



SBEREA ROSTISLAV

9164.

Universitatea "Regele Ferdinand I." CLUJ-SIBIU.-

---

Facultate de medicină.

No. 1760

"Cauzele morbidității și mortalității  
copiilor preșcolari."

T E Z A

pentru doctorat în Medicină și Chirurgie.

Susținută de dl. SBEREA ROSTISLAV în ziua de.....

Noianvrie 1940.-

24 MAY 2005

INST. MED. FARM. TG-MUREȘ CRV. IUD. G. OGIZS. INF. MVH. BIBL. Centrală "Măgdele Károlyi" Lot. sz. <u>14608</u>
---

părinților și matusii profunda recunoș-  
tința.

Iar ție Sabina toata dragostea.



## CUVANT INTRODUCTIV,

Anul 1940-An de cumplita framântari, an in care chiar idealul nostru milenar a suferit crunte loviri, sub cumplitele lovituri ale sorții neam plecat capul, nu resemnați, ci cu speranță nezdărnăcinată că dreptatea va învinge, mai ales atunci când dreptatea este strigătoare la cer.

Vorbesc prin prizma mea de Basarabean. Cu sufletul zdrobit de durere pribegesc prin toate colțurile Țării. Gonit de buhoaietele străine, aruncat de pe scumpa noastră glie, nutresc speranța reîntoarcerii. Ca tot ce-i al nostru al nostru va rămănea, tot ce-i profund Românesc numai nouă ne poate aparține.

Universitatea Clujana, crunt lovită de vitejia sorții e nevoită să apuce și dânsa cumplitul drum al pribegiei.

*Mutat temporal la Sibiu, epusă la greaua încercare atât activitate didactică cât și corpul profesoral.*

*In astfel de grele condiții, mi-am lucrat teza de doctorat. Sa nu mă judece cetitorul ca lucrarea mea n-a fost concepută pe un plan mai vast, dar să mă creadă că am depus la redactarea ei multa muncă și mult suflet. I-i aduc mulțumiri Domnului Profesor G. Popoviciu, pentru neprețuitul ajutor și sfaturilor pe care mi le-a dat la redactarea tezei.*

*Tin să-i mulțumesc pe aceasta cale și Domnului Profesor V. Bologa, pentru părintească dragoste cu care m-a înconjurat în ultimii mei ani de facultate.*

*AUTORUL.*

1.  
Anatomia descriptivă și  
topografică

Prof. Def. Dr. V. Papițian

Anatomia patologică și  
parazitologie

" " " T. Vasiliu

Bacteriologia

" " " V. Baroni

Chimia medicală

" " " I. Secăreanu

" biologică

" " " I. Manta

Fiziologia și fizică

medicală

" " " G. Benetata

Farmacologia

" " " V. Baroni/supliniți

Istologia și embriologie

" " " I. Drăgoiu

Igiena și medicina preventivă

" " " V. Moldovan

Istorie medicina

" " " V. Bologa

Medicina legală

" " " M. Kerbach

Patologia generală și

experimentală

" " " M. Botez

Radiologia

" " " D. Negru

Clinica medicală I.

" " " I. Hațeganu

" " II.

" " " I. Goia

" Chirurgică

" " " A. Pop

" ginecologică și obsto-

tricală

" " " C. Grigoriu



2.

Clinică dermatologică și  
sifiligrafică

Prof. Def. Dr. C. Tătaru

" oftalmologică

" " " D. Mihail

" balneologică

" " " N. Sturza

" de gât, nas și urechi

" " " G. Buzoianu

" Stomatologică

" " " I. Aleman

" Urologică

" " " I. Teposu

" infanțilă și pueri-  
cultură



" " " G. Popoviciu

" neurologică

" " " I. Minea

" psihiatrică

" " " I. C. Ureche

Igienă Generală

agregat M. zolog.

Clinică boalelor conta-  
gioase

Conf. I. Gavrilă

Decan Prof. Dr. V. Papilian

Juriul de promoția susținere.-  
- - - - -

Președintele de Comisie Prof.dr.G.Popoviciu

Membrii :

Prof.Dr.V.Bologa

" Dr.I.Hățeșanu

" Dr.V.Moldoven

" Dr.M.Sturza

Sup' eant :

Conf.Dr.I.Gavrila





CAUZELE MORBIDITĂȚII ȘI MORTALITĂȚII  
-----  
COPILOR PRESCOLARI.-  
-----

Introducere.

Sub cuvântul de vârstă preșcolară sau cum i se mai spune popular "mică copilărie" se înțelege vârsta copilului cuprinsă între un an și până la sfârșitul anului al 6-lea, tunci când copilul intră la școală dela cea vârstă el intră în a 3-a copilărie sau vârstă școlară.

Judecând atât din punct de vedere medical-patologic-cât și din punct de vedere educativ-pedagogic - vârstă preșcolară se poate subdivide în două subperioade

a/. Vârsta tarântului/pe brânci/cuprinsă între vârsta de 2-3 ani. Această primă subperioadă are toate asemănările/din punct de vedere patologic exemplu tulburări digestive etc./cu vârsta copilului de san.

b/. Vârsta de joc cuprinsă între 4-6 ani se aseamănă din toate punctele de vedere cu cea a copilului școlar.

Imparțirea aceasta are specificat, e făcută din puncte de vedere patologic și educativ, însă practic vorbind diferențierea foarte greu de făcut.

Intr'un cuvânt vârsta de școlăria preșcolară e o perioadă de trecere dela vârsta copilului de san la vârsta școlară.

Pentru a ilustra mai bine datele pe care vrem să le expun mai jos în privința morbidității și mortalității infantile în vârstă preșcolară, țin se strag atenție cititorilor asupra citirilor date statistice, care s

se ilustreze în chip neîndoielnic importanța problemei pe care vreau să o dezvolt. Natalitatea și mortalitatea infantilă la noi în țară a devenit, prin importanța și, nu numai o problemă medicală, ci și una națională. Astfel în privința natalității România ocupă unul din primele locuri în Europa; După statisticele cele vechi natalitatea era de 40,1 nașteri la 1000 locuitori. După statisticele noi noi natalitatea este de 34,1 ‰ în 1933; 32,4 ‰ în 1934 și 31,50 ‰ în 1936. Se remarcă o ușoară reducere a natalității, fenomen, de altfel general observat în toate statele. Totuși România întotdeauna se aibă o natalitate ridicată față de Europa occidentală.

În privința mortalității suntem din nefericire la locul întâiu. Astfel după statisticele din 1932-36 se pierd aproximativ 35.000 vieți, dintre cari 195.000, adică peste jumătate, revin copilăriei 0-14 ani/

Cea mai mare din această copii/peste o 110.000 aparțin epocii dela 0-1 an, și ortate la numărul copiilor născuți vii sau mult peste jumătate din totalul copiilor decedați.

După cum am observat Popoviciu și Maricostide nivelul mortalității e de o potrivă de ridicat la noi în țară în toate etapele copilăriei pe când în alte state este relativ mai scăzut începând de la prima vârstă.

De aci marea importanță se cunoaște mai de aproape cauzele morbidității și mortalității nu numai la copii de san, ci și la copii din copilărie a doua sau din vârstă preșcolară.

## CAUZELE MORBIDITĂȚII ȘI MORTALITĂȚII

### COPILOR PREȘCOLARI.

Cauzele morbidității și mortalității copiilor preșcolari se pot clasifica în două grupe.

- 1/ Cauze medicale
- 2/ Cauze sociale.
3. Le sutiem aparte pe fiecare.

1. Cauzele Medicale. Murtea în ansamblu morbiditatei și mortalității precoce este datorită în cea mai mare parte:

- a/ Bolilor contagioase
- b/ Infecțiilor și alor respiratorii
- c/ Tuberculozilor
- d/ Accidentelor
- e/ Factorilor cauzali digestivi.

Într-o schemă sintetică, aproape-medică, cauzele principale ale morbidității și mortalității precoce sunt: Toate acestea grupuri se văd după aceea o serie de cauze pe care le voi enumera mai jos, însă trebuie să precizăm că în ce privește cauzalitatea deosebită în această vârstă, se datorează în primul rând bolilor contagioase și în special difteriei, apoi se obișnuiește, apoi rului și tusei convulsive. Se mai pot să apară și dizenteria, malarie și eventual variola.

Acești grupuri respiratorii de importanță și frecvență mare în imediat după naștere, bolile infecțioase.

Totuși în multe cazuri infecțiile respiratorii nu sunt altceva decât o complicație a vreunei boli infecțioase și specifice. Astfel putem să avem ca exemplu în copilărie de bronho-neonemie, apoi bronho-neonemie pot să fie și cauzate, dar în unele timp poate să și o complicație a bolii sau a tusei convulsive.

Să trecem și să studiem parte din morbiditatea și mortalitatea la copii precoce.

### 1. Morbiditatea în vârstă precoce.

În această vârstă am de gând să văzăm câteva infecțiuni care au grave sau însumate repercursiuni în dezvoltarea și sănătatea copilului precoce. De cele mai multe ori în privința morbidității în vârstă precoce se face referință la rubeolă și în primul rând nu toate bolile sunt deosebit de grave și în unele sunt bolnavii, copilul vindecându-se mai ușor de boala lui și în unele cazuri când sunt unele boli ca de exemplu gripa, scarlatina, angina etc. care trec neobservate, dar pot să se complice în grave.

Prin urmare să trag atenția cititorului că morbiditatea în vârstă precoce are un rol foarte important

in dezvoltare fizică și psihică a copilului. Deaceia la luarea antecedentelor unui copil mai mare, sînt uesce, se insiste suficient asupra celorlora din epoca preșcolară.

In rîndul ce urmează voi căuta să atrag atenția asupra celorva afecțiuni care ar lăsa amprentele lor între vîrstă mai înaintate.

a/. Gripa și angina, afecțiuni, banale care pot trece neobservat, însă care prin complicațiunile lor și urmările pe care le lasă sunt unele dintre cele mai de temut pentru această vîrstă. O gripă sau angină trebuie tratată cu cea mai mare conștientizare la vîrstă preșcolară.

b/. Tuberculoza de un procent important de intolnăviri la această vîrstă. Medicina o cam neglijează in această perioada, dintr'un considerent foarte logic: Tuberculoza la vîrstă preșcolară de greu deșă diagnosticat. Să nu se uite însă că, veș un prețios mijloc de pistare: Rețetie cu tuberculină și examenul radiologic. Deaceia za gătit e foarte indicat să se pune de diagnosticul tuberculozei cât mai precoce și să se trateze cât mai energic pentru a evita evoluția greva din adloc. cenței sau o vîrstă mai adultă.

c/. Turburările digestive in această vîrstă și-au pierdut nitidin importanța față de acea pe care au avut-o in vîrstă copilului de san. Totuși nu trebuie neglijeți, avînd in mare importanță in dezvoltarea fizică ulterioară a copilului.

d/. Bolile contagioase au importanța capitală așa cum am subliniat-o mai sus, voi reveni asupra jos.

e/. Afecțiunile respiratorii dau un procent mare de intolnăviri la această vîrstă.

## II. Mortalitatea in Vîrstă preșcolară.

Trec la al doilea punct al subiectului meu arătînd cauzele mortalității din a doua copilărie.

a/. Cauza cea mai importantă a mortalității infantile in epoca preșcolară o deșin bolile infecțioase, care reprezintă 1/4 din mortalitatea totală. Ea e cu mult mai însemnată decât la orăș, decit in mediul rural. Gravitatea lor e cu atit mai mare, cu cat copilul e mai mic.

In aceasta privință î-mi voi permite câteva date statistice. După manicatide/in vechiul regat/in 1901-1910 scarlatina a dat 3590 de decese in toate vârstele; pojarul 1352 tuse convulsivă 1272. Față de trecut difteria este în scădere: 1502 de decese in 1890-1900, 636 in 1901-1910. in ultimul timp se observă o accentuare a mortalității prin difterie exemplu după Vrânceanu: In 1931 difteria reprezintă 35,4 la % din totalul bolnavilor, iar scarlatina 8,5 %.

In ultimul timp o mortalitate importantă o reprezintă și paralizie infantilă. După Blătineanu-Alexa in plasa Râmnești jud. Iași, paralizie infantilă reprezintă 33,3 % din totalul înbolnavirilor.

Intrun cuvânt bolile infecțioase periclitează copilul cu cât e mai mic, de aceea vom tinde la împiedicarea contaginării in primii ani.

b/Afecțiunile respiratorii ca: ~~Exzematika~~

Pneumonia-

Bronhopneumonie

Bronșita

Pleorozis purulentă,

toate se dezvoltă de cele mai dese ori la această vârstă pe un teren distrofic, rahitic, după turburări cronice digestive, în sifilis, în adenopatie tuberculoasă. De aceea e logic ca pentru combaterea turburărilor respiratorii trebuie făcută profilaxia terenului, a turburărilor digestive, ~~anchitizmului~~ etc. E foarte interesantă grafica deceselor prin afecțiunile respiratorii în raport cu vârsta: Astfel cel mai mare număr de decese se înregistrează în cursul primului an, se menține foarte ridicat în cursul anului al doilea, scăzând apoi brusc în cursul anului al 3-lea pentru ca să-și piardă complet din importanță în anii ce urmează. La noi mortalitatea prin afecțiunea respiratorii în cursul 1-2 ani este de 33 %/După Popoviciu.

c. Tuberculoza. Se clasează ca importanță după bolile infecțioase și afecțiunile respiratorii. Inșă după părerea mea importanța și frecvența ei este mult mai mare. Cauza e că diagnosticul ei este foarte dificil la această vârstă.

Ia se edîckîtează drept ca o bronhopneumonie sau ca o infecțiune banală. Astăzi nimeni nu se poate îndea tuberculoza e una din cauzele cele mai importante ale mortalității infantile din epoca prescolară. Important ei e mai mare la țară unde condițiile igienice lasa mult de dorit. La țară după părerea mea, mortalitatea prescolară este produsă de aceasta boală.

d. Accidentele dau și ele un procent ridicat a mortalității la această vîrstă: Mica înmul an, crește în cursul al doilea an, pentru a atinge maximum în cursul anilor 3-6. În unele țări ea reprezintă 7-10 % în totalul mortalității în cursul anilor 1-15. E mult mai mare în mediu urban decât în cel rural și crește cu progresul civilizației. După părerea mea personală, chestiunea accidentelor nu se poate soluționa prin mijloace igienice, ea fiind un fruct al civilizației. Cu timpul va deveni o problemă de primul ordin. Va trece din cadrul obișnuit al întâmplării și se vor opune soluții care să curme a mortalitate care e tot timpul în creștere.

e. Turburările de digestive, reprezintă și ele o mortalitate de 10% la un an. După vîrstă de 3 ani mortalitatea datorită turburărilor digestive e neînsemnată. La vîrstă aceasta mortalitatea e datorită în special desințierii, colitelor desințieriforme și a apendicitei.

Cu alte cuvinte turburările digestive își au marea lor importanță la vîrstă copilului de sîn. De aceea în opera de profilaxie din epocă prescolară trebuie să combatute turburările digestive de sub un an, dat fiind că ele să repercute și asupra vîrstelor de peste un an.

f. Alte boli care pot da mortalitatea în epoca prescolară sunt, malformațiunile congenitale, meningita epidemica, febră tifoidă, sifilisul, reumatismul acut, poli articular /cu leziunile sale valvulare/, Rachitismul luat ca boala nu produce moarte, însă favorizează bronhopneumonia și alte infecțiuni, știindu-se faptul că rachitismul scade enorm rezistența organismului față de infecțiuni.

Nițescu și Popoviciu au meritul că au atră-  
 atenția publicului medical asupra condițiilor fa-  
 rabile rahitogene în mediul nostru rural: Condițiile  
 igienice proaste, locuințe neigienice și mai ales ali-  
 mentație cu porumb.

Țin să mai amintesc și de malarie care i-și ar  
 procentul ei de mortalitate la noi în Țara destul de  
 ridicat în unele regiuni.

## II. CAUZELE SOCIALE.

Am expus până acuma cauzele eficiente medicale  
 care provoacă morbiditatea și mortalitatea infantilă  
 în epoca preșcolară. Mai există încă o serie de cauze  
 zise sociale care favorizează, predispun, prepară tere-  
 nul și măresc frecvența îmbolnăvirilor și deceselor la  
 această vârstă. Asupra acestor cauze igienă socială ar  
 un rol foarte important și o eficacitate remarcabilă

Sunt două categorii de cauze sociale.

1. Condițiile proaste de igienă generală: Condiții  
 le proaste de locuință, lipsa de lumină, de curățenie  
 supra populare. Aceste cauze lucrează prin două mijlo-  
 ce a/ scad rezistența organismului față de infecțiuni  
 b/ ajută transmiterea infecțiunii.

2. Copilul ajuns la vârstă preșcolară nu mai po-  
 te fi izolat de lume din afară, caută prietenia altor  
 copii, intră în grădiniță. Tocmai această eșire a copi-  
 lului între alți copii înlesnește contagiunea. Copiii  
 căutându-și tovarășii de joc se expune la infecțiuni.  
 De sigur nu vom împiedeca contactul copilului cu sem-  
 ni săi însă trebuie luate măsuri preventive cu cara-  
 ter social care sunt de două feluri:

a/ Mărirea rezistenței copiilor de igienă generală,  
 alimentare și de locuință.

b/ Supravegherea colectivităților infantile și lu-  
 are de măsuri pentru împiedecarea propagării boalelor  
 infectioase prin intermediul lor.

## LUPȚA CONTRA CAUZELOR MEDICALE A MORBIDITĂȚII ȘI MORTALITĂȚII PREȘCOLARE.

Trec la expunerea mijloacelor pe care le posedă  
 pentru a putea preveni și combate cauzele medicale-  
 ale morbidității și mortalității copiilor între 2-6  
 ani.

Capitolul de medicina preventivă a afecțiunilor vârstei preșcolare e foarte vast. Nu voi mărgini să scematizez numai principii generale de conduită pe care ori ce medic practician e dator să le cunoască.

Aceste mijloace de prevenire și combatere se împarte în două mari grupe.

1. Măsurile care ameliorează starea generală și imunitatea naturală.

2. Măsuri de sero-vaccino profilaxie specială.

1/ Măsuri de igienă generală și măsuri care măresc imunitatea naturală.

a/ Trebuie luate măsuri în primul rând de igienă individuală: O bună alimentare, întreținere la aer, lumina soare sau la surse artificiale de raze ultraviolete/lampa Quartz/, exerciții fizice curățenie individuală a copiilor și eliminarea focarelor infecțioase din organism/Granuloame, Carii, Diorei, Amegdalite critice, faringite cronice, corizi cronice, vegetațiuni adenoide etc./

b/ Înlăturarea posibilităților de contaminare care raportează la: Mediul familiar, grădinițele de copii, instituții de ocrotire închise/refelinate, Spitale, și mai ales trebuie ferii copii de purtătorii de germeni.

c/ Măsuri de profilaxie specială/Sero și Vaccin profilaxie/, Așupra acestui capitol voi insista mai puțin. Toate aceste măsuri trebuie luate riguros, copii trebuie văzuți cât mai des la locuințele lor sau la dispensare. Se pune întrebarea: Oare toți copii în vârstă preșcolară trebuie supuși acestor observații atât de riguroase? Nu. Atenția mare trebuie dată mamei copiilor între 2-3 ani cari sunt cei mai periclitati ei trebuie să fie supuși regulat la examene medicale și supravegheați mai aproape. La copii mai mari în vârstă preșcolară vizitele pot fi treptat reduse și măsurile mai reduse.

O altă problemă importantă este prevenirea bolilor infecțioase în așezăminte ocrotirilor închise sau semi închise/exemple Azile de copii Spitale /.



Aci cazurile de contaminare sunt mai rari, mai numeroase și mai alez în azilurile de copii unde sunt internați copii mamelor muncitoare, copii sub alimentați, cu o rezistență scăzută și mai rău dezvoltată.

Același lucru pot spune și despre copii internați în spitale unde dăunții slabiți de boala lor, ori ce patrundere altor germeni și izbucnirea unui noi infecțiuni le-ar putea fi fatală. De aceea în instituțiile închise trebuie evitată supra populația, atât la spitale cât și la azilele de copii. Lucrul fiind știut că în instituțiile supra populate mortalitatea la izbucnirea unei epidemii e colosal mai ridicată decât acolo unde populația a fost evitată.

o altă problemă de cea mai mare importanță este cunoașterea depistarea și combaterea rețelilor cauzate de acelea afecțiunilor, cari dacă nu sunt mortale, slăbesc însă valoarea copilului sub raport sanitar și social.

In aceasta categorie intra.

a/Tarele congenitale fie fizice fie psihice, care trebuie recunoscute din timp și tratate corespunzător. Ele trebuie diagnosticate cât mai precoce, tratamentul lor făcându-se nu acasă ci la instituții medicale sau în instituții cu o secție specială/metoda medico-pedagogice/. Aceste tare neglijate sau tratate târziu nu mai pot fi vindecate lăsând copilul un infirm fizic sau psihic.

b/Rachitismul trebuie prevenit și tratat precoce pentru a nu da complicațiuni pulmonare sau infirmități ireductibile. Trebuie să știe că rachitismul nu e dat numai datorit razei ultra violete, ci și unui regim exagerat cu cereale și în deosebi de porumb.

c/Diatezele constituționale/Exsudativa, timico-linfatica etc./Trebuie prevenite evitându-se regimuri care exagerează, cum e regim bogat în grăsimi.

d/Copii cu-anomalii mentale, se vor supune unui tratament medico-pedagogic, sau vor fi internați în azile speciale.

e/Orbii, surdo-muții și infirmii vor fi tratați în instituții speciale, tratamentul lor la domiciliu fiind imposibil.

### COMBATERRA BOALILOR INFECTIOASE.

Problema combaterii boalelor infecțioase, e o problemă de primă importanță.

Vom studia problema luând două considerente:-

1. Măsurile care trebuie luate înaintea pericolului imediat al contagiunii.

2. Măsuri indicate când a survenit deja o boală infecțioasă în familie sau în colectivitate.

1. În primul caz vom lua toate măsurile de precauție punând pe copil în afară de sursă de infecție și aplicându-i măsura capitală-vaccinarea.

2. În al doilea caz când s-a declarat o boală contagioasă în familie sau colectivitate în care se găsește copilul vom proceda la .a. Izolarea copilului cât și a celui infectat a acelor suspecți și a purtătorilor de germeni. b. Dezinfectie riguroasă a locuinței a rufelor și a obiectelor de care sa servit bolnavul. c. Vom face sero și vaccinoprofilaxie adecvate a fiecărei boli aparte.

Vom studia mijloacele de care dispunem pentru profilaxia fiecărei boli în parte arătând în același timp tehnica și rezultatele căpătate cu mijloacele de combatere a fiecărei boli aparte.

I. Profilaxie în difterie. Cei mai mulți autori cu problema profilaxiei în difterie este complet soluționată în modul cel mai satisfăcător prin metoda imunizării active anti-difterice. Această imunizare activă se poate face sau cu anatoxina sau cu formol toxoid/toxină tratată cu formol. Rezultatele sunt excelente: 98-100% din cei vaccinați capătă o imunitate sigură. Singurul defect e-că imunitatea nu se capătă imediat ci în curs de 1/2, 2 luni.

Technica acestor imunizări este următoarea: se fac 3 injecții subcutanate succesive: Prima injecție se face cu  $\frac{1}{2}$  cm<sup>3</sup>. d. Anatoxină sau formol toxoid, a doua injecție la o răstimp de 15-21 zile după prima cu 1 cm<sup>3</sup>, și a 3 injecția la un interval de 8-14 zile de injecția a doua cu  $\frac{1}{2}$  cm<sup>3</sup>.

Care e vârsta cea mai potrivită pentru vaccinațiunea anti-difterică. Cea mai potrivită vârstă după Popoviciu este la începutul anului 2 până la 5-ani, totuși rezultatele sunt bune și atunci când vaccinațiunea se practică și mai târziu. Caracterul imunității. Imunitatea câpătată este foarte durabilă și putem afirma că nu este nevoie de o nouă revaccinație.

În privința vaccinațiunii anti-difterice, țin să dau un sfat medicilor practicieni, toți copiii să fie vaccinați anti-difteric, atunci când se practică și vaccinațiunea anti-variolică care se știe că este obligatorie.

Cum procedam în schimb când s-a declarat o epidemie de difterie? În acest caz vaccinarea nu poate fi așa de eficace, din motivul sus ardat, că imunitatea activă să producă lent în răstimp de 11/2-2 luni ori în caz de epidemie, avem nevoie de o imunizare a organismului cât mai precoce. În acest caz abandonăm metoda vaccinațiunii și preconizăm metoda tratamentului preventiv prin ser anti-difteric.

La toți copiii vom aplica această metodă? Nu, ci numai la acei copii la cari reacția schick pozitivă. Vom da ser purificat și dacă vrem să întregim metoda vom administra și anatoxina.

II. În scarlatina, sero profilaxia se face cu toxina dick. Rezultatele sunt mai inferioare decât în difterie. Totuși profesorul Popoviciu în clinica sa a dovedit că rezultatele sunt evidente în cazurile grave.

Tot terapeutic rezultatele sunt bune și cu ser de convalescent.

Profilaxie întrebuițând ser dick sau ser Dochez sau Cantacuzino, valoarealor fiind indiscutabile.

III. În pojar. Singură metodă pe care o posedăm e metoda Nicolle și Degkwitz. Vom descrie mai amănunțit această metodă.

Dela cine recoltăm serul? Dela convalescenți 12-14 zile dela apariția rupției, 7-12 zile după defervescență sau dela copii mai mari de peste 10 ani, dela adulți cari au trecut prin boală.

Ion cauta ca donatorii sa n-aibe complicatiuni si sa nu sufere sifilis, tuberculoza sau malarie.

Cum se prepara serul? Trebuie este inactivat. 7 /incalzit/cate 3/4 ora, doua zile consecutiv la 56°C. Conservat dupa aceea intr-un antiseptic/acid fenic iatren/, si pus la gheata. Se face un S.S. 3 mai bine sa se anestece mai multe seruri /3-5/. Serul se poate administra dupa 4 zile. In activitate o pastreaza timp de 2 ani.

Cand trebuie administrat serul? Trebuie este administrat pana in ziua 4-6 de incubatie, in acest caz boala nu mai apare. Administrat in ziua 6-8 de incubatie atenuiaza evaluatia pojarului.

In ce cantitate sa da serul? Sa da minimum 1 cm<sup>3</sup> pe an de minimum 3 cm<sup>3</sup>. sub 3 ani, maximum 15-20 cm<sup>3</sup>. dupa 14 ani.

Cand se administreaza ser de adult, cantitate trebuie sa fie de 4 ori marita, iar la sangele total inca de doua ori.

Cand trebuie imunizati copii? Vor trebui imunizati sub 2 ani. Cei debili in varsta scolara. Imunitatea dureaza o luna.

O metoda noua, care promite mult e metoda murririi puteri anti toxice a sangelui adulților. Constă prin injectarea sangelui celor bolnavi de pojar, celor trecuti de multa vreme prin pojar.

IV. Tuse convulsiva. Aceasta teribila boala atat ca efecte imediate /moarte/, cat si ca efecte tardive /tuberculoza/ nu poate fi integral prevenita prin mijloacele de care dispunem in momentul de fata. Metodele sunt:

a/Ser de convalescent.

b/Metoda manicatide: ser si vaccin preparat cu bacilli z.

c/Vaccinul lui Bordet Gengou.

d/Vaccin mixt: vaccin-Bordet-Gengou cu pneumococi, streptococi etc.

Ca metode igienice vom prevedea la o izolarea riguroasa.

V. Gripa. O afecțiune gravă prin complicațiunile ei caî Pneumonia și bronho pneumonia.

Măsoacele de prevenire din care dispunem sunt:  
a. Ameliorarea condițiilor generale igienice. Rezistenței organismului și ce scădere posibilităților de contagiune.

VI. Variola, e combatută în mod cât mai eficace prî: metoda anti variolice obligatorie. Vaccinațiunea trebuie făcută în primii 2 ani.

VII. Tifoïdă-febra dizenteria se previn prin mijloace de ser sau vaccinațiune.

VIII. Malaria, se previne prin,  
a. Tratatamentul preventiv cu chinina 0,50 gr. zilnic și b. prin măsuri de igienă obișnuită.

IX. Tuberculoza, în combaterea tuberculozei unde trebuie luate în considerațiune următoarele considerațiuni.

a. Depistarea cât mai precocă a ei, chiar cînd semnele clinice lipsesc.

b. Sustragerea copilului infecției tuberculoase /chiar din proprie familii/

c. Mărirea rezistenței organismului, chiar dacă copiii sunt deja infectați sau numai amenințați.

X. Sifilisul. Combaterea lui depinde.

a. Continuarea tratamentului sub un an, început.

b. Depistarea formelor tardive care apar în vîrstă prescolară /turburări endocrine, distrofii, arierarea fizică sau mintală.

Sunt de părere să se facă exclusiv la toți orbi surdo-muți și debili mintali, reacție Wasserman, în serie pentru că majoritatea acestor infirmități fizice sau psihice sunt datorite unui sifilis eriditar tardiv.

XI. Reumatismul poliarticular-acute, e grav prin leziunile cardiace ~~zuzuzuzuz~~ pe care le produce, care apar fără să fi cunoscut substratul în vîrstă prescolară.

a. Vom depista toate cazurile chiar fruste de reumatism acut și le vom trata în consecință.

b. Vom scoate din organism ori ce focare infecțioase: Vegetațiunile adenoidale, amigdale hipertrofiale, etc. Vom trata și anginele, otitele etc.

Cred că am reușit în puține pagini să schematizez importanta mare a morbidității și mortalității infantile în epoca prescolară, precum foarte succint și mijloacele de care dispune de ale preveni.

Problema aceasta ca să fie soluționată la noi, cred că nu este suficientă numai munca medicului, ci și toate organele și organele de combatere vor trebui să colaboreze în mod cât mai strâns cu organele și instituțiile copiilor, mai ales cu acelea care privesc copilul prescolar.

Numai astfel se va putea rezolva favorabil marea și gravă problemă a mortalității infantile, care în țara noastră a luat proporții atât de uriașe.



## CONCLUZII,

---

1. Problema morbidității și mortalității în epoca preșcolară, e tot atât de importantă ca și cea a copilului de săn.

2. Morbiditatea în epoca preșcolară influențează în chip hotărâtor dezvoltarea ulterioară psihică și fizică a copilului.

3. Cauzele morbidității și mortalității în epoca școlară sunt de ordin medical și social.

4. Cauzele medicale cele mai importante sunt, bolile infecțioase, afecțiunile căilor respiratorii, tuberculozei, accidentelor și turburărilor digestive.

5. Trebuie dată o deosebită atenție tuberculozei la copii școlari, depistată cât mai precoce și tratată în consecință.

6. Cauzele sociale, care favorizează morbiditatea și mortalitatea copilului școlar, joacă rolul de cauze adjuvante, fiind de ordin: igienic și în al

doilea rând contactul copilului preșcolar, cu lumea înconjurătoare / comarasi de joc, gradinița d copii/.

7. Măsurile pentru combaterea morbidității și mortalității copiilor școlari sunt: Ameliorarea stării generale a organismului, mărirea imunității naturale, precum și mijloacele de sero și vaccino profilaxie.

DECAN,



Văzut și aprobat de mine  
PROFESOR.