

Nr. 1633.

# INFANTILISMUL INTESTINAL

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE.

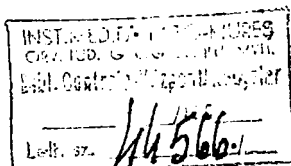
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE ..... 1940.

DE

**LIPCSEI TIBERIU**

POST EXTERN LA CLINICILE UNIVERSITARE.

24 MAY 1951



# UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

**Decan: Profesor Dr. I. DRĂGOIU.**

### Profesori :

Anatomie umană . . . . .	Prof. Dr.	<i>Papilian V.</i>
Chimie generală medicală . . . . .	" "	<i>Secăreanu Șt.</i>
Chimia biologică . . . . .	" "	<i>Manta I.</i>
Istologie și embriologie umană . . . . .	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Fiziologie și fizică medicală . . . . .	" "	<i>Benetato Gr.</i>
Anatomia patologică . . . . .	" "	<i>Vasiliu T.</i>
Bacteriologie . . . . .	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	" "	<i>Botez M. A.</i>
Igienă și medicina preventivă . . . . .	" "	<i>Moldovan I.</i>
Clinica medicală I. . . . .	" "	<i>Hațigeanu I.</i>
Clinica medicală II. (Semiologie) . . . . .	" "	<i>Goia I.</i>
Clinică chirurgicală (Semiologie) . . . . .	" "	<i>Pop Ioan</i>
Clinică chir. și boalele căilor urinare . . . . .	" "	<i>Țeposu E.</i>
Clinica obstetrică și ginecologică . . . . .	" "	<i>Grigoriu C.</i>
Clinica dermatologică și sifiligrafică . . . . .	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica infantilă și puericultură . . . . .	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinică neurologică . . . . .	" "	<i>Minea I.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	<i>Urechea C.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica balneologică și dietetică . . . . .	" "	<i>Sturza M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	<i>Buzoianu Gh.</i>
Clinica stomatologică . . . . .	" "	<i>Aleman I.</i>
Medicina legală . . . . .	" "	<i>Kernbach M.</i>
Radiologie . . . . .	" "	<i>Negru D.</i>
Istoria medicinei . . . . .	" "	<i>Bologa V.</i>
Farmacologie . . . . .	" "	<i>Baroni V.</i>
Fiziologie și fizică (conferință) . . . . .	" "	
Igienă și medicină preventivă (conferință) . . . . .	Agr. "	<i>Zolog M.</i>
Clinica boalelor contagioase . . . . .	Conf "	<i>Gavrilă I.</i>

### JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte: Dl. Prof. Dr. *Gh. Popoviciu.*

Membrii : {  
 Dl. Prof. Dr. *Bologa V.*  
 " " " *Benetato Gr.*  
 " " " *Sturza M.*  
 " " " *Buzoianu Gh.*

Supleant: Dl. conf. Dr. *Gavrilă I.*

## INTRODUCERE.

Acei cari afirmă, că Clinica infantilă, merge cu pași repezi spre locul întâi, nu exagerează de loc. Importanța copilului care reprezintă generația de mâine, este din ce în ce mai mult recunoscută și prezintă una din preocupările capitale, în toate țările civilizate, Mijloacele de protecție a mamei și al copilului sunt multiple, scopul este însă acelaș, combaterea moralității infantile și mărirea natalității. Dacă noi cum se afirmă adesea, am fi generația jertfită, viitorul ne promite o perioadă lungă de pace, atât de necesară realizării problemelor medicale.

Prin lucrarea de față, încerc să fac mai cunoscută, o boală care de și rară, este de o gravitate excepțională, și nu e prea cunoscută.

L. T.

PĂRINȚILOR MEI RECUNOȘTIINȚĂ  
PENTRU SACRIFICIUL FĂCUT  
PENTRU MINE.



## Infantilismul intestinal.

**Definiție.** Este o dispepsie funcțională cronică, ce apare de obicei în prima copilărie.

**Istoric.** Studiul acestei afecțiuni începe cu Samuil Gee, care o numește „coeliac affection“. Tabloul clinic descris de acest autor, nu diferă mult de descrierile recente a boalei. Acest autor consideră în mod greșit, infantilismul intestinal, sinonim cu spruea. În 1889 Gibbon afirmă, că e datorită insuficienței glandulare digestive. Cheadle a descris aceiași afecțiune în 1903 sub numele de „acholie“. Bramwell o consideră, ca infantilism pancreatic. Apoi cu câțiva ani mai târziu e studiată, de R. Schütz, care o consideră ca o dispepsie gastro-intestinală cronică.

În 1908, Herter și apoi Heubner, descriu magistral boala. Ei o numesc „insuficiență digestivă cronică gravă a copiilor nou-născuți.“ În epoca recentă a fost studiată, de Marfan, Röhmer și Fanconi.

### Examenul clinic.

Este frecventă la rasa anglo-saxonă și germană, și aproape necunoscută la rasa neagră și galbenă. La noi pare mai frecventă la evrei.

Debutează brusc sau insidios, după prima copilărie, mai ales între 1 și al 2-lea an. E frecventă la copii nevropați din familie bune.

Cazurile sunt rare, autorii descriu cel mult 4—5 cazuri găsite. În realitate însă, cazurile sunt mai numeroase decât cele descrise.

Este o entitate patologică independentă, astfel că la un examen mai minuțios, poate fi izolată, din cadru atât de vast al dispepsiilor cronice. Există însă forme de trecere, tablouri clinice intermediare, între dispepsii și infantilismul intestinal, până ce boala se stabilește la aceasta din urmă. Un alt fapt important e că boala respectă, de obicei, adevărul constatat în serviciile de clinică infantilă, după care de cele mai multe ori o boală nu apare izolat, ci este însoțită și de alte afecțiuni. Infantilismul intestinal este asociat de cele mai multe ori cu tetania, rachitism, osteomalacie, anemie, scorbut, sau o boală toxi-infecțioasă.

Boala debutează de obicei prin tulburări digestive acute, sau printr'o diareie, în urma infecțiilor acute, bronchopneumonie, tusă convulsivă rușeolă. etc.

Altă dată debutează insidios mai ales la copiii distrofici, rău desvoltați, cu antecedente digestive. Acești copii au un abdomen balonat, torace mic, membrele subțire, rău dezvoltate. Tegumentele palide, anemice, copiii sunt oboșiți adinamici.

Altă dată aceasta stare este precedată, de o perioadă în care copiii prezintă semne vagi, nervoase, sunt apatici sau iritabili cu lăbilitate emotivă, sau indiferență emoțională, cu diminuarea însemnată a afectivității. Ei devin palizi, dorm rău, pierd turgorul, și au diminuarea tonicității mușcolare. Apoi înapetență, sau bulemie, mai rar vărsături sau constipație.

### Examenul obiectiv.

La examenul obiectiv, găsim de obicei un copil slab dezvoltat, atât în greutate cât și în lungime. Astfel, au de obicei un aspect de copil de sân la vârsta de 3—4 ani.

Tegumentele sunt palide, deasemenea și mucoasele vizibile sunt palide anemice. Tesutul celulo-grăsos subcutanat e redus, sau dispărut, de obicei însă destul de bine păstrat la față.

Musculatura slab dezvoltată ipotonică și atrofiată. Ganglioni nu sunt interesați. Copii au tendința la edeme, care se manifestă la ales, pe fața dorsală a mâinilor și picioarelor. Aceasta tendință la edeme este datorită indrolabilității (care este un semn constant a afecțiunii). Este interesant de constatat, că aceasta indrolabilitate, dispare treptat, când boala evoluează către vindecare.

Extremitatea cefalică. Diametrele capului diminuate. Foarte des semne de rachitism cu întârzierea dentițiunii. Chelia e rară, limba adesea roșie cu atrofia papilelor.

Sistemul osos. Avem osteoporoză (simptom constant.), care poate fi exagerată cu fracturi spontane sau încurbări și deformări, mai ales ale membrelor inferioare. Bulbul osului e sensibil la presiune. Unii autori bazați pe faptul că leziunile osoase sunt refractare la agenți actinici neagă natura lor rachitică. După György și Kleinschmidt, bazați pe cazurile observate afirmă natura lor rachitică.

Aparatul circulator. Numai rar este interesat. În unele cazuri inima poate fi ușor dilatată și hipertrofiată.

Aparatul respirator. Avem adesea modificarea scheletului toracic, mai rar tuberculoză.

Aparatul digestiv. Apetitul este capricios, bizar, ciudat, avem bulemie, sau bun apetit, alternând cu anorexie, sau refuzul unor alimente. Tentativa de ai alimenta poate cauza o criză intestinală, cu deabcluri intestinale catastrofale, cu o scădere impresionantă a greutății. Ei pierd până la 1 : 10 din greutatea lor în 24 ore și cam 1 : 3 în câteva săptămâni. La scăderea bruscă a greutății contribuie în mare parte și hidrolabilitatea.

În stomac se găsește hiper dar mai ales hipoaciditate, sau chiar achilie completă.

Secreția duodenală e normală. Fermenți nu lipsesc, dease-menea e bună și funcția hepatică. Funcțiunea externă și insulino-genă a pancreasului se fac normal.

În urma regimurilor prea severe, aparatul glandular al tubu-lui digestiv se atrofiază.

Resorbția alimentelor e defectuoasă, sunt interesate în pri-mul rând substanțele grase, cari se găsesc complet în materiile fecale. Chiar mai mult la un regim lipsit de grăsime, grăsimea persistă în materiile fecale, în cantitate mare. Aceasta s'ar explica după unii autori, degenerescenței grasoase a celulelor epiteliale a tubului digestiv.

Hidrați de carbon se absorb mai bine ca grăsimile, însă în-suficient și încet. În urma înjerării hidraților de carbon, nu se pro-duce glicemia alimentară. Dextroza care se formează se fermen-tează repede dând meteorism. Proteinele sunt bine digerate și absorbite, totuși nici utilizarea proteinelor nu se face absolut nor-mal, este însă mai puțin alterată, ca a grăsimilor și a hidraților de carbon.

Absorbția incompletă a alimentelor sau regimurile prea se-vere, cauzează avitaminoze, mai ales A, D, și C, și un grad în-semnat de denutriție. Astfel apare xerophthalmia, scorbutul și rachi-tismul. Scorbutul e foarte frecvent apare sub formă de scorbut frust cu hematurie, hemoragii gingivale și petesii. Alteori apare tardiv după fenomenele intestinale. Este de obicei rezistent tra-tamentului dietetic anti-scorbutic, în primul rând probabil din cauza absorbției defectuoase a vitaminei C în intestin dar mai ales tre-buinței mărite de vitamină C a organismului în infantilism. Alteori apare sub formă de scorbut grav cu melenă, hematurie, epistaxis, hematoame, hemoragii interne.

Avitamonoza C mărește dispoziția copiilor față de bolile infec-țioase. Examenul materiilor fecale. Modificarea aspectului scaunelor poate apare imediat în debut, sau mai târziu concomitent cu alte simptome, sau concomitent cu o complicație osteoporoză avan-sată, sau fractură spontană.

În cazurile clasice scaunele sunt în cantitate enormă, astfel sa găsit cazuri cu cantitate de 800—1500 gr. la 24 ore. Sunt caracterizate mai ales prin cantitatea mărită de grăsimi (este un semn caracteristic și constant).

Scaunele sunt de consistență moale, albicioase cu aspect strălucitor. De obicei avem 2—3 scaune la zi, sau chiar 4—5. Cantitatea materiilor fecale eliminate pe zi e de 15—20 de ori mai abundente, ca la un copil normal de aceiași vârstă.

Scaunele de obicei sunt acide, dar pot fi însă și putride sau alcaline. În caz de enterită sau colită secundară, conține o cantitate mărită de mucus. Culoarea deschisă este datorită abun-denței materiilor grasoase, sau apoi transformări bilirubinei în urobilină sau urobilinogen.

La examenul microscopic al materiilor fecale, găsim o di-

geste incompletă a alimentelor, astfel resturi alimentare, fibre musculare, cu nuclei intacte. Cantitate mare de grăsime, sub formă de grăsime neutră. Grăsimea se găsește în cantitate mare chiar la un regim lipsit de grăsime, și rezultă din degenerescenta grăsoasă a epiteliului intestinal. Aspectul materiilor fecale depinde și de regim, astfel la un regim de hidrați de carbon, predomină scaunele de fermentație, astfel că scaunele putride, cu reacție alcalină se transformă în scaune acide.

Un rol important după Herter a avea și flora intestinală, pe care o incriminează ca un factor etiologic. Astfel în scaunele de fermentație am avea o floră acidofilă, în special bacilul bifidus, bacilul infantil, apoi mai găsim și granule de amidon.

Proteinele, sunt bine digerate, găsim însă la examen microscopic, fibre musculare nedigerate.

*Tumefierea abdomenului.* (Este de asemenea un simptom constant.) La început este puțin pronunțat, se dezvoltă treptat, putând chiar lipsi mult timp după debutul boalei. Abdomenul e balonat simetric, alteori este flasc, căzând în jos când copilul stă în picioare sau apoi se întinde pe flancuri, când copilul stă culcat. Uneori avem și o pronunțată rețea venoasă. La percuție avem timpanism uneori surd cu o ușoară nuanță de matitate. S'a mai descris și un sindrom pseudo-ascitic, caracterizat printr'o matitate, pronunțată în partea stângă, cu limita superioară rău delimitată, care nu se modifică la schimbarea poziției.

La puncția abdominală exploratoare, găsim uneori lichid ascitic, însă fără reacție celulară (d. d. cu peritonita tuberculoasă). Însă de cele mai multeori puncțiile sunt negative.

Ombilicul este proeminent.

La palpare abdomen flasc moale, uneori prezintă garguiment.

După Mathieu, aceasta intumescență abdominală, ar fi datorită relaxării și atoniei musculaturii abdominale, meteorismului gazos și apoi stagnerii unei cantități mari de materii fecale și lichide în intestine și apoi procesului de fermentare a dextrozei.

Examenul radiologic al tubului digestiv. Arată o destinsie a colonului și a anselor intestinale al intestinului subțire. Avem o accelerare a transitului stomacal și a intestinului gros. Ar fi cauzată de un desechilibru vago-simpatic, cu hipertonia vagului și al nervului marele splanchnic. Aceasta excitabilitate ar fi datorită și florei intestinale și glandelor endocrine.

*Sângele.* Copiii sunt palizi, datorite în cele mai multe cazuri, unei anemii adevărate. Anemia poate îmbrăca diferite forme a) clorotică cu oligocitemie și oligocromemie, sau b) forma pernicioasă cu hiperchromie și megaloblasti. Globulele albe nu se modifică de obicei, uneori avem leucocitoză cu limfocitoză relativă și mărirea monocitelor.

Viteza de sedimentare a globulelor roșii este întârziată.

Avem o diminuare a proteinelor serului, o mărirea a clorurilor, apoi o tendință la hipocalcemie și fosfatemie. În urma acestei



hipocalcemii, poate apare tetania cu spasme carpo-pedale, convulsii eclamptice, sau apoi laringo-spasm. Colaborează însă și factorii endocrini. Fanconi a constatat hipocalcemie la 50% din bolnavii studiați. Semnele facialului și a peronierilor e pozitiv. După Fanconi am avea hipofosfatemie de 0.77—1.35 mgr., în loc de 4—5 gr. De aceasta hipofosfatemie ar fi răspunzabilă întârzierea în creștere, osteoporoza, hipotonia musculară și adinamia.

*Intârzierea în creștere* (e un simptom caracteristic și constant.) apare cu regularitate pe când în dispepsia cronică simplă e excepțional. Intârzierea în creștere este de obicei secundară, legată de diminuarea absorbției alimentelor. După vindecare copiii încep să crească, însă nu ajung nici odată talia copiilor normali.

*Aparatul genito-urinar.* În pubertate organele genitale se dezvoltă incomplet, copiii rămân cu un oarecare grad de nanism sau infantilism (Marfan.) apoi se dezvoltă normal. În urină indică, cantitate mărită de amoniac, câte odată albuminurile intermitentă.

*Sistemul nervos.* Avem un dezechilibru vago-simpatic, cu ipertonie vagului.

*Tulburări psihice.* Avem o scădere a afectivității, ei nu doresc nimic rămân oare întregi în pat. Acest copii sunt nevropați egoiști, iritabili cu atenția concentrată asupra propriei lor persoane. Ei nu iau parte la jocul celorlalți copii.

La alți copii se observă simptome catatonice (țin timp îndelungat atitudinile date), la alți se observă stereotipiile, cu predilecție pentru anumite persoane sau alimente, unele alimente sunt categoric refuzate. Inteligența și percepția e normală. După unii autori și nevropatia ar fi un semn caracteristic și constant. Mai apropiat de adevăr e că majoritatea copiilor au fost normali până la apariția maladiei, survenind o schimbarea a caracterului, odată cu apariția primelor simptome. Boala îndelungată, îl împiedică de a profita de educație, sau mila părinților face să primească o falsă educație.

*Mersul.* E legănat (cu mișcări de compensație ale membrilor superioare) datorită taliei mici și abdomenului mare.

## Diagnosticul.

Se pune din antecedente, unde găsim de obicei dispepsii repetate sau disenterie, apoi simptomele clinice și examenul de laborator al tubului digestiv: examenul radiologic al funcțiunii intestinului, și examenul biochimic al materiilor fecale.

Simptomele clasice sunt:

1. Fecale voluminoase, bogate în grăsime (metoda Labbé.)
2. Abdomen balonat, flasc, atonic.
3. Hidrolabilitate.
4. Intârzierea în creștere.
5. Osteopatie (osteoporoză.)
6. Hipotonie.

## 7. Anemie.

8. Tulburări caracteristice a metabolismului, consistând din demineralizare și acidoză intermediară. Avem o pierdere importantă a calciului și al magneziului.

Infantilismul intestinal este caracterizat deci prin tulburări în primul rând al materiilor grase și o rezorbție defectuoasă a tuturor substanțelor alimentare.

### Patogēnia.

Patogēnia nu este clarificată, avem mai multe ipoteze.

1. Hertner, acuză persistența în intestin a florei acidofile a noul-născutului alăptat la sân (bacilul bifidus, bacilus infantilis și ai cocilor Graam pozitiv.)

2. Hill, presupune o infecție intestinală cronică, astfel o duodenită infecțioasă, sau ar fi o stare post dizenterică.

3. Heubner, ar fi o debilitate constituțională, a tuturor organelor digestive, manifestată mai ales când intestinul este supus unui efort.

4. Schick și Wagner, încredințază o hipolazie endocrină, care influențează aparatul digestiv.

5. Hipoteza maladiie prin carență. Ar fi cauzată de o absorbție defectuoasă a vitaminelor în special a vitaminelor A, C și D.

6. Neregularitatea inervației intestinale. Copii sunt nevropați. Inervația vegetativă, datorită influențelor fizice (reflexe condiționate) prezintă o reacție patologică.

7. După Verzar, în patogēnia infantilismului intestinal ar avea rol glandele suprarenale.

### Diagnosticul diferențial:

1. *Tuberculoza intestinală*. Rară în prima copilărie. În vârstă mai înaintată poate masca infantilismul intestinal. În tuberculoză intestinală nu e așa de sensibil la regim, alimentele sunt tolerate bine, nu produc criză intestinală, cu scăderi brusce în greutate. Are o evoluție continuă, progresivă, cu fenomene acute, durere surdă sau sub formă de colică, diarei permenente, sau în perioadă avansată, meteorism, temperatură, apoi scaune sanghinolente, fără ca să fie mărită cantitatea de grăsime. Scaunele sanghinolente denotă alterarea profundă a intestinului pe când în infantilism, prezența, numai a mucusului, denotă numai o inflamație a mucoasei.

Din punct de vedere a diagnosticului cu tuberculoza intestinală importantă e forma entero-peritoneală, când avem și o peritonită cronică, care simulează tumefierea abdominală din infatalism. În forma entero-mezenterică, avem și simptome mezenterice, ca greață și vărsături cari sunt mai rare în infantilismul intestinal. E obligator a se face reacția Pirquet sau Mantoux.

2. *Megacolon*. Survine congenital, copilul are scaune în

cantitate mare, la intervale de 4—5 săptămâni. Avem un meteoreism foarte pronunțat, cu perete abdominal foarte subțire, însă destul de tonic. Nu avem ghiorăituri. Examenul radiologic clarifică diagnosticul. Materiile fecale sunt bine digerate, nu prezintă cantitate mărită de grăsimi. Bolnavul se emaciază, întârzie în dezvoltare, dând aspectul unei stări grave de intoxicație.

3. *Colitele și enterocolitele.* a) Colita mucoasă, este mai rară în prima copilărie, e caracterizată prin tulburări de transit, constipație alternată cu diaree. În materiile fecale mult mucus dar puțină grăsime.

b) Colita muco-membranoasă, avem tulburări motrice, secretorii și sensitive. Avem astfel constipație, dureri atroce, cantitate mare de mucus în materiile fecale.

c) Colița ulceroasă, apare la vârstă mai înaintată, e caracterizată printr'un sindrom rectosigmoidian, scaun cu mucus, puroi sânger, cantitatea de grăsime nu e mărită. Avem dureri abdominale fără modificarea volumului abdomenului, anemie, temperatură.

d) Enterocolita cronică, aici predomină diareea de fermentație. Materiile fecale au culoare deschisă, gălbue, bogată în bilirubină. Nu conține cantitate mare de grăsimi.

e) Enterocolitele parazitare, cauzate de entamoeba disenteriei Loesch sau Lamle. Avem diaree discrete, ficat mare congestionat, dureri lombo-sacrate, scaune sanghinolente.

4. *Dizenteria.* a) Dizenteria bacilară, are debut brusc, cu fenomene acute, dureri abdominale f. accentuate, în infantilism avem mai mult o senzație de presiune. Avem apoi tenesm, materii fecale muco-sanghinolente, fără grăsimi. Abdomenul nu e balonat.

b) Dizenteria amoebiană. Avem sindrom dizenteric atenuat, colici scaune muco-sanghinolente, apoi perioade de vindecare aparentă.

5. *Peritonita cronică.* Se face diagnostic diferențial, mai ales cu forma ascitică a peritonitei tuberculoase. Avem o puncție abdominală pozitivă lichid citrin, verzui. Reacția Rivalta pozitivă. La examen microscopic al sedimentului se găsește o limfocitoză. Nu avem tulburări digestive însemnate, scaunele nu sunt de obicei modificate. În forma fibro-adesivă abdomenul nu este balonat.

6. *Dispepsia.* Avem simptome intestinale, asemănătoare ca la infantilism înmulțirea scaunelor și modificarea aspectului lor. Scaunele sunt de fermentație sau de putrefacție, de culoare galbenă. Nu conțin cantitatea mare de grăsimi, sunt mai frecvente ca infantilism, însă nu sunt în cantitate mare. Abdomenul nu e balonat scad ușor în greutate. Întârzierea în creștere e mai puțin accentuată ca la infantilism. Hidrolabilitatea de obicei lipsește. E bine influențată de regim.

7. *Toxicoza* are evoluție acută, cu tulburări digestive foarte accentuate, fenomene de intoxicație, cu pierderea conștiinței, convulsii apoi diaree și vărsături foarte intense.

8. În fine ar mai trebui să facem diagnostic diferențial cu

enteritele simptomatice din diferite maladii, astfel enteritele din nefrită, sprue, etc.

### Prognosticul.

Boală prin excelență clinică, durează ani de zile, perioade de ameliorare, alternând cu perioade de agravare. Ei sunt supuși la recidive la cea mai mică greșeală dietetică. Copilul poate rămâne în viață, s'a descris cazuri vindecate pe la 12—13 ani. In caz de tendință spre vindecare diareile devin mai rare, digestia devine mai bună, totuși creșterea rămâne inferioară celei normale. Idrolabilitatea dispare. Copii rămân cu o talie mică, delicată. Nu prezintă însă defecte intelectuale. S'a observat și cazuri când copiii s'au dezvoltat normal după vindecare.

In cazurile grave, boala se accentuează, copiii mor în casexie, sau de o boală intercurentă. Organismul lor e delibitat, este predispus pentru bronchopneumonie, furunculoză, pielită, otită, sau chiar tuberculoză. Mortalitatea e de 50%, după alte statistici numai de 10—11 %. La orice caz numărul limitat de cazuri studiate nu a putut stabili cu precizie mortalitatea.

### TRATAMENTUL.

Regimul potrivit cu puterea de digestie a intestinului, este aproape singurul mijloc ce poate influența boala. In principiu vom da un regim potrivit, respectând necesitățile calorice după vârsta copilului, pentru a preveni denutriția copilului. Stabilirea regimului e o problemă grea căci la cea mai mică greșeală dietetică, copilul reacționează cu tulburări digestive catastrofale.

La sugaci scădem cantitatea laptelui, și diminuăm hidrați de carbon. In locul laptelui integral, dăm lapte degresat, sau lapte degresat cu adăugare de pudră albuminoasă. E foarte bun laptele albuminos. Grăsimile trebuiesc eliminate complet până la ameliorare. Proteinele în cantități mici. Apoi se poate da încă zăre, zeamă de fructe, apoi supă de legume, mere rase. Apoi supă de carne, banane și compot.

La copiii din anul al 2-lea se poate da carne degresată, tocată, ouă, orez, cartofi, apoi ficat.

După Marfan, dăm în prima perioadă, alimente proteice, cu mici cantități de hidrați de carbon. Astfel dăm mai ales albuș de ou, carne crudă degresată, apoi complectate cu atenție cu suc de fructe, zeamă de portocale, mere rase, morcovi și apoi zăre.

In a doua perioadă mărește hidrați de carbon, dând legume și zarzavaturi, astfel spanac, morcovi, piureu de cartofi, gris, orez, mondamină, pesmeți. In perioada a treia, după câteva luni, dăm grăsimi, la început în cantități mici, astfel lapte de vacă, unt, supă grasă.

La copiii mai mari, începem de obicei cu ceai, supă de mor-

covi, supă de carne degresată cu orez, apoi zare, mere rase, ficat crud, banane, carne de pui, unt, ouă, pește.

Tratamentul medicamentos la copii mici se adresează contra rachitismului, dăm astfel Vigantol, și facem ședințe cu Quartz. În caz de scorbut, dăm suc de fructe, Vitamină C (Cantan, Cebion, Redoxon.)

În caz de colită la copii mai mari, dăm Cărbune animal, anti diareice, antifermentative. Sunt adesea utile preparatele de fermenți (pancreatici, pepsina) preparatele biliare, insulina, fer și vitamin D.

Se mai poate face autohemoterapie sau injecții cu sânge dela mamă, sau infuzie cu ser glucozat sau sol Ringer.

*Cazuri.* În clinica Infantilă din Cluj, de sub conducerea d-lui profesor Dr. Gh. Popoviciu, au fost studiate următoarele cazuri.

I. I. E. de 1 ani și 11 luni, de religia mozaică, greutatea 6600 gr. Antecedente și istoricul boalei actuale. Mama a avut sarcină dificilă cu forceps. Alimentație naturală până la 4 săptămâni, apoi mixt cu lapte de vacă 1:3 și 2:3 apă. La 3 luni a avut dispepie, care a durat până la 6 luni. Apoi are toxicoză. Până la 1 an se dezvoltă bine, astfel la un an are 9 kgr. Apoi face un catar pulmonar, după care rămâne inapetent. Incepe să scadă în greutate. Are 1—2 scaune la zi, voluminoase rău digerate. La câteva zile are scaune abundente, grăsoase, fetide, copilul scade în greutate, refuză mâncarea, devine neliniștit, abdomenul e balonat meteoristic.

La examenul obiectiv, tegumentele sunt palide. Turgorul lipsește. Mânâncă numai la insistență. Scaune numeroase, moi, abundente, grăsoase de culoarea argilei.

Alimentația, lapte de mamă, ceai, supa Moro, zare, supă de legume, mere rase, apoi supă de carne. I-se face injecții cu sânge, infuzie cu ser glucozat, sol. Ringer, cărbune animal. Ameliorat.

II. H. R. de 4 ani. Greutatea 10 kgr., talia 80 cm.

Dg. Infantilism intestinal și paroditită epidemică.

Antecedente și istoricul boalei actuale. E al 3-lea copil, ceilalți sănătoși. Părinți neagă tuberculoza sifilisul, mama neagă avorturile. E născut la termen, în antecedente are dispepie, distrofie și rachitism. Are tulburări digestive, diarei, scaune în cantitate mare, albe, lucioase foarte rău mirositoare, alimentele insuficient digerate. Copil insuficient dezvoltat în greutate și lungime. Fața slabă, membrele subțiri, abdomenul mare, balonat, tegumentele și mucoasele palide, anemice. Are mătăni costale. Aparatul digestiv: inapetentă, pofta de mâncare capricioasă. Scaunele în cantitate mare, albe, lucioase, ca balega de vacă. Abdomenul balonat. Inteligența normală, vorbește bine clar, înțelege tot.

Examen de laborator.

Examen radiologic: pulmonar nimic deosebit.

Examen hematologic: Hemiglobina 62%.

Hematii 3.600.000.

R. Pirquet. neg. Leucocite 7.5.00.

Radiografia punctelor de osificare : punctele de osificare dela mână, corespunde vârstei de 2 ani (copil de 4 ani).

R. Bezssonoff, devine pozitivă, după 10 zile, de administrare a sucului de lămâie.

Calciul și P în sânge: Ca 9,5 mgr. la ‰.

P. 3,2 mgr. la ‰.

Rezerva alcalină: 42,4 mm. Hg.

Tratamentul: zăre, lapte cu gris, supă de legume, piureu de legume, compot, mere crude, suc de lămâie. Apoi se administrează 2. IV Gtte Vigantol, și ședințe cu Quartz. Crește în greutate tulburările digestive cedează, plescă ameliorat.

III. P. L. de 9 ani, de religie mozaică.

Antecedente și istoricul boalei actuale. Alimentația naturală până la 7 săptămâni apoi mixt. La 4 ani are pojar. La 6 ani dizenterie. La 8 ani scarlatină. După aceia părinții observă, că fețița slăbește mereu până atunci s'a dezvoltat normal. Are apoi perioade de diaree, care țin câte 2 zile, și se repetă la 2—3 săptămâni. Pofa mănăre păstrată are o stare nervoasă.

La examenul obiectiv. Greutatea 20 kgr., talia 118.

Tubul digestiv: apetit redus, abdomen balonat, fecale albe, lucioase, cantitatea mare, cu conținut mare în grăsime

Examen de laborator: Radioscopia tubului digestiv. Stomac în formă de corn de bou. Peristaltismul bun. Evacuarea bună. Bulbul duodenal normal.

La 6 ore, substanța opacă în caec, și ascendent, care face o flexură în jos și înăuntru.

La 10 ore, substanța opacă e în sigmă și ampulă.

La 48 ore, intestinul e complet evacuat.

Ca și P. în sânge. Ca 11,5 mgr la ‰.

P. 3,2 mgr la ‰.

Examenul materiilor fecale: Cantitatea de grăsimi mărită (Metoda lui Labbé).

Examenul amidonului negativ.

Examenul pentru paraziți negativ.

Examenul sucului gastric:

Aciditatea liberă 0.9 gr. ‰.

Aciditatea totală 1.4 gr. ‰.

Tratament: ceai, mere rase, morcovi rași, suc de lămâie, zăre, apoi se adaugă supă de carne degreșată cu orez, banane, ficat, carne de pui, pește, unt.

## CONCLUZII:

1. *Infantilismul intestinal este o boală rară.*
2. *Nu are un cadru clinic limitat, dând forme intermediare între dispepsiile cronice și infantilism.*
3. *Afară de rasele anglo-saxonă, la noi pare mai frecventă la evrei.*
4. *Simptomele principale a bolii sunt distrofia (aspect de copil de sân la vârsta de 3—4 ani), cu idrolabilitate foarte accentuată (scăderi și creșteri bruste în greutate). Pântecul mare balonat cu semne de pseudo-ascită, diarei cronice grăsoase, cu scaune foarte voluminoase, puțin numeroase, de aspect lucitor. La hrană bogată în hidrați de carbon spunoase.*
5. *La mulți copii se găsesc grade accentuate de anemie, ipocromă, alterațiuni osoase (osteoporoză, deformațiuni). Dispozițiunea e de obicei morăcnoasă, schimbăcioasă, inteligența adesea precoce.*
6. *Tratamentul de bază, e regimul alimentar. Toleranța pentru dijeriți principii alimentari, trebuie stabilită experimental, respectând necesitățile calorice. Cele mai bune rezultate se obțin, cu fructe crude (cu deosebire banana, alături de lapte acid, suc de portocale) apoi carne, ficat, legume (toate sub formă piureuri fine). Se evită regimurile unilaterale ci hidrați de carbon sau proteine, cele bogate în grăsimi și lapte.*
7. *Sunt adesea utile: preparatele de fermenți (pancreatici, pepsima) cărbune animal, carbonat de calciu, clorură de Ca, insulină, fer și vitamina D etc.*

*Văzută și bună de imprimat:*

Decanul Facultății de Medicină:

(ss.) profesor *Dr. I. DRĂGOIU*

Președintele tezei:

(ss.) profesor *Dr. GH. POPOVICIU*

## Bibliografie.

1. *Apert*. Les Infantilismes. Paris. 1931.
2. *Bokay*. A gyermekorvoslás tankönyve. Budapest.
3. *Czerny u. Keller*. Des Kindes Ernährung. Wien, Leipzig. 1925.
4. *Fanconi*. Der intestinale Infantilismus u. ähnliche Formen der chronischen Verdauungsstörungen. Zürich.
5. *Hațieganu-Goia*. Tratat elementar de Semiologie și Patologie medicală. Vol. II.
6. *Marfan*. La maladie coeliaque. Le Nourrisson, 17, 1929.
7. *Nobecourt*. Traite de médecine des Enfants. Paris. Tome III.
8. *Comby*. Arch. med. Enfants. 1924.
9. *R. Mathieu et E. Leroy*. Arch. mal. Appareil digestif. 1932.
10. *Gh. Popoviciu*. Elemente de Pediatrie și Puericultură. Cluj 1936.

