritemul fesier dispar în consecință. Cu administrarea Larosanului în aceste cazuri, de obicei nu se trece peste 4 săptămâni, în care timp copii revin la greutatea normală. Noi am observat în cazurile, unde tratamentul cu Larosan a depășit termenul de 4 săptămâni, un meteorism:

Obs. No. I. T. L. în vârstă de 3 săptămâni, intră în serviciul clinicei în 24. XI. 1928.

Antecedente eredo-colaterale: mama suferă de o tbc. indurativă, tatăl e suspect de sifilis.

Antecedente eredo-conceptionale: fără importanță.

Antecedente personale: Născut la termen, a fost alimentat exclusiv natural.

Istoricul boalei actuale: Vine în clinică pentru leziunile piodermice, ce le prezintă diseminat pe tegumente.

Starea prezentă: Temp. 37°. Greutatea corpului 2760 gr. Lungimea: 50 cm. Perimetrul capului 37 cm., perimetrul toracelui 30 cm.

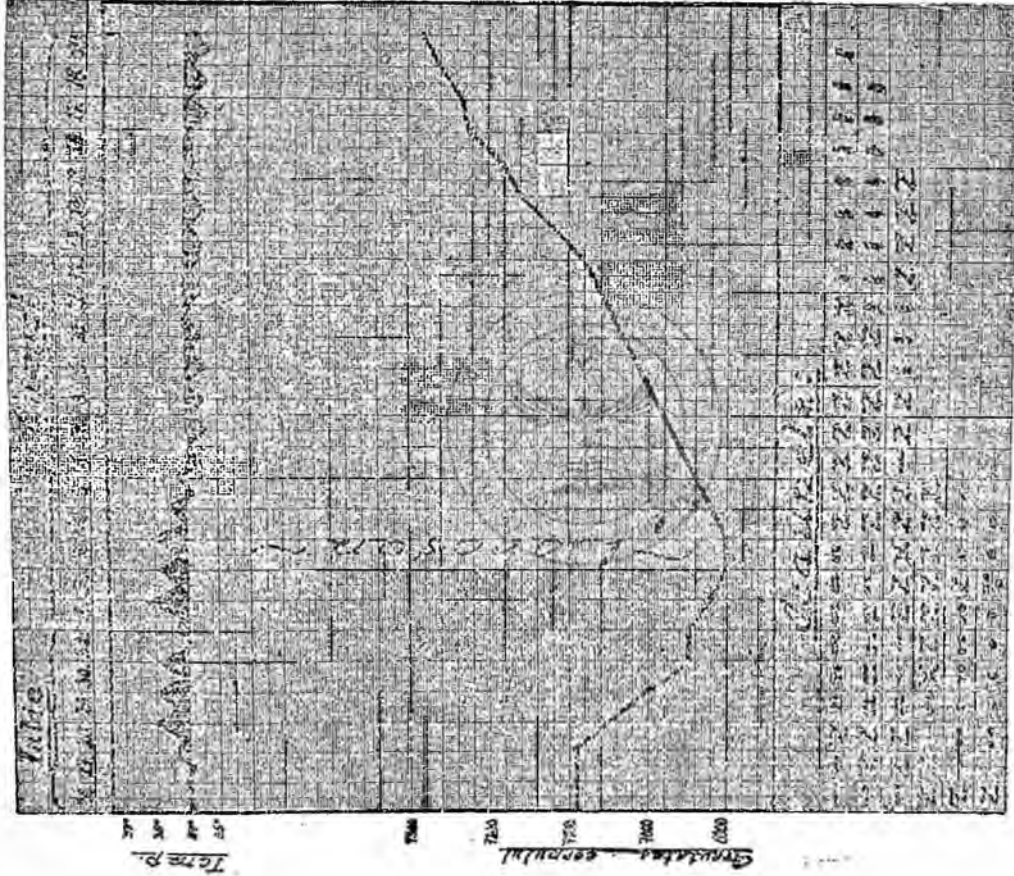
Scheletul. Capul dolichocefal, fontanela mare deschisă pentru 3 degete, cea mică perceptibilă, sutura sagitală nu e prinsă, craniotabes foarte pronunțat. Toracele ușor strangulat lateral, evazat la bază.

Copil slab dezvoltat în raport cu vârsta lui, prezintă un turgor mediocru, pe tegumente leziuni piodermice.

Aparatul circulator și respirator: nimic deosebit.

Tubul digestiv: pofta de mâncare mai redusă, scaunele neregulate, frecvente, abdomenul ușor balonat.

T.L. Eates 9 June.



Explicatiunea scarnelor:

- I = regulat
- X = mucos
- S = senhizolent
- o = vegetata
- I = diareic
- X = mucos
- S = senhizolent

Ficatul: în limitele normale. Splina: ușor palpabilă.

Cavitatea bucală: ușoară hiperemie a faringelui. R. P.—, la intrarea copilului în clinică, iar la 17. VIII. devine slab +. R. M.—, R. W.—.

Deci copilul intră în clinică cu fenomene distrofice, distrofie probabil pe bază infecțioasă, (infecție mixtă tbc. și sif.), piodermie și infecție parenterală.

La o săptămână după internare, face și fenomene pulmonare. In 16. XII. 1927. face o infecție vulvo-vaginală.

Fenomenele pentru cari a intrat în serviciul nostru dispar, rămânând însă vulvo-vaginita și distrofia pentru care trebuie să rămână în clinică.

În 28. VII. 1928. fetița prezintă fenomene de dispepsie acută: are mici oscilațiuni de temp. până la 38°, scade în greutate 40 gr. (de la 7090 la 7050), are scaune mai frecvente, grunzoase, apoase, verzui, e inapetentă, are 4 vărsături spastice.

29. VII. Temp. 37.4°—38.1°, are 6 scaune apoase, cu reacția intens acidă, 4 vărsături spastice, scade încă 50 gr. Se institue o dietă hidrică timp de 6 ore, un purgativ, ca apoi să ia lapte ½ diluat cu apă de orez.

30—31. VII. Fenomenele se mențin: câte 6 scaune apoase, grunzoase, vărsături 3—4 la zi, temp. 37.2°—37.8°, scade în greutate încă 50 gr.

1—2. VIII. Scade în greutate încă 40 gr., scaunele se mențin rele, cu reacție intens acidă, vărsături mai rare.

Se institue un tratament cu Larosan, dând 2% de 3-ori pe zi în apă de orez cu ¼ lapte. Restul meselor: lapte ½ cu apă de orez.

3. VIII. Fetița se menține în greutate, temp. 37.2°—38°, are 2 vărsături și 5 scaune (2 grunzoase, 3 apoase).

4. VIII. Crește cu 20 gr. are o vărsătură. Se dă lapte ½ cu apă de orez de 3-ori cu 2% Larosan.

5—6. VIII. Crește câte 20 gr. pe zi. Nu mai varsă, are 4 scaune grunzoase. Se mărește cantitatea Larosanului, dând 5% în sibo de 3-ori și lapte de mamă completat cu dubofa.*

8—12. VIII. Se continuă acest tratament cu aceeași alimentație. Copilul crește continuu, scaunele se regulează complet, având 2 scaune regulate pe zi.

Continuând acest tratament, înlocuind sibo cu lapte complet cu 5% Larosan la 2 mese, timp de 2½ săptămâni, starea generală a copilului se menține foarte bună și a crescut total 380 gr. Atunci se face examenul scaunului, care a devenit alcalin. Având alcalinitatea 3.5%, exprimată în sol. normală de ac. sulfurică, iar flora bacteriană prezentând o predominare a microbilor Gr. +, cu R. Jacobsohn +, se suprimă administrarea acestui medicament-aliment.

În vara călduroasă a anului 1928 s'au prezentat și la consultațiunile policlinice foarte mulți copii, cu dispepsie acută, cari însă n'au putut fi primiți, pe de o parte prin lipsa de locuri, pe de altă parte prin refuzarea internării din partea părinților. La acești copii, în cazul când mama a fost mai inteligentă, am dat acasă Larosan, rugându-le că dacă copilul nu se face bine, să vie din nou la contravizită. Voiu da câteva foi de observație din aceste cazuri, dat fiind faptul, că și la consulta-

* dubofa = (duplex bovinum farina) = 60 emc. lapte de vacă + 1 gr. făină + 6 gr. zahăr, fiert la 50 gr.

țiile clinice se fac foi de observație, ceea ce îmi permite observarea mai detaliată a cazurilor.

Obs. No. II. S. A. în vârstă de 6 luni, vine la consultațiile clinice în 31. VII. 1928.

Antecedente eredo-colaterale: mama suferă de o tbc. indurativă.

Antecedente personale: Născut la termen, fără inconveniente, a fost alimentat natural 8 săptămâni, apoi artificial, cu lapte de vacă $\frac{1}{2}$, diluat cu apă de orez, la intervale neregulate.

Istoricul bolii actuale: De 4 zile copilul are scaune frecvente, 10—12 la zi, apoase, spumoase, are colici intense, prezintă mici oscilațiuni de temperatură; nu varsă.

Starea prezentă: Temp. 37.8°, greutatea: 5600 gr., lungimea: 65 cm. perimetrul capului: 41 cm., al toracelui: 40 cm. Copil slab dezvoltat în raport cu vârsta. Prezintă tegumente palide, țesutul celulo-adipos ușor redus pe abdomen și pe membre. Fontanela mare e deschisă pentru 3 degete, cea mică perceptibilă. Toracele strangulat lateral, evazat la bază, mătăanii costale.

Aparatul respirator și circulator: normal.

Tubul digestiv: Apetitul scăzut, scaune frecvente, 10—12 la zi, apoase, mucoase, verzui, cu reacție intens acidă la hârtie de turnesol. Abdomenul excavat senzibil la palpare.

Organele genitale: normal conformate.

Cavitatea bucală: Mucoasa bucală de culoare roză, faringele, amigdalele libere.

R. P. negativă.

Diagnostic: Dispepsie acută, raclitism.

Tratamentul indicat de Dr. Staniloiu: Se administrează copilului un purgativ, după care se prescrie o dietă hidrică timp de 6 ore, urmată de 2 mese de ceai cu 5% Larosan.

În ziua următoare: 2 mese de apă de orez cu 5% Larosan + 3 mese $\frac{1}{4}$ lapte cu $\frac{3}{4}$ apă de orez + 1 masă $\frac{1}{2}$ lapte.

În ziua 2. VIII. vine la consultație. Temp. 37.4°. Copilul a scăzut în greutate 100 gr. Scaunele sunt ceva mai puțin frecvente, însă sunt încă mucoase, apoase, acide. Se continuă tratamentul prescris dând 6 mese câte 150 gr.: 3 mese $\frac{3}{4}$ lapte cu $\frac{1}{4}$ apă de orez, 2 mese $\frac{1}{2}$ lapte cu $\frac{1}{2}$ apă de orez cu 5% Larosan, 1 masă supă de legume.

4. VIII. Vine din nou la consultație. Copilul e afebril, starea generală cu mult mai bună, nu mai are colici, scaunele s'au regulat, în loc de 10—12 are 3—4 scaune pe zi, cari sunt grunzoase, cu reacție neutră. Copilul a crescut în greutate 140 gr.

I-am recomandat mamei concentrarea progresivă a alimentelor și în cazul, că copilul nu s'ar vindeca complet, să mai consulte clinica. Mama nu a mai venit cu copilul, fie din cauza ameliorării, fie că a consultat un medic, ceea ce e mai puțin probabil, fiind foarte săracă.

În dispepsiile acute am urmat acest tratament descris în cc. 12 cazuri policlinice, cu rezultate bune în 9 cazuri, iar în rest a intervenit o infecție intercurrentă. Mamele în general au fost foarte mulțumite cu rezultatele obținute și nu odată s'a întâmplat, ca să vină mama pentru a cere dela noi Larosan, neavând bani pentru a-și cumpăra singură.

Un alt caz de dispepsie acută, dezvoltată la un copil cu distrofie bacilară, a fost tratat deasemenea cu rezultat foarte frumos cu Larosan, deși acasă la părinți.

Obs. No. III. J. A. în vârstă de 5 luni, vine la consultațiunile policlinice în ziua de 24. IX. 1928.

Antecedente eredo-collaterale și eredo-concepționale: fără importanță.

Antecedentele personale: Născut la termen. A fost alimentat natural 2 săptămâni, apoi artificial.

Istoricul bolii actuale: De o săptămână copilul prezintă ascenziuni de temperatură, este inapetent, are scaune apoase, mucoase, spumoase, verzui, 5—6 la zi și vărsături spastice postalimentare, scade mult în greutate.

Starea prezentă: Temp. 37.7°. Greutatea: 4800 gr. Lungimea: 39 cm. Perimetrul capului: 39 cm. Perimetrul toracelui: 36 cm. Copil slab dezvoltat din punct de vedere ponderal, mai puțin din punct de vedere statural. Tegumentele sunt palide, ușor teroase, ochii infundați în orbite, intertrigo perifesier. Țesutul celulo-adipos redus mult, aproape dispărut pe abdomen, unde se formează o plică ce nu persistă. Plica persistentă la rădăcina membrelor. Turgor flasc. Micro-poliadenie generalizată.

Scheletul: Cap brachicefal, fontanela mare deschisă pentru 2 degete. Suturile în parte consolidate. Craniotabes bilateral. Brațele antibrachiale. Toracele strangulat lateral, evazat la bază. Mătâni costale. Gambele în parenteză.

Aparatul cardio-pulmonar: nu prezintă nimic patologic.

Tubul digestiv: Pofta de mâncare redusă. Scaune mucoase, apoase, verzui, 6—7 la zi, cu reacție acidă, vărsături spastice. Abdomenul balonat, flasc.

Splina: ușor palpabilă. Ficat: în limitele normale.

Cavitatea bucală: mucoasa normal colorată, intactă. Limba încăleată. Faringele liber.

Aparatul neuro-muscular: Copilul prezintă o hipotonicitate a membrelor. Pupilele egale, centrale, ușor midriatice, cu reflexe normale. Reflexele cutanate și osteo-tendinoase normale.

Examen de laborator: R. P. +., R. M. +., R. W. —, B. Koch în scaun negativ. Scaunele au o reacție intens acidă, se alcalinizează după 3 săptămâni dela administrarea Larosanului.

Diagnostic: Dispepsie acută.

Mersul bolii:

24. IX. I-se administrează un purgativ, dietă hidrică de 6 oare și regularea alimentației.

27. IX. Vine la consultație. Temp. 37.5°. Greutatea 4520 gr. (a scăzut cu 280 gr.) Scaunele se mențin frecvente, 6—7 la zi, apoase, mucoase, verzui, are vărsături spastice.

I-se prescrie la 3 mese 5% Larosan în $\frac{1}{4}$ lapte cu $\frac{3}{4}$ apă de orez. Restul mesei se prescrie ea și în cazurile precedente.

4. X. Vine la consultație. Temp. 36.8°. Greutatea: 4900 gr. De 2 zile are scaune regulate, cu reacție încă slab acidă. Apetit bun. De 3 zile nu mai varsă.

14. X. Temp. 36.9°. Greutatea 5200 gr. Copilul e perfect bine, crește continuu în greutate. Mama îl aduce numai pentru faptul, ca să ceară încă Larosan.

Vedem deci, că fenomenele de dispepsie acută nu cedat complet și copilul hipotrofic a crescut în greutate în timp de 18 zile 680 gr. Scaunele însă s'au alcalinizat în acest timp.

2. Larosanul deasemenea are o indicațiune logică în *enteterocolitele muco-membranoase*, unde încă avem o fermentație intestinală, cu hiperaciditate pronunțată. În aceste cazuri se dă 15—20 gr. Larosan în primele 5 zile de tratament în ceaiu și apă de orez, îndulcit cu puțină zăcharină. În acest timp scaunele devin mai bune, fără striatiuni sanghinolente, copilul începe să crească în greutate. Apoi se trece din nou la cantitatea zilnică de 10 gr. Larosan.

Obs. No. IV. L. M. în vârstă de 1 an 10 luni, intră în serviciul clinicii în ziua de 15. IX. 1928.

Antecedente eredo-colaterale și eredo-concepționale: fără importanță.

Antecedente personale: La vârstă de 2 luni a fost în serviciul nostru cu dg. de furunculoză, piodermie, vulvo-vaginită. Părăsește serviciul vindecat, fiind dată la o crescătoare.

Istoricul bolii actuale: De o săptămână copila este febrilă, are scaune frecvente, apoase, mucoase, sanghinolente, colici pronunțate și prolaps rectal. De 3 zile tușește, are coriză. La început a avut o vărsătură spastică.

Starea prezentă. Temp. 37,2°. Greutatea: 8650 gr. Lungimea: 75 cm. Perimetrul capului: 44 cm. Perimetrul toracelui: 45 cm. Copila e foarte slab dezvoltată în raport cu vârsta, mai ales ca greutate. Tegumentele sunt palide, prezintă leziuni scabioase pe spate, în regiunea scapulară, mamele. Are micro-, și macropoliadenie generalizată.

Scheletul: nu prezintă nimic anormal.

Aparatul respirator: Copila are coriză intensă, tușește. La percuzie submatitate la ambele baze, mai accentuată la dr. La auscultație raluri de bronșită, pe întreg câmpul pulmonar, cu predominanță la baze.

Aparatul circulator: nu prezintă nimic anormal.

Tubul digestiv: apetitul scăzut, scaune frecvente, muco-sanghinolente 6—8 la zi, prolaps rectal, care se observă numai la defecație; are colici. Abdomenul e distins, timpanic, senzibil la palpate.

Ficatul: nu depășește falsele coaste. Splina: palpabilă.

Cavitatea bucală: mucoasa gurei normal colorată, intactă. Faringele hiperemice. Amigdalele ușor mărite, intens hiperemiate.

Organele genitale externe: Vulva este hiperemiată, umedă. Prezintă un eritem periferic și perigenital.

Diagnostic: Entero-colită mucomembranoasă. Bronșită. Vulvo-vaginită gonococică.

Examen de laborator: R. P. —, R. M. slab +, R. W. —, No. leucocitelor: 11500. No. hematiilor: 3,900.000.

Aciditatea scaunului înainte de administrarea Larosanului: 12,5% exprimată în sol. normală de NaOH.

Alcalinitatea scaunului după administrare Larosanului: 2%, exprimată în sol. normală de ac. sulfuric.

Flora bacteriană: predomină bacilii Gr. negativi.

Mersul bolii:

16. IX. Temp. 37,6., Greutatea: 8650 gr. Are 7 scaune apoase, mucoase, cu prolaps rectal de 2-ori. I-se administrează o dietă de ceni de 12 ore

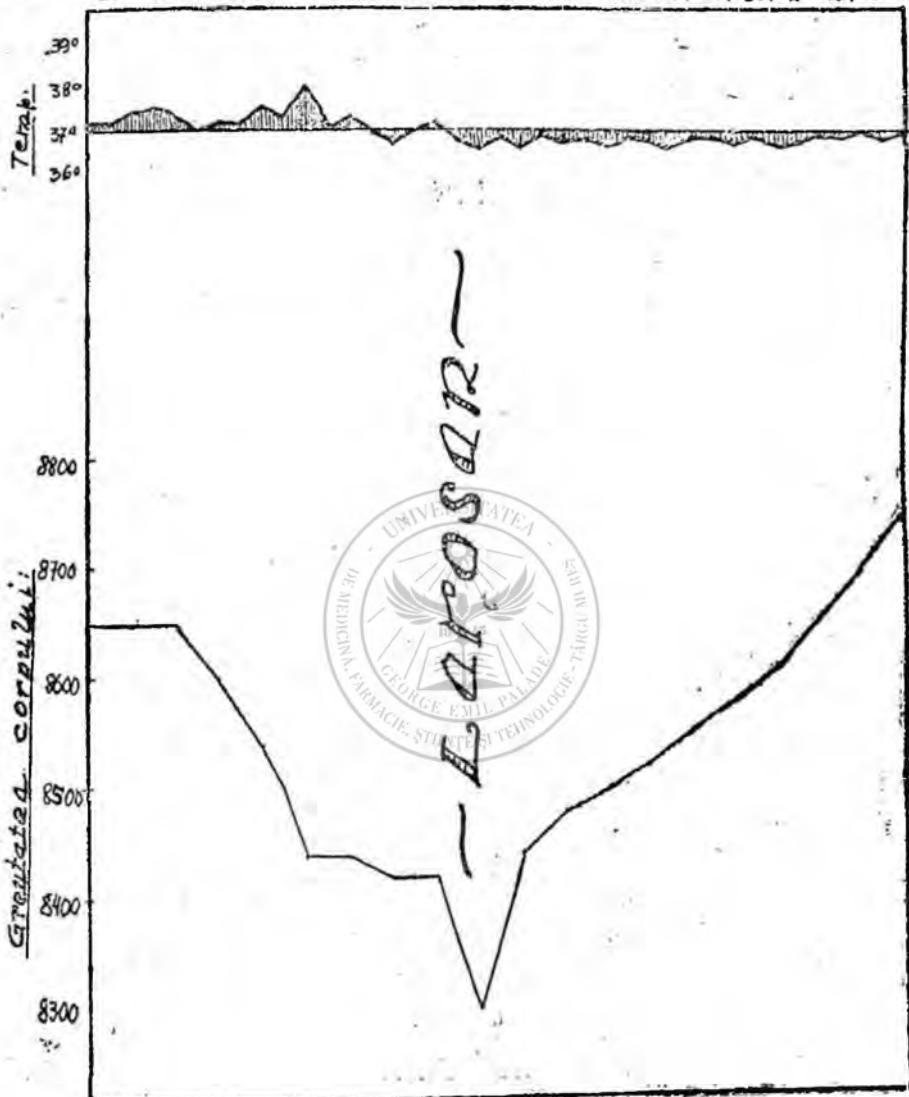
L. M. Etatea 1 an 11 luni

Septembrie

Oct.

Data

15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 1. 2. 3.



Scaraile:

S S S S // S S S X X S Z | | | | | | |
 Z Z Z = // // S X // // Z Z | | | | | Z |
 Z // X = / // S X // // // / Z / - -
 // // / / // Z // / / / /
 - / // //
 Z //

după un purgativ, urmat de 2 mese $\frac{1}{2}$ lapte cu apă de orez. În același timp i-se dă o infuzie expectorantă, un tratament antiscabios, desinfecție naso-faringiană.

17—18. IX. Fenomenele de bronșită persistă. Are 6 scaune, din cari 2 sunt muconse, cu striatiuni sanghinolente. I-se dă 3 mese cu $\frac{1}{2}$ lapte, o masă babeurre.

19. IX. Temp. 37.3° — 38° . Are 6 scaune diareice. I-se dă 2-ori supă cu orez și pâine prăjită, o masă babeurre, 2-ori lapte $\frac{3}{4}$ cu apă de orez.

20. IX. Temp. 37° — 37.4° . Are 5 scaune apoase, unu sanghinolent.

21—22. IX. Fetița are 8—10 scaune, 3 sanghinolente, cu prolaps rectal. Ralurile pulmonare au diminuat foarte mult. Se continuă aceeași alimentație.

23. IX. Se face reacția scaunului, care este acidă, dozată: 12.5%. Se decide administrarea Larosanului, dând de 2-ori 5% în apă de orez, o masă babeurre, 2 mese supă cu franzelă prăjită.

24. IX. Are 6 scaune diareice, unu mucos, fără striatiuni sanghinolente. Se continuă alimentația prescrisă, ridicând la o masă cantitatea Larosanului la 10%.

25. IX. Temp. 37° — 37.4° . A avut 6 scaune, din cari unul a fost cu câteva striatiuni sanghinolente, 2 erau apoase, 3 grunzoase. Starea generală e foarte bună. Tenesmul rectal a dispărut. Se ridică cantitatea Larosanului la 10% la ambele mese cu apă de orez. A crescut 160 gr. (v. graf.)

26. IX. Copila e afebrilă. Starea generală e foarte bună, pofta de mâncare bună. Scaunele sunt mai puțin frecvente, grunzoase. Crește continuu în greutate. În loc de o masă de apă de orez, se dă lapte $\frac{1}{4}$ tot cu 10% Larosan.

27. IX. Afebrilă. A avut numai 4 scaune grunzoase, fără mucozități și fără striatiuni sanghinolente. Crește câte 20 gr. pe zi. I-se dă (afară de babeurre și supă cu franzelă), o masă lapte $\frac{1}{2}$ și una $\frac{1}{4}$ cu 10% Larosan.

28. IX. A avut 2 scaune regulate. Prolapsul nu mai apare. I-se dă 2 mese lapte $\frac{1}{2}$ cu 10% Larosan.

29—30. IX. Starea generală foarte bună, crește în greutate. Scaunele sunt regulate, e afebrilă. Se dă lapte $\frac{3}{4}$ cu Larosan la o masă.

1—2. X. Se menține aceeași stare bună. Se dă la 2 mese lapte $\frac{3}{4}$ cu 10% Larosan.

3. X. E afebrilă, creșterea se menține. Scaunele s'au alcalinizat. Se scade cantitatea Larosanului treptat: 5% de 2-ori, apoi odată și în fine se suprimă.

Obs. No. V. S. L. întră în căminul de mame, la vârstă de 1 săptămână, în ziua de 17. XI. 1926.

Antecedente ereditare și eredo-conceptionale: fără importanță.

Antecedentele personale: Născut la termen, cu greutate de 2800 gr. Este alimentat natural.

Starea prezentă: Temp. 37° . Greutatea 3050 gr. Lungimea: 48 cm. Perimetrul capului: 34 cm. Perimetrul toracelui: 33.5 cm. Fontanela mare deschisă pentru $2\frac{1}{2}$ degete. Ganglionii nu se palpează.

Aparatul cardio-pulmonar: nimic patologic.

Tubul digestiv: apetitul păstrat. Scaunele normale. Abdomenul balonat, sonor la percție.

La vârsta de 2 săptămâni, copilul face ascenziuni de temperatură, are

scaune frecvente, 8—10 la zi, cu striiațiuni sanghinolente în unele. Are 3—4 vărsături spastice la zi.

8. XII. are 6 scaune (3 grunzoase, 3 mucoase), nu crește în greutate, e subfebril, are o vărsătură spastică. I-se administrează o linguriță de oleu de ricină, dietă de ceaiu timp de 6 ore, după care sugere.

9. XII. E subfebril. Are 6 scaune apoase, mucoase și 2 vărsături. Primește lapte de mamă și ceaiu.

10. XII. Temp. 37.2—37.8. Are 11 scaune diareice, în 3 cu striiațiuni sanghinolente.

11. XII. Temp. 37.5—38. Scade în greutate 80 gr. Are 14 scaune (3 sanghinolente). I-se dă din nou dietă de ceaiu, după care se administrează lapte de mamă, iar între sugeri primește Larosan, 5 gr. pe zi în apă îndulcită cu zaharină.

12. XII. E subfebril. Are numai 5 scaune (2 cu striiațiuni sanghinolente) și o vărsătură spastică. Crește în greutate 20 gr. Se continuă aceeași alimentație.

13—14. XII. Scaunele nu mai sunt sanghinolente, sunt mai puțin frecvente, 4—7 la zi, grunzoase, apoase. Crește în greutate 20 gr. pe zi. Varsă odată pe zi. Primește 10 gr. Larosan în 24 ore.

15—20. XII. E subfebril. Starea generală bună. Crește continuu în greutate. Scaunele sunt mult mai bune, grunzoase. Nu varsă.

20—30. XII. Copilul e afebril. Scaunele sunt aproape normale 3—4 la zi, cu reacție ușor alcalină. Se dă Larosan 10 gr. la zi în 180 gr. ceaiu cu zaharină, pe lângă alimentația naturală.

1—15. I. Crește bine, câte 30 gr. pe zi.

16—24. I. Scaunele sunt normale, 1—2 la zi. Creșterea se menține. A crescut în 6 săptămâni 800 gr. 20 gr. pe zi în medie.

25. I. Se suprimă Larosauul, fiindcă scaunele sunt absolute normale, însă alcaline; se continuă alimentația naturală.

Am dat Larosan în cazuri de enterocolită și la consultațiunile policlinice cu rezultate bune întotdeauna când n'a intervenit o infecție intercurrentă.

Voiu descrie unul din cazurile policlinice, care a putut fi urmărit până la vindecare, prin faptul că a venit din 2 în 2 zile la ambulanță.

Obs. No. VI. T. J. în vârsta de 1 an 8 luni, vine la consultațiunile clinice în ziua de 11. VIII. 1928.

Antecedente eredo-colaterale și eredo-concepționale: fără importanță.

Antecedente personale: Născut la termen, a fost alimentat natural 16 luni, apoi artificial. Înțărarea s'a făcut în mod brusc, vara. Primii dinți au apărut la 9 luni, a început să umble la 11 luni, a ședea la 6 luni. N'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă.

Istoricul bolii actuale: De o lună (adică dela înțărare) copilul are scaune frecvente, 6—7 la zi, mucoase, apoase, sanghinolente. A fost tratat în oraș, după care s'a ameliorat. De o săptămână însă scaunele din nou au devenit sanghinolente, e febril, inapetent, are vărsături spastice.

Starea prezentă: Temp. 38.5°. Greutatea: 9300 gr. Lungimea: 83 cm. Perimetrul capului: 50 cm. Perimetrul toracelui: 44 cm. Copil slab desvoltat în raport cu vârsta, în special cu greutatea. Tegumentele sunt foarte palide, extremitățile reci, țesutul celulo-adipos scăzut pe abdomen și extremități. Copilul e apatic, somnolent.

Scheletul: normal.

Aparatul cardio-pulmonar: nimic deosebit.

Aparatul digestiv: Apetit scăzut, scaune frecvente, 6—8 la zi mucoase, apoase, sanghinolente, cu reacție intens acidă. Abdomenul e ușor balonat, dureros la palpate.

Ficat, splina: nu sunt palpabile.

Cavitatea bucală: mucoasă normal colorată, faringele liber.

Organele genitale externe: normal conformate.

Diagnostic: enterocolită.

Tratament: I-se prescrie un purgativ, urmat de o dietă hidrică de 10 ore. Apoi i-se dă apă de orez cu 5% Larosan în 2 mese, o masă supă de legume, și 2 mese lapte $\frac{1}{4}$ (diluțiile sunt făcute cu apă de orez.) În ziua următoare: 2 mese cu apă de orez cu 10% Larosan, restul meselor la fel. În ziua 3-a: 2 mese lapte $\frac{1}{4}$ cu 10% Larosan. o masă supă de legume, 2 mese lapte $\frac{1}{2}$.

15. VIII. Vine la consultație. Copilul prezintă starea generală mult mai bună. Temp. 37,3°, greutatea 9400 gr., nu mai varsă, are scaune mai puțin frecvente, 3—4 la zi, cari nu sunt nici mucoase, nici hemoragice. Se continuă tratamentul cu Larosan, dând la 3 mese 5%, măbind progresiv laptele în apă de orez.

17. VIII. Vine la consultație. Temp. 37°, starea generală foarte bună. Greutatea: 9520 gr. Scaunele sunt grunzoase, galbene, 3—4 la zi, abdomenul nu e dureros, pofta de mâncare foarte bună. I-se dă Larosan încă pentru 3 zile, câte 20 gr. pe zi, urmând ca să vină atunci din nou.

21. VIII. Greutatea: 10.000 gr. Starea generală foarte bună. Scaunele sunt regulate, cu reacție ușor alcalină. Se suprimă Larosanul.

3. O altă indicație a Larosanului ar fi în gastro-enterite (intox. alimentară), unde deasemenea este o fermentație intestinală. Lederer a obținut rezultate bune în aceste cazuri. Fiind vorba însă întotdeauna de o intoxicație gravă a organismului, în primul rând trebuie să căutăm administrarea laptelui de mamă, după prescripțiunile clasice. Noi în clinică dispunând de doici, am administrat todeauna lapte de mamă, după metoda prescrisă de Pirquet, care a dat rezultatele cele mai bune. Însă într'un singur caz, care era de o gravitate mai mică, și nedispunând clinica de laptele de mamă, — fiind cazuri grave, unde trebuia neapărat să-l dăm, — am administrat Larosan, cu rezultat foarte bun.

Obs. No. VII. Copilul K. R. în vârstă de 11 luni, este trimis la clinica de Dispensarul de Copii în ziua de 21. VIII.

Antecedente ereditare și personale: fără importanță.

Istoricul bolii actuale: De 5 săptămâni copilul prezintă scaune frecvente, 6—8 la zi, apoase, mucoase, spumoase, vărsături. Pofta de mâncare i-s'a redus foarte mult. Are ascenziuni mari de temperatură, este apatie.

Starea prezentă: Temp. 38,3. Greutatea: 4950 gr. Lungimea: 68 cm. Perimetrul capului: 45 cm., al toracelui: 44 cm. Copilul e slab dezvoltat în raport cu vârsta lui. Tegumentele sunt foarte palide, intertrigo periferic și perigenital. Tesutul celulo-adipos e aproape dispărut, se menține numai la față. Tegumentele sunt plisate pe membre. Turgorul dispărut. Micro-poliadenie generalizată.

Scheletul: Cap brachicefal. Vene epicraniene. Fontanela anterioară abia perceptibilă, cea posterioară închisă. Ochii înfundați în orbite. Torace pătrat, mult evazat la baze. Ușoare mălăunii costale. Ușoară incurbare a gambelor, cu concavitatea internă. Are 7 dinți.

Aparatul cardio-pulmonar: nimic deosebit.

Tubul digestiv: Apetitul mult redus. Scaune 6—8 la zi, apoase, mucoase, cu reacție acidă. Are vărsături spastice, 3—4 la zi. Abdomenul distins la palpate, dur, formează plice. Ficat, splina: nu se palpează.

Sistemul nervos: Copilul e apatic, somnolent. Pupilele sunt egale, centrale, ușor midriatice. Reflexele normale. Organele genitale externe: normal conformate.

Examens de laborator: R. P.—, R. M.—, R. W.—. Scaunele au o reacție acidă, în flora bacteriană predomină bacilii Gr. neg. R. Jacobsohn +. No. leucocitelor: 10.000. No. hematiilor: 4,500.000.

Mersul boalei:

22. VIII. Temp. 38.4°. Greutatea: 4950 gr. Are 4 vărsături spastice, 7 scaune apoase. I-se institue o dietă hidrică timp de 4 ore, apoi i-se administrează 2 mese apă de orez cu 5% Larosan. Ser fosfatat intramuscular 2-ori 50 cme., inj. de chinina-electrargol aa 1 cme.

23. VIII. Temp. 38—38.5°. Copilul este apatic, a scăzut în greutate 30 gr. Are 3 vărsături, 5 scaune, dintre cari unul e grunzos deja. Se repetă inj. cu ser fosfatat, chinina și electrargol. I-se dă o masă supă de legume, 2 mese babeurre, 2 mese lapte $\frac{1}{2}$, și 2 mese lapte $\frac{1}{2}$ cu apă de orez și 5% Larosan.

24. VIII. Starea generală mult mai bună. Temp. 37.8°—37.2°, are 2 vărsături, 5 scaune, din cari 2 sunt apoase-mucoase, 3 grunzoase. A crescut 40 gr. Se dă aceeași alimentație.

25. VIII. Crește în greutate 40 gr. E afebril. Are o vărsătură, 6 scaune verzui, ușor fetide. Se dă o masă cu dubofa, lapte $\frac{3}{4}$, de 2-ori cu 5% Larosan.

26—27. VIII. Crește în 2 zile 60 gr. Are 5 scaune mai consistente. Nu varsă, pofta de mâncare e foarte bună.

28. VIII. Crește 20 gr. Afebrilitatea și starea generală bună se menține. Are 3 scaune grunzoase, cu reacția neutră. Se continuă aceeași alimentație, adăugând și 5% zahăr la lapte cu Larosan.

29—30. VIII. A crescut în 2 zile 100 gr. Scaunele sunt regulate. Părăsește serviciul vindecat.

4. In decompoziții s'a întrebuințat de Curschmann Larosanul cu rezultate bune, administrându-l cu diluări mari la început, ajungând încet la diluții obișnuite. După el efectul Larosanului ar fi tot așa de bun, ca al laptelui de mamă. Föhrenbach l-a întrebuințat în decompoziții datorite dispepsiilor de lapte. Couton Marc preferă Larosanul în aceste cazuri, dat fiind faptul, că el sintetizează calitățile babeurrului, laptelui albuminos și apei de calciu. Noi am întrebuințat în decompoziție lapte de mamă, ceaiu și seruri după schema Pirquet.

5. Deasemenea a fost întrebuințat Larosanul, în cazuri de infecțiuni parenterale, când în totdeauna am putut să ajungem la dispariția turburărilor digestive, înainte de a dispărea

complect fenomenele pulmonare. Am dat în cazuri mai ales policlinice, întotdeauna cu rezultate bune.

Obs. No. VIII. F. V. în vârstă de 1 an 2 luni, vine în clinică în ziua de 1. IX. 1928.

Antecedentele eredo-côlaterale și eredo-concepționale: fără importanță.

Antecedentele personale: Născut la termen spontan. A fost alimentat natural 4 luni, mixt 9 luni, apoi artificial. A fost ablațat treptat, dându-i lapte de capră cu apă de orez.

Istoricul bolii actuale: E adus în clinică pentru tusea ce o prezintă de 4 săptămâni. De 2 săptămâni are scaune frecvente 6—7 la zi, apoase, galbene. A vărsat spastic, are colici. Nu este febril.

Starea prezentă: Temp. 37°. Greutatea: 7300 gr. Lungimea: 70 cm. Perimetrul capului: 44 cm., al toracelui: 45 cm. Copil slab dezvoltat în raport cu vârsta lui. Prezintă tegumente palide, țesutul celulo-adipos redus mult, plie persistente la rădăcina membrelor. Ganglionii palpabili în toate regiunile, măriți de volum, mai ales în regiunea cervicală și inghinală stg.

Scheletul: Capul dolichocefal, ușoare neregularități pe occiput și osul parietal. Fontanela anterioară închisă. Vene epierianice. Toracele evazat la bază, ușor strângulat lateral, mătâni costale discrete, brațele accentuate.

Extremitățile puțin tumefiate, gamba prezintă o curbură, cu conca-vitate internă.

Aparatul respirator: Coriză. Tușește cu caracter lătrător. La percuție: submatitate accentuată la baza dr. La auscultație se aud raluri subcrepitante fine inconstante la baza dr., în rest raluri de bronșită.

Apartul cardio-vascular: zgomote clare, ritmice.

Tubul digestiv: Apetitul păstrat. A avut o vărsătură spastică. Scaunele galbene apoase, 5—6 la zi, în jet. Abdomenul ușor balonat, dur la palpație. Are colici.

Fieatul, splina: nu se palpează.

Cavitatea bucală: Limba încreată. Mucoasa bucală anemiată, farin-gel hiperemiat. Amigdalele normale.

Sistematul nervos: Copilul e agitat. Reflexele normale.

Organele genitale externe: normal conformate.

Diagnostic: Hipotropsie bacilară. Adenopatie tracheo-bronșică. Pleu-rezie seroasă dr. Infecție parenterală.

Examen de laborator: R. P. —, R. M. slab +, R. W. —, Lichidul pleural: 4—6 limfocite, 5—6 celule endoteliale, 2—4 polinucleare. Examen bacteriologic negativ. No. leucocitelor: 7500, No. hematiilor: 4,300.000. Scaunele au reacție acidă. În flora microbială predomină bacilii Gr. neg.

Mersul bolii: 2—5. IX. Afebril. Scade în greutate 200 gr. în 3 zile. Are scaune frecvente, apoase, acide. Pulmonar: raluri de bronșită diseminate, submatitate la baza pulmonară dr. cu raluri subcrepitante și frecături. Puncție exploratoare pozitivă la baza dr., se scoate cc. 1 cm. de lichid serosanghinolent. A fost alimentat cu lapte de mamă, complectat cu ceai și sibo, și o masă de babeurre. În 5. IX. i-se prescrie sibo, cu Larosan 5% în 3 mese.

6—7. IX. E afebril. Fenomenele pulmonare se mențin. Scaunele sunt mai bune, 3—4 la zi, crește în greutate 50 gr.

8—9. IX. Pulmonar se menține aceeași stare. Faringele hiperemic. Scaunele însă sunt regulate. Crește în greutate 40 gr.

10—11. IX. A crescut 70 gr. Scaune normale. Pulmonar: frecături la bază cu matitate. Ralurile sonore sunt mai rare.

12—13. IX. A crescut încă 70 gr. Pulmonar: submatitate la baza dr., auscultatoric nimic deosebit. Ușoară coriză. Scaunele sunt regulate, cu reacție alcalină. Părăsește serviciul.

6. Inafară de cazurile acute de turburări digestive, unde Larosanul are un rol antifermentescibil, este indicat și în cazurile cronice de hipotrepzii și atrepzii de natura bacilară, sifilitică, rachitică, cu fenomene de dispepsii cronice. În aceste cazuri Larosanul se dă în cantități mai mici, 5—10 gr. pe zi, însă timp mai îndelungat, 2—2 ½ luni, cu rezultate favorabile: creșterea constantă și rapidă în greutate, regularea scaunelor. La copii mai în vârstă Larosanul favorizează digestia hidraților de carbon, încât la sfârșitul primei săptămâni de tratament, putem varia alimentația.

Obs. No. IX. D. C. în vârstă de 7 săptămâni, întră în serviciul clinicii în ziua de 22. III. 1928.

Antecedente credo-colaterale: Este ultimul copil din 4. Toți trăiesc și sunt sănătoși. Părinții suferă de tbc. pulm.

Antecedente credo-concepționale: fără importanță.

Antecedente personale: Născut la termen. A fost alimentat artificial (cu lapte de vacă diluat și nediluat) dela naștere.

Istoricul bolii actuale: Este adus în serviciul clinicii pentru debilitatea ce o prezintă dela naștere. Tot deatunci are scaune apoase-gruinoase, 4—5 la zi și vărsături.

Starea prezentă: Temp. 36,2°. Greutatea: 2500 gr. Lungimea: 50 cm. Perimetrul capului 34,5 cm., al toracelui: 30 cm. Copilul e foarte slab dezvoltat în raport cu vârsta lui. Turgorul este complet dispărut. Tegumentele sunt foarte palide, uscate, se ridică în cute largi, mai ales pe coapse. Hipertriehoză pe brațe. Micropoliadenie generalizată.

Scheletul: Capul dolicocefal, fontanela mare e perceptibilă pentru 3 degete, este deprimată. Ușor craniotabes cu neregularități în regiunea occipitală. Toracele strângulat lateral, evazat la bază. Mătânii costale.

Aparatul respirator: La percuție ușoară submatitate la baza dr. La auscultăție se percep raluri fine crepitante și subcrepitante diseminate la ambii pulmoni.

Aparatul cardio-vascular: nimic patologic.

Aparatul digestiv: Pofta de mâncare este redusă, are vărsături spastice pestalimentare, scaune mai frecvente, 4—5 la zi, apoase, mucoase, cu reacție acidă la hârtia de turnesol. Abdomenul e balonat, timpanic. Semnul lui Wiederhoffer.

Ficatul: în limitele normale. Splina: mărită, palpabilă.

Cavitatea bucală: Mucoasa bucală, faringele, amigdalele sunt intens hiperemiate.

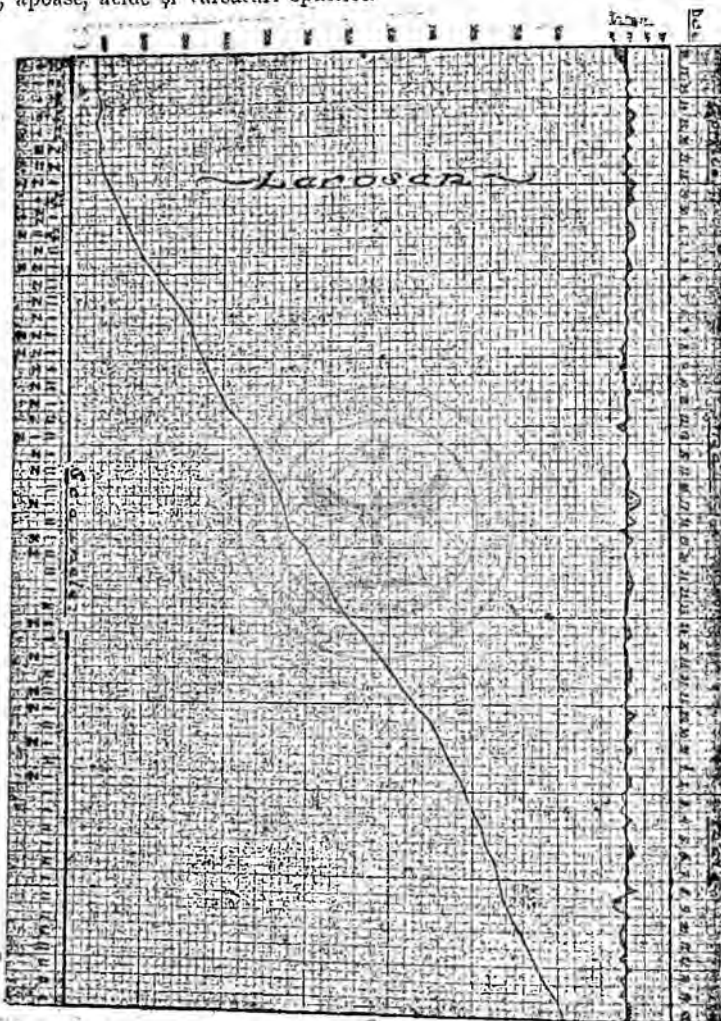
Organele genitale externe: normal conformate.

Diagnostic: Distrofie tbc. Pleuro-congestie.

Examele de laborator: R. P. = la intrare neg. In 6. VIII. + R. M. = în 12. IV. neg. In 8. IV. slab +, R. W. = neg. P. H.: alcalin: 6.8. Rezerva alcalină: 5.3. No. leucocitelor: 9600. No. hematiilor: 4,450.000.

Reacția scaunului acidă. R. Lugol: slab +. Flora bacteriană: predomină bacilii Gr. neg. *B. Koch* în scaun: negativ.

22—27. IV. Pulmonar se mențin raluri crepitante, subcrepitante și de bronșită. Copilul e subfebril. Nu crește în greutate. I-se administrează inj. de electrargol timp de 3 zile, se face desinfecția naso-faringeană, iar intern se dă sol. Coirre, o linguriță la zi. Are scaune frecvente, 5—6 la zi, apoase, acide și vărsături spastice.



28. IV. Copilul necrescând în greutate i-se administrează *Larosan* 5%, 2 mese pe zi, în sibo, pe care copilul îl ia cu mai mare poftă și începe să crească imediat, cu toate că subfebrilitatea și fenomenele pulmonare se mențin. (v. graf.) În același timp primește 5 mese à 100 gr. de sibo.

30. IV. Copilul e subfebril. Vărsăturile au dispărut, scaunele sunt mult mai bune (2—3 scaune grunzoase).

1—7. V. Prezintă câteva furunculi pe pielea păroasă a capului. Creșterea se menține continuu, scaunele sunt foarte bune. Se dă mai departe 10 gr. Larosan pe zi.

10—20. V. Subfebrilitatea se menține cu câteva ralui de bronșită diseminat la ambii pulmoni. Crește bine în greutate, scaunele sunt regulate. Pofta de mâncare e bună.

20—31. V. Crește foarte bine. I-se administrează ac. clorhidric cu pepsină, pentru contrabalansarea alcalinității intestinale și sol. Coirre. Coriza, ralurile de bronșită se mențin.

1—8. V. Crește bine. Scaune regulate. Se fac ședințe de Quarz. Se continuă aceeași alimentație.

10—17. VI. Creșterea se menține. A crescut total dela administrarea Larosanului 1130 gr. în timp de 50 zile, adică 20.6 gr. pe zi în medie.

18. VI. Se suprimă Larosanul, copilul fiind ușor constipat și abdomenul balonat, iar alcalinitatea scaunului foarte intensă, cu o floră bacteriană exclusiv Gr. +.

Obs. No. X. A. M. în vârstă de un an, intră în serviciul clinicei în 13. VIII. 1928.

Antecedente credo-colatorale: Al 5-lea copil din 5. Unul mort de debilitate congenitală la vârsta de 1 săpt. O soră moartă în clinica noastră cu dg. de meningită tbc. Mama a murit de tbc. pulmonară. Tatăl trăește, e sănătos.

Antecedentele credo-conceptionale: fără importanță.

Antecedente personale: Născut la termen. A fost alimentat natural 4 luni, apoi mixt până la 8 luni, când a fost ablaotat. La vârsta de 3 luni a prezentat turburări digestive.

Istoricul boalei actuale: De 2 săpt. fetița e inapetentă, are scaune apoase, verzui, 3—4 la zi.

Starea prezentă: Temp. 36.6°. Greutatea: 4650 gr. Lungimea: 65 cm. Perimetrul capului: 39½ cm. al toracelui: 39 cm. Copil foarte slab dezvoltat în raport cu vârsta, în special ca greutate. Tegumentele sunt foarte palide, anemiate, cu o circulație venoasă bine vizibilă mai ales pe fața anterioară a toracelui și abdomen. Paniculul adipos aproape complet dispărut pe abdomen, redus pe membre, păstrat în parte pe față. Prezintă micro-poliadenie generalizată.

Scheletul: Capul dolicocefal. Fontanela anterioară deschisă pentru un deget. Toracele strangulat lateral, evazat la bază. Mătâni costale.

Aparatul respirator: Coriză. Copilul tușește puțin. Prezintă ușor cornaj la inspirație. La percuție nimic deosebit. La auscultație câteva ralui de bronșită.

Aparatul cardio-vascular: nimic patologic.

Tubul digestiv: Apetitul păstrat. Varsă spastic 2—3 ori la zi. Scaune normale.

Ficatul: nu se palpează. Splina: palpabilă.

Abdomenul balonat, timpanic, nu e senzibil la palpate.

Cavitatea bucală: mucoasa gingivală palidă, ușor erodată. Sunt apăruți toți incizivii superiori și medianii inferiori. Faringele liber.

Organele genitale externe: normal conformate. Vulva hiperemică.

Examine de laborator: R. P. —, R. M. +, R. W. —.

No. leucocitelor: 8500. No. hematiilor: 4,400.000.

Aciditatea scaunului în 22. X.: 9.5%

Aciditatea scaunului în 14. XI.: 4.5%.

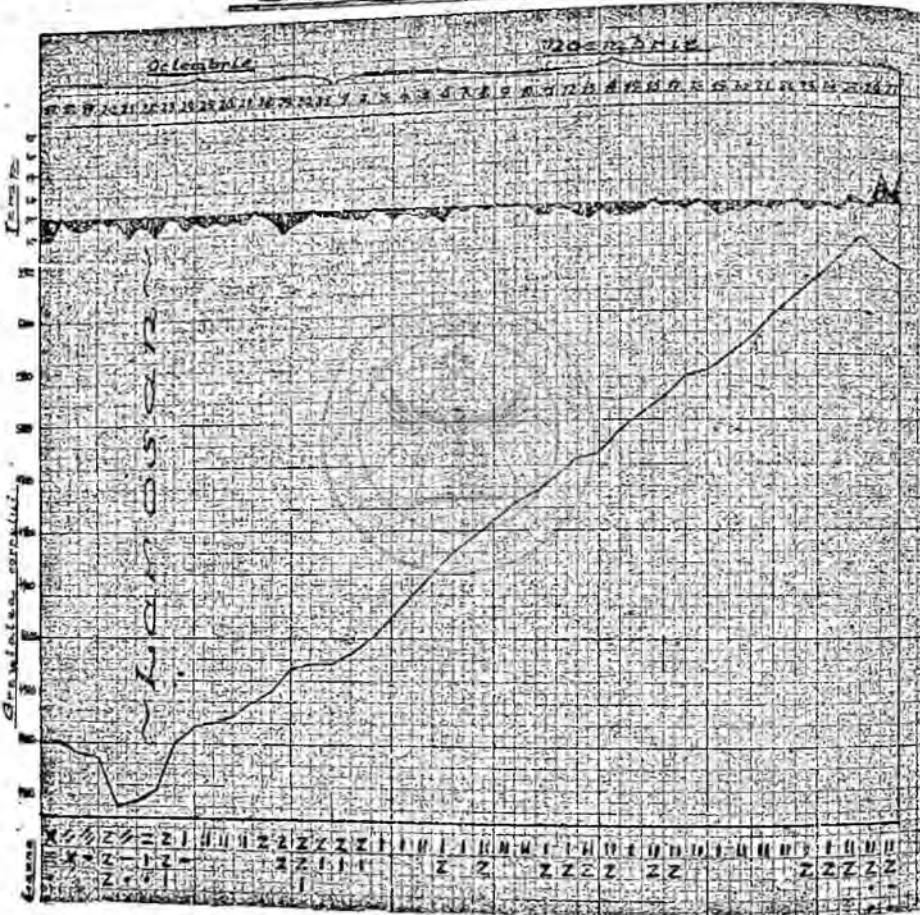
Alealinitatea scaunului în 23. XI.: 5.7%.

B. Koch în scaun: negativ.

Diagnostic: Distrofie tbc.

În a 2-a săptămână după intrarea în clinică, copilul prezintă fenomene de gastro-enterită. E apatic, cu ochii scăzuți în orbite, are ascenziuni de temperatură, scaune frecvente, mucoase, cu câteva striiațiuni sanguinolente. I-se aplică schema lui Pirquet, după care se ameliorează ca

C. M. Etatea 1 an 2 luni.



stare generală, însă după ce se trece la alimentația obișnuită, are o curbă de creștere aproape lineară, cu mici oscilațiuni. În acelaș timp are vărsături și scaune apoase, spumoase, 4—5 la zi. Pentru aceste fenomene, ca și pentru faptul, că dozând aciditatea scaunelor găsim o hiperaciditate: 9.5% exprimată în sol. normală de hidrat de sodiu, în ziua de 22. X. i-se administrează Larosan, 10 gr. pe zi, în sibo, 1 masă dubofa, 2 mese sibo, 1 masă babeurre.

22—28. X. După ziua a 2-a dela administrarea Larosanului copilul începe să crească în greutate, vărsăturile cedează, scaunele diminuează cu număr, devenind mai consistente. I-se administrează în acelaș timp pancreatan de 2-ori ½ tabelă.

1—8. XI. Copilul crește foarte bine. Scaunele sunt regulate. (v. graf.) Are otită purulentă dr.

14. XI. Aciditatea scaunului s'a redus la 4.5%. Se mărește cantitatea Larosanului dând 15 gr. la zi în sibo și în lapte complet, cu 3% zahăr.

15—22. XI. Crește continuu. Scaunele sunt normale.

23. XI. Scaunele sunt intens alcaline. Dozând găsim că alcalinitatea este mai mare ca în mod normal: 5.7%. Larosanul se reduce la 5 gr. pe zi.

25. XI. Copilul e febril, are ralui de bronșită diseminat la ambii pulmoni și câteva suberepitante la bază dr.

27. XI. Fenomenele pulmonare se mențin. Se face tratament în consecință. Se suprîmă Larosanul.

Total a crescut în timpul luării Larosanului (33 zile) 1010 gr., adică 29 gr. pe zi în medie, pe când înainte de a lua Larosan, în 4 săpt. n'a crescut nimic, deși nici atunci n'a prezentat alte infecțiuni.

Obs. No. XI. R. I. în vîrstă de 9 luni, intră în serviciul clinicei în 26. VI. 1928.

Este vorba tot de o distrofie tbc. care însă intră în clinică cu fenomene pulmonare și numai ulterior, după cederea acestor fenomene pulmonare se administrează Larosan, pentrucă copilul nu crește în greutate și are scaune frecvente, apoase, diareice, acide.

Antecedente eredo-constitutive: Primul și singurul copil. Tatăl trăește, e suspect de tbc. Mama e sănătoasă.

Antecedente eredo-concepționale: fără importanță.

Antecedente personale: Născut la termen, a fost debil dela naștere. A fost alimentat natural timp de 3 luni, apoi mixt până în prezent. A început să șadă la 6 luni.

Istoricul boalei actuale: Intră în serviciul clinicei pentru temperatură, tuse, coriză, inapetență, scaune frecvente, apoase, verzui; aceste fenomene le prezintă de 4 săptămâni.

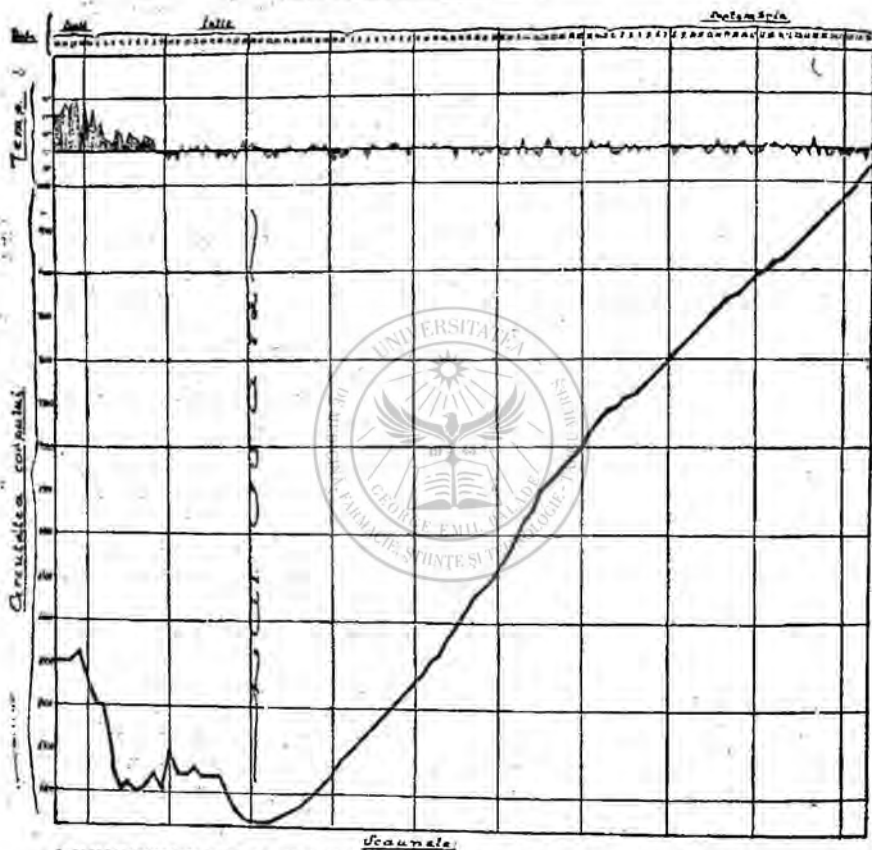
Starea prezentă: Temp. 39.1°. Greutatea: 6800 gr. Lungimea: 69 cm. Perimetrul capului: 48 cm. al toracelui: 41 cm. Copil slab dezvoltat pentru vârsta lui. Tagamente palide, cu mici leziuni papulo-eritematoase pe corp și membre. Ușor eritem în plicele cervicale și pericervicale. Ganglionii palpabili în toate regiunile: sunt duri, mobili, mici, nedureroși. Turgorul medioeru.

Scheletul: Capul pătrat, asimetric, fontanela mare deschisă pentru 3 degete, ușor deprimată. Ușoară alopecie occipitală. Venectazii epicraniene. Nas în șea. Toracele strangulat lateral, evazat la bază, mită-nii costale. Gambele încurvate, cu concavitate înăuntru.

Aparatul respirator: Are coriză, tușește, e puțin dispneizat, prezintă ușor tiraj supra- și substernal. La percuție: manitate ușoară la ambele baze, mai pronunțată la stg. La ausultație: respirație mai suflantă la vârful dr. și la baza stg. Ralui sonore cu predominanța sibilantelor, diseminate în câmpul pulmonar, la baza stg. suberepitante fine. Tubul digestiv: Apetitul păstrat. Prezintă scaune frecvente, apoase, grunzoase, verzui. Abdomenul de configurație normală, nedureros la palpate. Hernie ombilicală reductibilă.

Ficatul: între limitele normale. Splina: palpabilă.
 Cavitata bucală: buzele ușor cianozate. Mucoasa bucală normal colorată, intactă. Nu are dinți. Faringele hiperemiat.
 Organele genitale externe: normal conformate. Vulva este hiperemică, cu secreție vaginală, în care se găsesc gonococi.
 Diagnostic: Bronchopneumonie. Rachitism. Distrofie tbc. Vulvo-vaginită gonococică.

R. I. Lucea 9 luni



Examene de laborator: R. P. — la intrare. In 12. VIII: slab +.
 R. M. — R. W. — P. H. alcalin: 6.8. Rezerva alcalină: 5.2.
 No. leucocitelor: 12.500. No. hematiilor: 3,500.000.
 Aciditatea scaunului înainte de administrarea L.-lui: 10%.
 Alcalinitatea scaunului după 3 luni: 7%.
 Flora bacteriană a scaunului: predomină bacili Gr. negativi. B. Koch în scaun: negativ.

Mersul boalei: 20. VIII. După un tratament adecvat, bronchopneumonia se vindecă în timp de 24 zile. Având însă în vedere distrofia co-

pilului și faptul că nu crește cu alimentația obișnuită, în același timp având scaune frecvente, apoase, mucoase, diareice, cu reacție intens acidă (10%); i-se administrează la 3 mese de sibo à 75 gr. 5% Larosan.

Fetița e bine dispusă, crește continuu în greutate (v. graf.) scaunele devin cu mult mai regulate. Se continuă aceeași alimentație cu Larosan, înafară de care primește lapte de mamă, sibo și dubofa. Se tratează vulvo-vaginită.

1—15. IX. Fetița crește bine. Scaunele sunt mult mai bune.

15—30. IX. Starea generală foarte bună. Crește bine în greutate. I-se administrează 5% L. în 250 gr. sibo în 3 mese; i-se mai dă și ducă*) duve**) și supă. Scaunele sunt regulate, cu reacția neutră. R. Jacobsohn: slab +.

1—12. X. Crește bine în greutate. Scaunele s'au alcalinizat, dozând găsim: 4.5%. Cu toate că alcalinitatea a depășit puțin limitele normale, i-se administrează mai departe Larosan, pentru a vedea, dacă se mărește prea mult alcalinitatea, ori nu, mai ales, că copilul nu arată nici un semn de intoleranță.

13—28. X. Crește în greutate. E puțin constipat.

30. X. Crește în greutate, însă are o vărsătură spastică, prezintă balonare abdominală. Alcalinitatea scaunului: 7%. Se suprimă deci Lacosanul, alimentându-l după sistemul lui Pirquet. În timp de 96 zile a crescut 1300 gr. adică 15.2 gr. pe zi în medie.

Intr'un caz de distrofie bacilară, cu hipoalimentație: deosemena a dat Larosanul rezultat foarte bun.

Obs. No. XII: P. S. în vârstă de 3 luni, intră în serviciul clinicii în 31. V. 1928.

Antecedente eredo-colaterale și eredo-concepționale: fără importanță.

Antecedente personale: Copilul născut prematur la 8 luni. La naștere a avut o greutate: 2500 gr. A fost alimentat natural 6 săptămâni, apoi artificial (lapte de vacă diluat).

Istoricul bolii actuale: Vine în clinică pentru starea atrofică pe care o prezintă. A fost dat la o crescătoare, unde a fost alimentat insuficient.

Starea prezentă: Temp. 38.9°. Greutatea: 2550 gr. Lungimea: 53 cm. Perimetrul capului 33 cm. al toracului: 30 cm.

Copil foarte slab dezvoltat, denutrit. Tegumentele sunt palide, uscate, formând plice. Facies Voltairian. Panicul adipos dispărut pe corp și

Copil foarte slab dezvoltat, denutrit. Tegumentele sunt palide, uscate, membre, mult redus pe față. Prezintă eritem în regiunea cervicală, pe fese, pe coapse și în plielele perigenitale. Micro-poliadenie generalizată.

Sistenu osos: normal conformat.

Aparatul cardio-pulmonar: nimic patologic.

Tubul digestiv: Apetitul păstrat. Scaune grunzoase, 3—4 la zi. Abdomenul retractat, semnul lui Wiederhoffer, hernie ombilicală reductibilă.

Splina: Palpabilă.

În rest nu se găsește nimic deosebit.

Diagnostic: Distrofia bacilară.

*) ducă = (duplex compositum) = 30 gr. fructe + 13.5 zahăr, fiert cu apă la 50 gr.

**) duve = (dupl. vegetabilă) = 50 gr. spanne + 20 gr. lapte slab + 2 gr. făină + 5 gr. unt + 1 gr. sare, fiert la 50 gr.

Examen de laborator: R. P. intens pozitivă. R. M. — R. W. —. No. leucocitelor: 13000. No. hematiilor: 4350.000.

Reacția scaunelor: acidă, se alcalinizează după 5 săptămâni. B. Koch în scaun: negativ.

I-se administrează imediat la intrare Larosan 5 gr. la zi, în sibo. Copilul este alimentat artificial cu sibo. Crește foarte bine în tot timpul luării Larosanului, care fiind dat în cantitate mai mică, a fost dat 3 luni, fără nici un inconvenient. În acest timp copilul a crescut 1500 gr. deci 19 gr. pe zi în medie.

În *distrifiile sifilitice* deasemenea am obținut rezultate bune.

Obs. No. XIII. V. T. în vârstă de 2½ săptămâni, este trimis în serviciul clinice, din partea Clin. obstetricale, împreună cu mama, pentru continuarea tratamentului antisifilitic, început în timpul gravidității, mama având R. W. intens pozitivă.

Antecedente credo-colaterale: Primul și singurul copil. Mama suferă de lues latent.

Antecedente personale: Născut la termen, spontan. Nu a prezentat leziuni sifilitice. A fost alimentat natural.

Starea prezentă: Temp. 36.9°. Greutatea: 3500 gr. Lungimea: 50 cm. Perimetrul capului: 34 cm. al toracelui: 31 cm. Copil destul de bine dezvoltat. Țesutul celulo-adipos bine reprezentat.

Scheletul: Capul ușor asimetric. Fontanela anterioară deschisă pentru 3 degete, cea posterioară pentru 1 deget. Sutura craniană neprinse. Craniotabes pronunțat, bilateral.

Aparatul cardio-pulmonar: nimic deosebit.

Tubul digestiv: normal.

Splina: palpabilă. Fieat: în limitele normale.

Diagnostic: Distrofia sifilitică.

Examen de laborator: R. W. +, R. P. —, R. M. —.

No. leucocitelor: 8000. No. hematiilor: 3900000, în vârstă de luna a 3-a. Aciditatea scaunului înaintea administrării L.-lui: 8.9%. Alcalinitatea scaunului după 3 săpt. de administrare: 4.5%.

Copilul este alimentat mixt, cu lapte de mamă, completat cu sibo și i-se face tratament antisifilitic. Nu prezintă nici o turburare până la vârsta de 3½ luni, când acuză fenomene de dispepsia cronică, scade în greutate, are 3—4 scaune pe zi și vărsături. În același timp prezintă o anemie pronunțată. (No. hematiilor: 3900000). Scaunele având o reacție hiperacidă, 8.9%, i-se administrează Larosan 5% de 2 ori în sibo, după care imediat se oprește în scăderea greutatei, vărsăturile dispar după 2 zile și scaunele devin din nou regulate. În timp de 3 săptămâni a crescut 400 gr., însă scaunele s'au alcalinizat, deci se suprimă L. Anemia nu s'a ameliorat.

7. Deasemenea a dat rezultat foarte bun Larosanul într'un caz de hipocalimentație cu vărsături, la consultațiunile policlinice.

Obs. No. XIV. K. J. În vârstă de 6 luni, vine la consultațiunile clinice în 9. VIII. 1928.

Antecedente credo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: Născut la termen. A fost alimentat dela naștere artificial, cu lapte de vacă diluat ½ cu apă.

Boala actuală: datează de 2 săptămâni, de când copilul prezintă vărsături spastice, după fiecare mâncare, slăbește foarte mult, are colici. Scau-

nele sunt regulate. Făcând reacția scaunelor cu hârtie de turnesol, observăm că este acidă.

Starea prezentă: Temp. 36.5°. Greutatea: 5500 gr. Lungimea: 64 cm. Perimetrul capului: 42.5 cm. al toracelui: 38 cm. Copil mai slab dezvoltat în raport cu vârsta. Tegumentele palide. Fontanela anterioară deschisă pentru 3 degete. Aparatul respirator, cardiac și digestiv: nimic deosebit.

I-se prescrie o alimentație corespunzătoare, dând de 2 ori Larosan 5%. Peste 2 săptămâni, mama ne mai având Larosan, vine la noi pentru a cere din nou. Copilul se află în stare generală foarte bună, nu varsă, crește în greutate (a crescut 250 gr.), pofta de mâncare e bună, scaunele sunt regulate.

8. S'a administrat Larosan cu rezultate bune (Föhrenbach) la *dispeptici exudativi* și se pot explica rezultatele bune, cunoscând acțiunea favorabilă a calciului în exudații și acțiunea lui asupra sistemului nervos vegetativ. Deasemenea, dacă luăm în considerare unele studii asupra diatezei exudative, cari studii arată, că în aceste cazuri, ar fi o proteinemie, suntem îndreptățiți să folosim acest medicament-aliment. Noi din lipsă de cazuri n'am putut administra Larosanul la exudativi.

9. A mai fost administrat Larosanul în cazuri de *eritrodermie descvamativă tip Moussous și Leiner*, cu rezultate favorabile, unde ameliorându-se turburările digestive, se ameliorează și starea pielii. (Brun).

10. Se mai administrează și în *spasmodie* (Curschmann), unde calciul Larosanului e luat cu mai multă plăcere de copii, decât cel din medicamente. N'am avut ocazia să-l administrăm în aceste cazuri, neprezentându-se nici unul la clinică în decursul lucrării tezei.

11. Inafară de domeniul pediatriei, Larosanul este indicat și la adulți. Meyer îl întrebuințează în ulcere gastro-intestinale și în hiperclorhidrie stomacală, unde neutralizează aciditatea, ajută coagularea sângelui (diminuând hemoragiile), ridică valoarea nutritivă a laptelui (care se întrebuințează ca regim în tratament) și dă o creștere rapidă în greutatea corpului.

12. Tot la adulți se poate fi întrebuințat, în diareile febrei tifoide și în cure de îngrășare. (Meyer.)

Statistica cazurilor observată.

| | |
|--|-----------|
| Dispepsie acută | 20 cazuri |
| Entero-colită | 5 cazuri |
| Gastro-enterită | 1 caz |
| Infecții parenterale | 16 cazuri |
| Distrofie bacilară | 20 cazuri |
| Distrofie sifilitică | 5 cazuri |
| Distr. de altă natură | 5 cazuri |
| Hipoalimentație cu vărsături | 1 caz |

Total: 65 cazuri

Din aceste cazuri 34 au fost din clinică, 28 cazuri policli-

nice, 1 caz din Căminul de mame. În aceste cazuri Larosanul a dat întotdeauna rezultate bune, când n'a intervenit o infecție intercurentă.

E) **Contraindicațiunile.**

Larosanul fiind o substanță bogată în albumine, este natural, că e contraindicat, în toate cazurile, unde chiar alimentațiunea prea bogată în albumine a cauzat turburări. Deci trebuie să facem întotdeauna un examen coprologic înaintea administrării Larosanului și în toate cazurile unde găsim o reacție alcalină și o floră bacteriană de putrefacție (bacili Gr. +). Larosanul e contraindicat.

F) **Inconveniente.**

După cum am mai spus, Larosanul dat în cantități prea mari, sau timp prea îndelungat, produce o hiperalkalinitate intestinală cu o floră proteolitică bogată.

Dl Prof. Dr. T. Gane a atras în primul rând atențiunea asupra faptului, că copii, cari au luat timp prea îndelungat Larosanul, prezintă un meteorism abdominal pronunțat. D-sa a explicat acest fapt prin o putrefacție bogată intestinală, datorită acestui medicament-aliment și a insistat asupra faptului, ca să controlăm această putrefacție și prin examinările biochimice ale scaunelor. Într'adevăr s'a constatat în urma cercetărilor biochimice, o hiperalkalinitate (peste 4%), care se produce după 2½—3 luni de tratament, administrând Larosanul în cantități mici și după 3—4 săptămâni, dând cantități mai mari.

Inafară de meteorism abdominal și putrefacție intestinală, Larosanul produce și o constipație, mai ales, dacă este administrat fără hidrați de carbon. Dând însă cu cantități suficiente de hidrați de carbon, poate fi administrat chiar timp mai îndelungat fără inconveniente.

III. Concluziuni.

1. Larosanul (cazeinat de Calciu) e un aliment-medicament foarte prețios în alimentația de tranziție în tratamentul dietetic al turburărilor gastro-intestinale.

2. A fost preparat de Stoeltzner în 1911, fabricat în 1912 de firma Hoffmann La Roche din Basel (Elveția).

3. E un praf fin alb, ce se disolvă în laptele cald și trebuie ferit de umezeală.

4. Larosanul poate înlocui laptele albuminos, care fiind greu de făcut, nu poate fi utilizat în practica obișnuită.

5. Larosanul e superior laptelui albuminos a lui Finkelslein, prin faptul, că e gata preparat și că fiind mai plăcut la gust, e luat cu plăcere de copii.

6. E o substanță eminentemente anti fermentescibilă, deci este indicat în toate cazurile de fermentație intestinală acută (dispepsie acută, dispepsie fâmoasă, entero-colită, gastro-enterită, infecții parenterale).

7. Este o substanță plastică, care dă o creștere rapidă a greutateii, prin faptul, că mărește toleranța față de laptele de vacă și față de hidrații de carbon.

8. E antidispeptic, datorit albuminelor, cari contrabalansează fermentațiunile acide în intestin și ajută la formarea scaunelor de săpun, prin componenta Calciu.

9. Alcalinizează scaunele și transformă flora microbiană de fermentație.

10. Dând timp îndelungat și în cantități mari, produce o hiperalkalinitate nocivă, cu meteorism și constipație. E deci un medicament-aliment în primul rând, care nu se poate administra, numai timp scurt și sub control coprologic.

11. Fiind o substanță albuminoasă și dat fiind că albuminele exagerează putrefacțiile, nu-l vom da în diareile cu scaune alcaline de putrefacție.

12. Prepararea lui fiind ușoară, el poate fi pregătit de orice mamă, astfel putându-se prescrie și acasă, nu numai la spital.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, la 7 Aprilie 1929.

Președintele Tezei:

Prof. Dr. T. Gane mp.

Decanul Facultății:

Prof. D. C. Tătaru mp.



IV. Bibliografie

1. *M. Bernheim*: Recherches cliniques et experimentales sur l'athrepsie et les dystrophies d'origine alimentaire du jeune âge. Lyon 1926.
2. *Brun, R. Payerne et Perrier*: Deux cas d'érythrodermie desquamative. Revue médicale de la Suisse Romane de 1922, No. 11.
3. *Bókai Z.-Flesch-Bókai J.*: A gyermekorvoslás tankönyve. Budapest, May, ed. IV. 1925.
4. *Czerny-Keller*: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie, Deuticke, Leipzig u. Wien, 1925.
5. *Couton Marc*: Gastro-enterites infantiles et caseinate de chaux. Dissertation, Paris 1923.
6. *Curschmann H.*: Über Larosanmilch (Stoeltzner), als Ersatz der Finkelsteinschen Eiweismilch. Münchner med. Wochenschrift 1913. No. 51.
7. *Cazeneuve P. et Morel A.*: Résumé analytique du cours de chimie organique 1922.
8. *Erdmann*: Traité de Chimie Minerale, Hermann, 1914.
9. *Finkelstein H.*: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Berlin, Springer 1924.
10. *Finkelstein H. u. L. F. Meyer*: Ernährungsstörungen der Säuglinge. Feer: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Fischer, Jena 1922.
11. *Föhrenbach Fr.*: Poliklinische Erfahrungen mit Larosan. Münchner med. Wochenschrift, 1914, No. 27.
12. *E. Gley*: Traité élémentaire de physiologie, 6-eme, Billiere, Paris 1924.
13. *Goiffon R.*: Manuel de coprologie clinique, Masson, Paris, 1925.
14. *Grancher-Comby*: Traité des maladies des enfants, Masson, Paris 1904.
15. *A. Iancu*: Distrofiile infantile, Clujul Medical 1927, No. 10.
16. *A. Iancu*: Buza de iepure și distrofiile infantile, Revista de ortopedie și chirurgie infantilă 1927, No. 1.
17. *A. Iancu*: Turburările de nutriție și digestive ale copiilor din prima vârstă alimentați artificial și tratamentul lor dietetic. Clujul Medical No. 1. 1929.
18. *Kurt Klare*: Le traitement médicamenteux de la tuberculose infantile. Prakt. Tuberk. Bl. fasc. No. 3. 1928.
19. *E. Lambling*: Précis de biochimie, Masson, Paris, 1924.
20. *L. Langstein*: Distrofien und Durchfallskrankheiten im Säuglingsalter, Thieme, Leipzig 1924.
21. *Lesné*: A propos du traitement de l'athrepsie. Soc. de ped. de Paris, 1926. Bullet. de la soc. de ped. de Paris 1926, 8, 9, 10.
22. *Lesné et Binet*: Physiologie normale et pathologique des nourrissons. Masson, Paris 1922.
23. *Lesson*: L'atrophie-athrepsie des nourrissons. Les limites. Paris Medicale 1913, Pag. 15.

24. *Lederer R.*: Maladies graves des nourrissons. Communications du bureau de la santé publique, Vienne 1925, I. 9.
25. *H. Lemaire*: Les états de denutrition de la première enfance. Etude clinique et anatomique. Soc. de ped. de Paris 1926. Bulet. de la soc. de Paris 1926.
26. *A. B. Marfan*: Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge. 3-e. Paris Masson, 1920.
27. *A. B. Marfan*: Les affections des voies digestives dans la première enfance. Paris, Masson, 1923.
28. *A. B. Marfan*: Allaitement naturel et allaitement artificiel. Presse medicale 1901.
29. *A. B. Marfan*: Sur la définition de l'atropsie. Sa profilaxie par le régime alimentaire et l'hygiène. Soc. de ped. de Paris 1926. Bulet. de la ped. de Paris No. 8, 9, 10, 1926.
30. *A. B. Marfan*: L'hipotropsie et l'atropsie. Le nourrisson 1921.
31. *A. B. Marfan*: Les états de denutrition dans la première enfance. Diagnostic et traitement de l'hipotropsie et de l'atropsie. Le nourrisson. No. 5. 1921.
32. *A. B. Marfan*: Les états de denutrition dans la première enfance. Physiologie pathologique et pathogenie de l'hipotropsie et de l'atropsie. Le nourrisson. No. 4. 1927.
33. *A. B. Marfan*: Les états de denutrition dans la première enfance. États morbides ordinairement associés à l'hipotropsie. et l'atropsie. Le nourrisson. No. 3. 1927.
34. *R. Meyer*: Larosan beim Erwachsenen, insbesondere bei ulcus ventriculi. Deutsche med. Wochenschrift. No. 51. 1913.
35. *Mouriquand*: Précis de diététique et des maladies de la nutrition chez l'enfants et chez l'adultes. Paris Doin, 1926.
36. *Mouriquand*: Les états de denutrition de la première enfance. Etiologie, pathogénie et traitement. Réunion de l'association française de pédiatrie. Paris, 9. nov. 1926. Le nourrisson No. I. 1927.
37. *Mouriquand et Bernheim*: L'atropsie et ses lésions. Recherches cyto-pathogénique. Paris Médical No. 18. 1925.
38. *V. Niculescu-Bologa și Ion Popovici*: Câteva încercări făcute cu caseinatul de calciu, în gastro-enterită și hipotrofii Clujul Medical No. 5—6. 1926.
39. *Nobécourt*: Précis de médecine des enfants, Masson, Paris, 1922.
40. *Nobécourt*: Les hipotrophies et des cachexies des nourrissons. Etiologie, physiologie-pathologique, anatomo-pathologique. pathogénie. Archive de médecine des enfants. No, 113, 169, 234, 301, 538, 1926.
41. *Nobécourt*: Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons. Masson, Paris, 3-e. 1922.
42. *N. Paulescu*: Physiologie medicale I. Cartea Românească, București, 1921.
43. *Gh. Popovici*: Profilaxia și terapia infantilă a ultimilor ani. Clujul Medical. No. 11—12, 1928.
44. *M. L. Ribadeau-Dumas et M-me M. Lévy*: Notes sur le taux des protéines du serum sanguin au cours de l'eczéma des nourrissons, Bulletins et mémoires de la soc. medicale des hopitaux de Paris No. I. Séance du 20. jan. 1928.
45. *A. Richaud*: Précis de thérapeutique et de Pharmacologie. Masson, Paris, 1924.
46. *P. J. Rondopaulos*: Traitement médical de l'ulcere simple de l'estomac et des hiperpepsies gastriques. La Grece medicale, No. 5—6, 1921.
47. *E. Sergent, Ribadeau-Dumas J. Babonneix*: Traité de Pathologie medicale et de Thérapeutique appliquée. ed. Malaine. 1925.
48. *Stoeltzner*: Über Larosan, einen einfachen Ersatz der Eiweismilch. Münchner med. Wochenschrift No. 6, 1913.
49. *Stoeltzner*: Über Eiweismilch Ersatzpreparate. Medizinische Klinik No. 22, 1913.

50. *Terrien*: Précis d'alimentation des jeunes enfants. ed. 1911.
51. *Tamura*: Über die Anwendung des Larosan. Tokio. Shindan
to Chiryo, Bd. 14. Vol. 163, No. 9.
52. *Ph. Wehner*: Neue Anwendungsform von Larosan. Deutsche
med. Wochenschrift, No. 44. 1913.
53. *Vladarski*: Terapija moderna i Larosan. Practicni Lijecnik
No. 2. 1928.
54. *Wolff*: Bemerkungen zur Larosanbehandlung. Medizinische Kli-
nik, No. 39, 1921.
55. *Zugravu*: Sistemul lui Pirquet in alimentația copiilor sănătoși
și bolnavi. Cluj, Progresul, 1927.



