

*M. v. Pfaundler*

# Boale de copii

Editura H. Welther, Sibiu 1945

## Difteria

Infecțiunea se produce de cele mai multe ori prin bacilii lui Löffler cu sputa baciliferă de către indivizii bolnavi sau purtători de germeni sănătoși, cu mult mai rar prin intermediul unor obiecte contaminate (batiste de buzunar, jucării). Incubațiunea: aproximativ 2—5 zile. Boala odată făcută, lasă după sine o stare de imunitate în peste 90% a cazurilor.

### Diagnosticul:

Difteria faringiană simplă. Cea mai frecventă localizare a difteriei la copiii preșcolari și școlari este pe *mucoasa faringelui*: pe amigdalele palatine tumefiate și congestionate se formează de regulă cu febră (*aceasta însă poate fi foarte mică, chiar și în cazurile grave*) și pe lângă alterațiunea relativ profundă a stării generale (grețuri, cefalee, moleșeală, mai rar vărsături) depozite pseudo-membranoase albe-gălbui, coerente și aderente, care acoperă la început numai parțial, mai târziu total suprafața amigdaliană. În special patognomonică este întinderea pseudo-membranelor asupra porțiunii învecinate a palatului moale, a omușorului, a peretelui posterior al faringelui, asupra amigdalei faringiane și mucoasei nasale. Exalarea unui miros dulce-putred din gură. De cele mai multe ori se prezintă adenite secundare ale unghiului maxilar. Jena la deglutitie este *relativ mică*.

Difteria toxică (malignă). Tabloul clinic este dominat de fenomenele unei grave infecții. Apoi urmează rapid simptomele locale caracteristice. Depozitele devin murdare, de coloare brună verzuie, necrotice, și depășesc aproape totdeauna marginile palatului moale. Stenoza faringiană cu vocea nasonată, rhinită, limba foarte încărcată. Foeturul în cele mai multe cazuri se simte dela distanță. Un *edem periglandular*, aproape în toate cazurile prezент, bilateral, moale ca aluatul, nedureros, dă gâtului și feței aspectul unui bolnav de parotidită epidemică. Fenomenele de agravare a stării generale se află în continuă creștere (paloare accentuată, cearcăne în jurul ochilor, moleșeală extremă, apatie), înrăutățirea crescândă a funcțiunii cardio-vasculare (temperatura subnormală, vărsături, hepatomegalie, colici abdominale, dilatație cardiacă, extrasistole, ritm de galop), iar în urină fenomene de nefrită. Un indiciu de o gravitate excepțională constituie *diateza hemoragică*

(hemoragii orale, faringiane, nasale, peteșii și hemoragii întinse cutanate, în deosebi la locul de injecție).

In cazuile ușoare depozitele se limitează la amigdale având aspectul lacunar sau lipsind chiar cu totul. In acest caz diagnosticul poate fi pus numai cu ajutorul *examenului bacteriologic*, care este de dorit să se facă în toate cazuile. Nu trebuie însă scăpat din vedere nicidcum faptul că acest examen la primul control, chiar și în difteria toxică, unde frotiul lui Neisser este mai prețios decât procedeul de culturi, uneori (în 25%) nu este în stare să ne lămurească. Diferențierea pe cale de culturi a difteritelor tipuri de bacili difterici este fără valoare din punct de vedere practic.

*Diagnosticul diferențial* cu angina lacunară, angina Plaut-Vincent, difteroidul cu cocci, scarlatina, sifilisul; în formele maligne cu parotidita epidemica, leucemia și în special cu abcesul amigdalian (cu care de altfel ea se poate combina, dar care rareori evoluează atât de rapid și bilateral).

Difteria nasală. La *sugari* difteria nasală constituie localizarea cea mai frecventă. Caracteristicile sale: secreția nasală lichidă, purulentă, de cele mai multe ori ușor sanguinolentă, leziuni la nivelul orificiilor nasale și al buzei superioare. De multe ori se constată numai cruste sanguinolente. In cele mai multe cazuri lipsesc membrane evidente, decelabile fără dificultate. Starea generală este aci adesea numai foarte puțin alterată.

*Diagnosticul diferențial* cu coriza, sifilis, corpi streini, scrofuloză.

Crupul difteric (laringian). Crupul difteric se produce prin o extindere a difteriei nasale sau a celei faringiane sau și primitiv în deosebi la vîrstă preșcolară. Simptomatologia: răgușeală progresiv crescândă până la afonie completă, tuse răgușită, tiraj la fiecare inspirație, expirație jenată, dispnee crescând, retracționi inspiratorii în epigastru și fosa jugulară, cianoză, neliniște psihomotorie, accese de asfixie, în fine somnolență, paloare extraordinar de pronunțată și moarte.

*Diagnosticul diferențial* cu laringita acută cu fenomene de crup (în special în gripe și pojar), pseudocrup, corpii streini laringiani și traheali (aci debut brusc și afebril, abces retro-faringian). În aceste condiții chiar și cele mai mici depozite amigdaliane pledează mai mult pentru difterie.

Difteria bronșică duce prin coborîrea procesului inflamator-purulent la tabloul clinic al unei bronșite sufocante și bronho-

pneumonii, în deosebi în caz de preexistență unor boale care au diminuat rezistența ca de ex. rahițismul, rujeola.

Mult mai rar se întâlnește difteria buzelor și a mucoasei obrajilor, a conjunctivelor (depozite alb-gălbui sau murdare pe conjunctiva pleoapelor, chemosis, secreție purulentă; congestie și tumefacțiune, în cazurile grave infiltrațiunea dură ca scândura a pleoapelor) și a vulvei.

Pe tegumente, bacilul difteric se localizează cu predilecție pe plăgi (și la ombilic) și pe locurile intertriginoase, care apoi prezintă depozite murdare mai rar pseudo-membranoase, fără tendință la vindecare din cauza procesului de granulație deficitar.

*Complicațiunile cele mai frecvente:*

**Cardiopatia difterică.** Ingrijorătoarele *turburări cardio-vasculare* se prezintă la început în majoritatea cazurilor cu păloarea accentuată a obrajilor, midriază, colaps, apatie, colici abdominale și vărsături repetitive, puls labil, neregulat, de cele mai multe ori puțin frecvent și tensiune arterială scăzută. În felul acesta pot lua naștere trombii parietali și emboliile. *Moartea difterică prin cord* se poate produce în culmea infecției (așa mai cu seamă în infecția malignă) în ziua a 8-a—10-a de boală, în alte cazuri însă chiar și după 4—8 săptămâni și mai mult, pe lângă prezentarea simptomelor de miocardită progresivă, dar și brusc, dacă nu se face controlul electrocardiografic.

**Paraliziile postdifterice.** Uneori (în formele toxice) se prezintă în mod precoce (în cele mai multe cazuri numai ca o pareză a vălului palatin) ca și o înseilare imediată la afecția faringiană. În general însă paralizia se instalează abia în săptămâna a 3—6-a: din cauza paraliziei vălului palatin vocea este nasonată, când bolnavul bea lichide tușește, se înneacă, lichidul este eliminat pe nas, disfagie, apoi frecvent paralizie de acomodare și strabism. În cazurile grave sunt atinse și alte grupe musculare, în deosebi sunt frecvente: ataxiile, parezele și paraliziile mușchilor delă membrele inferioare și superioare și nucheari, mai rare cele ale mușchilor dorsali, abdominali, toracali și ai diafragmului, ambele cele din urmă asociate determină moartea chinuitoare prin *asfixie, căile respiratorii fiind libere*, iar sensoriul fiind păstrat. Reflexele rotuliane în general lipsesc încă din vreme, în timp ce fenomenul facialului adesea își face apariția.

**Profilaxia:** Fiecare bolnav sau individ suspect de difterie trebuie să fie izolat imediat. Obiectele întrebuințate (lingerie, veselă etc.)

sunt să se păstra separat de cele ale indivizilor sănătoși, iar la urmă vor fi desinfecțiate. După vindecare se va face și desinfecțarea camerei bolnavului. Copilul va putea să frecventeze școala abia după dispariția bacililor (se va face frotiu din faringe și nas de 2–3 ori la intervale de câteva zile). Frații și surorile sănătoase nu au voie să meargă la școală 10–14 zile, iar în caz de internare a bolnavului în spital, timp de 8 zile.

*Imunizarea pasivă profilactică a copiilor expuși sau presupuși infectați, condiționat că ei se bucură de o supraveghere medicală sistematică, este necesară numai pentru copiii Schick-pozițiivi (v. m. j.) sau când practicarea reacției lui Schick întâmpină dificultăți — după cum este cazul frecvent în practică — numai pentru copiii foarte periclități și pentru cei în vîrstă de sub trei ani. În acest scop sunt suficiente 500—1000 u. a. intramuscular. Starea de imunitate durează numai vreo 2–3 săptămâni.*

Cu mult mai prețioasă este pentru combaterea difteriei în mare (nu însă pentru protecția unui individ periclitat momentan!) vaccinația activă, în care scop azi se întrebunează exclusiv toxina difterică neutralizată după Ramon (anatoxina toxoid, Diphtherie-Schutzimpfstoff Behringwerke Al. F. T. sau ditoxoid „Asid“). În opoziție cu imunizarea pasivă cu ser, vaccinația conferă, ce e drept abia după mai multe săptămâni, o imunitate, deși nu absolută, care însă durează ani de zile. Morbiditatea este redusă în felul acesta la aproximativ  $\frac{1}{5}$ , mortalitatea la  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{10}$ , deci și mortalitatea este redusă considerabil. Aceia care au nevoie mai mult ca să fie vaccinați sunt copii preșcolari, care cu mult mai frecvent sunt lipsiți de posibilitățile de auto-apărare suficientă în raport cu copiii de școală. Aceștia din urmă vor fi vaccinați înainte de a fi trimiși în coloniile de vară sau înainte de încazarmare etc. Copii cu manifestații tuberculoase sau cu fenomene exsudative grave, după părerea mea, este mai bine ca să nu fie vaccinați. Se impune prudență și la copiii mai mari din cauza reacțunii postvaccinale care la dânsii în general este mai intensă. Privitor la tehnica v. p. 568.

După Schick: Ar trebui să fie vaccinați activ numai copiii, la care după injectarea intracutanată à 0,1—0,2 cmc. dintr-o diluție de toxină difterică test (v. p. 569), se prezintă o evidentă reacție inflamatorie cutanată. Acest test cutanat indică insuficiența conținutului antitoxic. Cel mai bun termen de citit: 3—5-a zi. Controlul cu toxina încălzită (care se gă-

sește în pachetul original) este necesar cel puțin pentru copiii mai mari pentru a putea identifica pseudo-reacțiunile care nu trădează o suscepțibilitate pentru difterie, ci se datorează unei ipersensibilități față de proteine.

In caz că se prezintă mai multe cazuri în școale, leagăne, spitale de copii etc., un control bacteriologic sistematic al secrețiunilor prelevate din faringele și nasul tuturor pensionarilor sănătoși (inclusiv adulții) în general ne va duce la descoperirea și izolarea *purtătorilor de germeni*, „culpabili“.

#### *Tratamentul:*

##### *1. Tratamentul specific:*

Fiecarui bolnav de difterie va trebui să i se facă injecții cu *ser antidifteric* cât se poate de repede dela luarea lui în tratament. Nu trebuie să se aștepte rezultatul examenului bacteriologic, pentru a nu pierde timpul prețios. Momentul injecției este de cea mai mare importanță; adesea soarta bolnavului este în funcție numai de câteva ore.

Serul va fi injectat obișnuit *intramuscular*, în cazuri grave pe cât posibil (v. m. j.) și *intravenos* (în vena mediană turgescență a cotului), nu însă subcutanat. (Excepționi v. p. 469). Este cazul, să se obțină un efect cât se poate de rapid, jumătate din doza de ser va fi injectată intravenos (v. m. j.), iar cealaltă jumătate intramuscular.

Câștigul de timp prin calea intravenoasă față de cea intramusculară ar fi de vreo 1—2 ore.

Repetarea injecțiunilor în intervalul de aproximativ 10 zile dela prima injecție nu prezintă niciun pericol de reacție anafilactică; în schimb acest pericol este dat — deși accidentele nu sunt mai rare ca și după vaccinația antivariolică sau narcoză — în cazul când reinjecțiunile se fac *după* 10 zile, până la șase luni și mai mult. Din acest motiv în cazul din urmă vor trebui luate anumite măsuri de precauție, ținând cont de cele ce urmează:

a) Intrebuițarea unui ser provenit dela un *alt animal decât cel utilizat la prima injecție*. In comerț se află ser antidifteric de cal, bou și oaie (la același pret). j-

b) Injecțiunile vor fi practicate numai intramuscular și nu și *intravenous*.

c) Se va întrebuința procedeul de desensibilizare al lui *Besredka*: se va injecta *intramuscular* câteva picături din serul care va fi întrebuințat

și după un sfert de oră pe aceeași cale va fi injectată cantitatea cea mare de ser.

Deoarece la mulți copii nu se poate preciza dacă au fost tratați mai înainte cu ser, iar luararea anamnezei chiar și în cazul când mamele sunt atente, nu ne poate da totdeauna lămuriri demne de încredere, deoarece — în deosebi dacă copiii au mai fost internați în clinică — din diferite motive, lor li s-au mai injectat proteine eterogene, fără ca membrii familiei să aibă cunoștință despre aceasta. De aceea eu consiliez, tuturor copiilor, care în ultimele 12 luni au fost îngrijați în instituționi, să li se aplice „din oficiu” procedeul lui Besredka.

Medicul ar trebui să supravegheze totdeauna, încă  $\frac{1}{2}$  oră, pe fiecare copil, injectat intravenos, și să aibă la îndemâna o siringă cu adrenalina sau cu afenil (v. p. 470).

Mărimea dozelor terapeutice de ser în unități antitoxice (u. a. indicate pe fiecare fiolă de ser împachetată) va fi în funcțiuie de durata de până aci a boalei, de gravitatea infecționii și de vârstă copilului. Cifrele de orientare pentru injecțiunile în primele două zile dela debutul boalei sunt următoarele:

	Copii	
	sub cinci ani	peste cinci ani
In difteria simplă faringiană și nasală (intramuscular!)	3.000— 5.000 U.A.	4.000— 6.000 U.A.
In caz de crup coexistent .	10.000 U.A.	12.000 U.A. <sup>1</sup>
In difteria malignă . . .	15.000—20.000 U.A.	20.000—25.000 U.A. <sup>1</sup>

Dacă copilul ajunge în tratament abia în ziua a treia de boală sau mai târziu, atunci numărul unităților antitoxice va fi sporit cu vreo 50%. Pentru dozele mici sau mijlocii vom alege serul de 500 de ori, pentru cele mari pe cel de 1000 ori.

Efectul se arată după 12—24 ore prin coborârea temperaturii, încreținirea pulsului, ameliorarea stării generale și staționarea resp. regresiunea fenomenelor locale. Dacă efectul scontat nu se produce, atunci se va repeta aceeași doză sau se va injecta o doză mai mare în ziua următoare!

Se presupune că în difteria malignă (toxică) ar prezenta un avantaj aplicația procedeului de a injecta în mod repetat serul dosi refractă (de mai multe ori câte 5000 u. a.). Eficacitatea serului este bine stabilită și cu această aplicație, totuși accentul mai mare cade chiar aci pe precocitatea momentului de injecție. Simbioseserumul și neosalvar-

<sup>1</sup> Pe cât posibil cel puțin în parte intravenos.

sanul au produs deceptii, același lucru se poate afirma din nenorocire și despre tratamentul combinat cu cortidyn-acid ascorbic (în deosebi dacă facem abstracție de tendința la hemoragii, care poate că este favorabil influențării); în schimb transfuziile de sânge (20 gr. pe kgr. greutate corp, de 2—3 ori) sunt uneori de un real folos, în special prin acțiunea lor asupra sindromului hemoragipar, a miocarditei și asupra urmărilor la distanță. Același lucru privitor la glucoza intravenoasă, ca în toxicoză (v. p. 203), vitamina B<sub>1</sub> și hypophysină.

Privitor la boala serului v. p. 468.

### 2. Măsuri generale de tratament.

Repaș la pat cel puțin încă 10 zile dela clarificarea completă a faringelui. În caz de boală gravă acest termen va fi considerat prelungit! Bolnavul nu va avea voie să se ridice din pat, atâtă vreme cât mai persistă oboseală, sau semne de debilitate cardiacă (veritabil puls neregulat, accelerare anormală a pulsului după mișcări) și albuminurie.

Alimentațiunea: În caz de disfagie accentuată la început vor fi administrate numai zemuri de fructe reci și îndulcite (în special zeamă de portocale și lămâie), înghețată de fructe, gelatină de fructe, fructe, compot; apoi și lapte, făinoase și pireuri, supă de vin roșu (v. p. 659), gălbenuș de ou. Mai târziu mâncări ușoare cu făinoase, legume sub forma de pireuri, zwieback muiat și altele. În paralizia vălului palatin precum și la copiii intubați, se va da preferință terciurilor și pireurilor, de ex. lapte cu 2% mondamină sau gelatină (sub forma de lichid, curgător mai gros). Uneori vom fi obligați să recurgem la administrarea cu sonda (pe cale nasală) și la clisme alimentare.

Unii autori consideră ca fiind folosită administrarea de detoxină și vitamina C în doze mari, cu scopul de a spori forțele naturale de apărare.

### 3. Măsuri speciale pentru diferitele localizări:

a) In difteria faringiană: Se obișnuesc compresele Priessnitz, care vor fi schimbată de 2—3 ori pe zi, iar bolnavul va suge din oră în oră tablete disinfectante (formamint, silargette). Din când în când se va face și igiena cavității bucale prin spălături (apă oxigenată). La copiii mai mici va trebui să ne mulțumim, în locul acestora, să dăm copilului să bea des mici cantități de apă cu zeamă de lămâie proaspete sau ceaiu de mușețel sau ceaiu de jaleș.

S'a renunțat la alte metode de tratament local, supărătoare pentru copii, ca de ex. insuflația de pyocyanază, bolus sau pensulări etc.

11  
00

b) In difteria nasală: De cele mai multe ori este deajuns a unge excoriațiunile orificiilor nasale cu vaselină boricată sau cu alifie cu precipitat alb de mercur, iar în caz de dificultăți la sugere din cauza obstrucției căii nasale să se instileze înainte de fiecare alăptare câteva picături dintr'o soluție de adrenalină (1 : 1000) și apă boricată aa.

Acela care nu dorește să se lipsească de *tratamentul local*, poate să instileze în nas cu ajutorul unei pipete de 3—4 ori pe zi câteva picături dintr'o soluție zaharată concentrată (30—40%).

c) In difteria conjunctivală: In stadiul de *infiltrație dură cu caracter lignos* se vor practica spălături abundente cu NaCl fiziologic sau cu acid boric (3%), comprese călduțe (nu ghiață!), ungerea cu alifii anodine.

In stadiul de secreție purulentă: Instilațiuni cu soluție de nitrat de argint 1—2% sau de protargol 5—10% (nu în cazurile de ulcere corneene!). Se mai preconizează și instilațiile cu ser antidifteric care să nu conțină însă acid fenic.

d) In difteria cutanată: Comprese cu soluție de acetat de aluminiu sau soluție de rivanol 1%, până la detasarea depozitelor, apoi se va pudra cu bolus alba sicea sterilizata sau lenicetsilberpuder.

e) In erupul difteric: In momentul prezentării fenomenelor stenozante se va practica o împachetare diaforetică. Pe față anterioară a gâtului (regiunea laringiană) se vor face cataplasme calde, sau se va aplica burete cald. Aerul uscat din cameră accentuează dispnea. Fenomenele subiective vor fi eliminate, *inhalării de văpori calzi* timp de mai multe ori (mai potrivit cu lighianul special pentru inhalării v. p. 492 sau cu ajutorul unui spray-aparăt mai mare; în caz de nevoie ne vom putea ajuta cu: un samovar, așezarea în apă rece a unui fier de călcăt înroșit în foc, întinderea pe sfoară a unor cearșafuri ude). Si mai bine se simt cei mai mulți copii *afară la aer*. (Din acest motiv patul va fi așezat permanent sau cel puțin cu intermitență la aer, la fereastra deschisă sau pe verandă).

Indată ce copiii încep să se agite, este bine să li se administreze sedative în doze mari de ex. calciu parenteral (v. p. 633) apoi chloral-hydrat, allonal, luminal sau altele, copiilor mai mari chiar și dicodid sau morfină și narcophin, cele două din urmă subcutanat. Cu cât mai bine se reușește a menține pe copil într'

stare de somn ușor, cu atât mai mari vor fi succesele de a putea evita intervențiunea operatorie. În cazul însă, când cu toate acestea, fenomenele merg crescând, când se prezintă chiar crize de asfixie, sau dacă dă greș și încercarea de a aspira membranele cu o sondă moale, adaptată la un aspirator de praf, nu se va aștepta cu intervențiunea operatorie până la epuizarea bolnavului. Sunt două procedee care trebuie luate în seamă:

1. *Intubațiunea după O'Dwyer* constituie metoda de elecțiune, abstragând de puținele excepții (v. m. j.). Trebuie să fie încercată totdeauna.

*Avantajele:* Este o intervențiune nesângerândă, ușor de practicat, nu reclamă narcoză; asistența și luminozitatea nu au o prea mare importanță; nu există hemoragii postoperatorii și nici infecțiunea plăgii; durata tratamentului este mai scurtă.

*Desavantaje:* Eliminarea ocasională a tubului prin tuse, de multe ori și obstrucțunea acestuia prin membrane, putând să cauzeze chiar asfixia bolnavului. Din acest motiv intubațiunea va fi practicată numai acolo unde există personal instruit și medici care și-au însușit tehnica și care să poată interveni de urgență dacă este cazul. Ulcerațiunile de decubit ușoare sunt frecvente, uneori ele pot fi mai grave.

*Contraindicațiunile:* Crupul descendant profund (difteria bronșică înținsă), leziuni faringiane grave, ipertrofia exagerată a amigdalelor.

*Tehnică:* A se vedea la intubațiune p. 494.

2. *Traheotomia: Indicațiunile:* Angina difterică foarte gravă și stenoza în crupul descendant, care nu poate fi înălțată prin intubațiune; apoi când după câteva zile (3—4) tubul nu poate fi scos fără riscul de revenire a pericolului de asfixie (căci altfel amenință pericolul ulcerelor de decubit). În aceste cazuri pe căt posibil traheotomia va fi practicată pe bolnavul intubat. Privitor la tehnica a se consulta tratatele de chirurgie. În majoritatea cazurilor va fi preferată traheotomia inferioară. În caz de dificultăți la decanulare, intubațiunea este de natură să ne facă iarăși un bun serviciu.

f) *In turburări cardio-vasculare:* Cordul va trebui controlat cu minutiozitate în cursul întregii evoluții a difteriei, dacă este posibil chiar la cardiograf. Încă dela început se va acorda o atențiuime deosebită, ca bolnavul să rămână pe căt posibil în liniste și să evite emoțiile. *O bună artă de a îngriji* poate avea efecte superioare acțiunii medicale. Repaos prelungit la pat, pe căt posibil afară, dacă timpul este potrivit.

In *turburările circulatorii* prin ipotonie vasculară de origine

toxică, cu puls slab și cu tensiunea arterială considerabil scăzută, în stadiul inițial al boalei (cam 1 săptămână): se va administra peroral glucoză din abundență, în cazuri grave însă totdeauna chiar și intravenos (zilnic 20—40 cmc. dintr'o soluție de 25%). Dintre medicamente vor fi întrebuitătate în această perioadă de boală sympathetol parenteral, în caz de nevoie (puls!) cam din 2 în 2 ore, sau ephetonin peroral.

 Într'o perioadă mai înaintată, când se prezintă fenomenele de insuficiență cardiacă, în majoritatea cazurilor după împlinirea primei săptămâni de boală, ca: paloare, apatie, pielea rece, vărsături, colici abdominale și congestia ficatului, cărora li se mai asociază în curând în cursul evoluției: sgomotul al doilea asurzit sau accentuat cu aritmie, este dată indicațiunea întrebuitării preparatelor de digitală, printre care noi dăm preferință stofantinei cu o acțiune obiectivă și subiectivă promptă. Cu titlu de încercare se va injecta 0,1 sau 0,15 mg. intravenos, controlând ritmul; dacă apare o aritmie de durată mai lungă vom reduce doza, în caz contrar vom urca până la 3—10 γ<sup>1</sup> pe kg. greutate corp. În cele mai multe cazuri 1—2 injecții pe zi sunt deajuns. După trei zile de tratament o pauză este folosită, dar nu absolut necesară. Ca surogat peroral al stofantinei este elogiat pe drept cedilanidul. Cafeina ne dă mult ajutor. Agitația va fi combatută prin pantopon, vărsăturile cu nautisan. În caz de colaps vom administra iarăși sympathetol tot la 2 ore, alternând și cu coramină (1,0 cmc.), apoi în caz de paralizie vasculară a sistemului venos (scăderea tensiunii arteriale și diminuarea volumului de sânge ajuns în circulație) și veriazol intramuscular (v. p. 673) precum și tonephin.

Chiar și după stingerea fenomenelor de insuficiență cardiacă repaosul la pat va trebui respectat pentru mai multe săptămâni (eventual sub forma de cură de repaos afară). În acest stadiu eu văd unele rezultate dela siropul cu hipofosfīti.

g) In paraliziile postdifterice. Cazurile usoare se vindecă spontan. Repaosul la pat și alimentaționea întăritoare sunt suficiente.

 În cazurile grave se va administra zilnic sau tot la 2 zile subcutanat sau rectal nitrat de strichnină (strychnin, nitr.  $\frac{1}{2}$ —1—2 mg. pro dosi) sau chiar și intravenos (0,001 gr., adică  $\frac{1}{3}$  dintr'o fiolă

<sup>1</sup> 1 γ = 0,001 mgr.

originală de căte 3 mg., de 2 ori pe săptămână). Se mai preconizează și *tetrophan* (pe cale orală sau 1—3 ori consecutiv pe cale rahidiană), iar mai recent *vitamina B<sub>1</sub>* (la început zilnic de 2 ori 2 cmc., mai târziu 1 cmc. de betaxin sau betabion). Ambele întrebuiințate în doze masive ar exercita o acțiune salvatoare în *paralizia diafragmului* (aserțiune care merită să fie confirmată prin noi observații). Efectul vitaminei *B<sub>1</sub>* asupra celorlalte feluri de paralizii nu este încă demonstrat cel puțin deocamdată. În cazurile grave cu paralizia mușchilor respiratorii se întrebuiințează în instituții aparate speciale pentru întreținerea respirației artificiale, dintre care amintim în deosebi „*biomotor*“-ul lui *Eisenmenger*. Acțiunea lor este fără îndoială bună, ele pot prelungi viața, ceea ce uneori echivalează cu o adevărată salvare a vieții, dat fiind mersul fluctuant al turburărilor. Aceste variații îngreunează de altfel posibilitățile de apreciere a diferenților agenti terapeutici a căror acțiune este poate exagerată în tratamentul paraliziilor.

Privitor la alimentațiu v. p. 387.

Sunt folositoare: masajul, mișcările active și pasive cu efect corectiv.

h) In cazul purtătorilor de germenii: La majoritatea absolută a bolnavilor de difterie bacilii dispar după 3—4 săptămâni. Tratamentul grupelor mici, dar foarte importantă, a purtătorilor de germenii până acum nu prea a dat rezultate. Toate mijloacele cu aplicație locală, preconizate în acest scop, au un efect insuficient. Mai curând ar putea fi recomandate instilațiile nasale de mai multe ori pe zi a 1—2 picături dintr-o soluție de targesin 15% sau de soluție de pyoktanin 3% în fiecare orificiu nasal, dând capul pe spate, și gargare repetate cu zeamă de lămăie diluată pe jumătate. Nici röntgenterapia nu exercită o acțiune certă. Detoxin, mesudin, surfen, pyrifer și altele, se află încă în fază de experimentare. Amigdalectomia nu va fi practicată dacă nu există în același timp și alte indicații.

Cel mai bun efect poate fi scontat toluși dela petrecerea cât mai mult posibilă în aer și dela băile de soare.

Dezideratul de a suspenda carantina pentru purtătorii de germenii abia după ce examenul bacteriologic repetat de vreo 2—3 ori a dat rezultate negative, trebuie să fie respectat încă deocamdată în ciuda unor constatări de ordin practic și a unor șovăiri.