

Clinica de pediatrie (cond.: prof. Gy. Puskás, doctor în științe medicale)  
și Clinica de neurologie și neurochirurgie (cond.: prof. T. Andrásófszky,  
doctor în științe medicale) din Tg.-Mureș

## CONTRIBUȚII LA STUDIUL MODIFICĂRILOR ELECTROCLINICE ÎN CONVULSIILE FEBRILE ALE COPILULUI SUB 3 ANI

Gy. Puskás, Catrinel Rusnac, L. Szabó, C. Rusnac, Lucia Horga

În pediatrie E.E.G. și-a găsit un larg cimp de aplicare, atît ca metodă de cercetare științifică, cît și ca metodă curentă de explorare funcțională și diagnostică. În vîrsta copilăriei problema principală a fost aceea de a defini E.E.G. normală, ținînd seamă de particularitățile și aspectele sale considerate normale pentru vîrsta respectivă (7, 13).

Cunoscînd faptul că fiecare vîrstă își are traseul ei, E.E.G. normală pentru o vîrstă este patologică pentru alta. De asemenea, E.E.G. normală nu permite să se afirme că un copil este indemn de orice afecțiune cerebrală. S-au găsit trasee normale chiar la copii cu epilepsie clinică, după cum la copii clinic sănătoși se pot întîlni trasee alterate. Rezultă că și la copii normali E.E.G. prezintă aspecte variate cu limite relative și neprecise între normal și patologic (7).

O altă particularitate a E.E.G. la copil este absența paralelismului dintre aspectele sale și evoluția clinică. Se poate întîlni ameliorare clinică evidentă, în timp ce traseul rămîne mult timp alterat (8). Dispariția după boală a anomaliilor electrice este rar o garanție pentru vindecare. Diversitatea aspectelor E.E.G. la copii normali, discordanța electroclinică, lipsa de specificitate pentru un anumit proces patologic impun în mod obligator interpretarea în dinamica traseelor, iar aceasta numai în corelație cu clinica.

Una din aplicațiile importante ale E.E.G. în pediatrie îl constituie capitoul convulsiilor infantile. Tablourile E.E.G. îmbracă în convulsiile copilului aspecte diferite, ce variază de la traseul normal, disritmie ușoară, unde lente, vîrfuri izolate, hipersincronizare, descărcări de vîrfuri și vîrfuri-undă, focare iritative, și disritmie lentă pînă la liniște electrică (3) (fig. 1. 2. 3, 4). Aceste trasee variate trebuie încadrate în contextul clinic, pentru a putea fi corect interpretate. Studiul electroclinic a definit limita convulsiilor febrile funcționale de cele precedate de traume nervoase și metabolice (6). Convulsiile febrile sînt în general acelea care apar cu ocazia unui episod acut infecțios, uneori destul de banal.

Prin acțiunea directă nespecifică asupra creierului copilului, infecția acută febrilă determină leziuni cerebrale mai mult sau mai puțin reversibile, responsabile de accesul convulsiv. Declanșarea acestuia este și în funcție de constelația endocrină, humorală și ereditară proprie fiecărui copil. Pe de altă parte, infecția poate trezi o predispoziție epileptică latentă a cărei formare a fost favorizată de un traumatism obstetrical, de o leziune postencefalică ori de altă natură.

Privite astfel, convulsiile febrile ale copilului pot fi: 1. — funcționale (c.f.f.), simple, declanșate de un factor extracerebral, survenind la un copil aparent sănătos, fără atingere primitivă a s.n.c. sau 2. — convulsiile febrile

organice (c.f.o.). complicate. atipice. precedate de traume nervoase și metabolice. cînd copilul are un trecut patologic predispozant. o leziune cerebrală anterioară. De aici. importanța anamnezei corecte.

Practic este dificilă deosebirea distinctă între aceste două entități clinice: c.f.f. benigne fără urmări și c.f.o. grave ce constituie primul pas către epilepsie. Ambele sînt grave, traducînd o atingere funcțională sau lezională mai mult sau mai puțin reversibilă a creierului copilului. Delimitarea între alterația funcțională și leziunea anatomică nu este ușoară.

În toate timpurile. pediatrii au avut puncte de vedere diferite asupra convulsiilor febrile. La baza divergențelor a stat raportul dintre epilepsie și convulsii, atît sub aspectul clinic — al evoluției — cît și în ceea ce privește criteriile de interpretare E.E.G., studiul acesteia din urmă contribuind la elucidarea problemei.

În timpul accesului sau postcritic. traseele E.E.G. pot fi normale sau alterate în diferite grade. În interpretarea acestora trebuie ținut cont de alterațiile postcritice sau apariția unei noi crize. Resorbția completă rapidă a anomaliilor (7—15 zile) caracterizează c.f.f., pe cînd anomaliile bioelectrice. ce traduc o suferință cerebrală lezională (traseele epileptice). durează mai mult și este greu de admis că a fost vorba de un acces convulsiv-benign. Ele însă nu vor fi etichetate ca epilepsie decît în prezența simptomatologiei clinice manifeste (12. 13). Persistența alterațiilor sau transformarea lor morfologică întunecă prognosticul. De altfel. traseele epileptice. au suscitât discuții nu numai asupra semnificației și evoluției lor. dar și mai ales asupra momentului instituirii terapiei anticomțiale.

În lumina acestor date generale. convulsiile infantile sub 3 ani. atît de frecvente și zgomotoase în clinică. prezintă importanță prin repercursiunile grave ce le pot avea asupra dezvoltării neuro-psișice a copilului. Cu toate că s-au făcut numeroase cercetări pentru cunoașterea lor. semiologia electroclinică nu a fost complet epuizată.

Din aceste considerente am selecționat un lot de 80 copii sub 3 ani care au prezentat convulsii în cadrul diferitelor stări patologice (meningo-encefalite. pneumopatii dispneizante. toxicoză. sindrom neurotoxic și diferite stări febrile infecțioase). Am efectuat un studiu complex al modificărilor electroclinice în corelație cu anumite date biologice. Prezenta lucrare constituie numai o parte a comunicărilor ce vor urma pe grupe de afecțiuni.

În cercetările noastre am urmărit cunoașterea modificărilor recente ale funcțiilor cerebrale și tratarea lor în vederea prevenirii sechelelor neuro-psișice. epilepsie (vezi tabelul nr. 1).

#### *Material și metodă*

Studiul nostru cuprinde 13 copii sub 3 ani. cu convulsii febrile. dintre care 8 c.f.f. (la care s-au efectuat 26 E.E.G.) și 5 copii cu c.f.o. (la care s-au efectuat 20 E.E.G.). Ambele categorii au fost urmărite timp de 2 ani din punct de vedere clinic și E.E.G. (tabel nr. 1. 2. 3). Menționăm că acești copii au fost selecționați dintre copiii internați în clinică pentru convulsii febrile și care au prezentat modificări E.E.G. de la prima înregistrare (vezi tabelul nr. 2).

#### *Rezultate*

În ceea ce privește evoluția clinică a copiilor noștri. din tabelul 2 se desprind următoarele date. Anamneza a relevat suferințe la naștere la 5 copii (grupa convulsiilor febrile organice). Ex.: circulară de cordon (obs. 9). naștere cu aplicare de forceps (obs. 10). asfixie albastră la naștere (obs. 11 și 12). naștere laborioasă (obs. 13).

Tabelul nr. 1.  
(Material și metodă)

Nr.	Obs.	Sex	Vârsta în luni	Diagnostic la internare	Convulsii			EEG		Total
					Funcționale	organice	În cursul internării	Con-troale periodice		
1	K.R.	f	6	Rinofaringită acută	+	—	2	3	5	
2	P.D.	f	2,5	Otită congest. distrofie II	+	—	3	3	6	
3	P.L.	m	9	Otită congest.	+	—	1	2	3	
4	F.S.	m	3	Rinofaringită acută	+	—	1	1	2	
5	T.C.	m	2	Rinofaringită acută	+	—	1	1	2	
6	A.M.	m	19	Faringo-amigd. acută	+	—	1	2	3	
7	S.E.	m	24	Amigdalită ac.	+	—	1	2	3	
8	G.G.	m	1,4	Otită purulentă	+	—	1	1	2	
9	N.T.	m	6	Otită congest. Rahitism florid	—	+	2	3	5	
10	M.L.	f	18	Amigdalită ac.	—	+	2	2	4	
11	S.R.	f	24	Amigdalită ac.	—	+	2	—	2	
12	J.S.	m	2,5	Rinofaringită acută	—	+	1	2	3	
13	P.M.	f	1	Rinofaringită acută	—	+	3	3	6	

Pe lângă febră ridicată toți copiii au prezentat la internare convulsii. După aspectul clinic al convulsiilor am deosebit 3 grupe de copii: un grup (8 copii, obs. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12) au prezentat convulsii tonico-clonice generalizate, unice. Al grup de 4 copii (obs. 1, 2, 9, 10) au repetat convulsii tonico-clonice generalizate, fie în cursul primei internări, fie ulterior. Al 3-lea grup cuprinde un singur copil (obs. 13), care a prezentat convulsii localizate și unice.

Comparând evoluția clinică la copiii cu convulsii febrile funcționale și organice, nu am găsit nici o diferență, vindecarea clinică fiind prezentă în ambele grupe cu excepția a doi copii (obs. 2 și 9) care prezintă sechele motorii (hipotonie musculară).

Ultimul fapt ce se desprinde din citirea tabelului 2 este discrepanța între evoluția clinică favorabilă și persistența traseelor E.E.G. alterate.

Pentru a putea urmări evoluția modificărilor E.E.G. și eficacitatea tratamentului am efectuat controale E.E.G. repetate la intervale fixe de timp, la 15 zile, o lună, 3 luni, 6 luni, 1 și 2 ani de la prima convulsie, obținând pînă la 5—6 trasee la un copil (în total 46 E.E.G.).

Dorind să cunoaștem aspectul traseului E.E.G. în ziua crizei și imediat după aceea, am seriat prima înregistrare de la 1 la 8 zile. Aceste înregistrări precoce arată traseul cel mai alterat (trasee epileptice) în 5 din 13 cazuri (obs. 2, 4, 7, 8, 13). Evoluția în dinamica acestor anomalii de tip comițial a arătat: vindecare spontană în 2 cazuri (obs. 4, 7) și ameliorare în celelalte 3 cazuri (spontană în obs. 8 și după tratament anticomital în obs. 2 și 13). În ceea ce privește cele 8 trasee ne-epileptice (obs. 1, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12) am observat: normalizare în 2 cazuri (obs. 3, 11), staționare la un caz (obs. 5) și apariția potențialelor epileptice în 4 cazuri.

Acestea au apărut la intervale diferite față de prima convulsie, de ex.: la 12 zile (obs. 1, fig. 3 a), la un an (obs. 6), la 21 zile (obs. 9, fig. 2 b), la 3 luni (obs. 10) și la 6 săptămâni (obs. 12).

În tabelul 3 sînt redare comparativ aspectele E.E.G. la cele două categorii de convulsii febrile, la internare și la ultimul control. S-a observat că în c.f.f. traseele sînt inițial mai alterate; trasee epileptice la 4 din 8 copii (obs. 2, 4, 7, 8). Anomaliile grave au persistat în special în cazurile la care convulsiile s-au repetat sau au fost de mai lungă durată (obs. 2, fig. 1 c).

La c.f.c. inițial am întîlnit doar la un caz traseu epileptic (obs. 13). Iar la 3 cazuri a apărut ulterior (obs. 9, 10, 12). În timpul urmării lor, s-a observat pe lingă evoluție clinică favorabilă, ameliorare electrică spontană la un caz (obs. 12). Iar la un alt caz chiar vindecare electrică după un tratament de 9 luni (obs. 13, fig. 4 b, la 6 luni de la începerea tratamentului). La obs. 9, 10, care au repetat convulsiile chiar și sub tratamentul instituit, nu s-a obținut decît ameliorare electrică (tratament de 7 luni, respectiv de 1,6 ani). Doar un singur caz din această grupă de c.f.o. n-a prezentat anomalii comițiale nici inițial, nici posteritic: ulterior am observat vindecare spontană electrică (la 10 zile, obs. 11).

### Discutarea rezultatelor

Cu tot numărul mic al cazurilor, studiul analitic al celor 46 trasee E.E.G. pune în evidență tipurile principale de anomalii frecvent întîlnite în cazul sindromului febril infecțios la cazurile noastre.

De asemenea am constatat cîteva corelații interesante. Astfel, normalizarea E.E.G. a survenit la copii la care nu s-au mai repetat convulsiile, au urmat tratament, au fost supravegheați (obs. 3, 4, 7, 11, 13) chiar dacă inițial au constituit o mare problemă din punct de vedere clinic și E.E.G.

Se pare că persistența alterațiilor importante, transformarea lor morfologică peste 1—3 luni, întunecă prognosticul (obs. 1, 2, 6, 9, 10). Am constatat aceasta în special la copiii la care crizele s-au repetat și a căror durată a fost aproximativ pînă la o jumătate de oră (obs. 2, 9, 10).

Nu am constatat totdeauna corespondența între evoluția clinică și cea electrică, de ex. evoluție clinică favorabilă cu toată persistența sau chiar agravarea traseelor electrice, ca în cazurile (obs. 1, 12) și invers (obs. 2).

Am fost surprinși de numărul mare de anomalii epileptice (10 din 13) și persistența lor la copiii cu anamneză încărcată, fapt care ne-a impus tratarea lor ca atare (obs. 1, 2, 9, 10, 13).

Modificările E.E.G. focalizate ne-au indicat rolul declanșator al factorului infecțios-febril, pe o leziune cerebrală focalizată (obs. 9, 10, 11) și indică probabil restructurarea diagnosticului inițial în cazul obs. 1 și în special al obs. 2 (fig. 1 a, b, c).

Ca o curiozitate expunem cazul P.M. (obs. 13) care se internează la o lună după naștere laborioasă cu convulsii în cadrul unei rinofaringite febrile (convulsiile au fost unice și localizate la nivelul feței și membrului superior drept). Prima E.E.G., efectuată în ziua a 3-a după convulsii, arată focar lezional stîng (fig. 4 a). La o lună focar iritativ stîng, la 8 luni ameliorarea traseului difuz iritativ (fig. 4 b), la 10 luni disritmie lentă cu predominanță dreaptă, iar la un an aspect electric corespunzător vârstei. Menționăm că de la vîrsta de două luni a urmat tratament anticomițial și anabolizant cerebral în vederea favorizării maturității electrice, pe care îl va mai continua cel puțin 2 ani, sub control periodic E.E.G. De reținut în acest caz evoluția clinică și electrică favorabilă deși prezența convulsiilor localizate este considerată drept un semn de gravitate.

Cunoscînd că nu este indiferent ca un copil să prezinte anomalii E.E.G., am urmărit în studiul nostru să aflăm în ce măsură aceste alterații electrice pot avea sau nu consecințe tardive clinice.

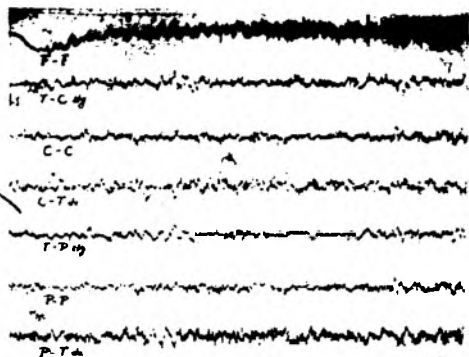


Fig. nr. 1. a.: Inregistrare electroencefalografică la copilul P. D. de 2,5 luni cu convulsii febrile. E.E.G. efectuată la 6 zile după convulsii repetate. Se observă traseu disritmic, neregulat, cu câteva semne comițiale discrete în regiunea temporală dreaptă.

Fig. nr. 1. b.: Același caz la vârsta de 4 luni (6 săptămâni de la convulsii). Traseul este difuz încetinit cu o ușoară asimetrie interemisferică; activitate lentă continuă în regiunea temporală stângă.

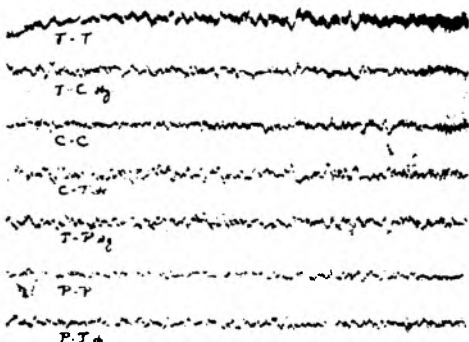
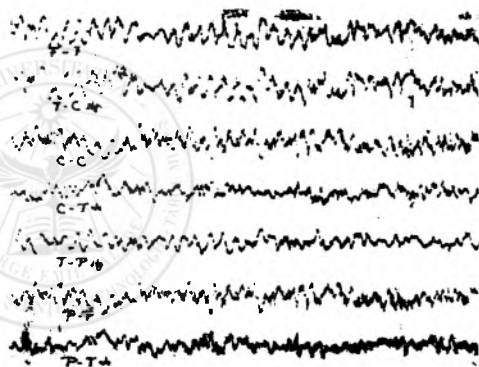


Fig. nr. 1. c.: Același caz la vârsta de 23 luni și 2 săptămâni (1 an și 9 luni de la convulsii). Traseu disritmic cu numeroase semne iritative difuze, mai accentuate pe partea dreaptă. Traseul este mult ameliorat.

Fig. nr. 2. a.: Înregistrare electroencefalo-  
grafică la copilul N. T. de 6 luni cu con-  
vulsii febrile. E.E.G. efectuată la o zi  
după convulsii. Se observă o activitate  
disritmică, difuz iritativă, fără anomalii  
comițiale concluyente.

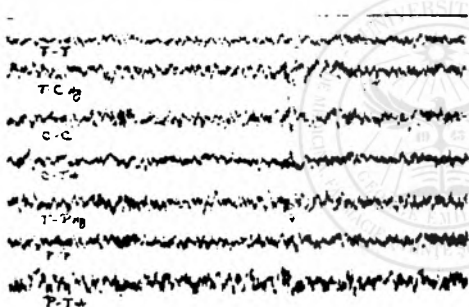


Fig. nr. 3. a.: Înregistrare electroencefalo-  
grafică la copilul K. R. de 6 luni cu con-  
vulsii febrile. E.E.G. efectuată la 12 zile  
după convulsii. Se observă traseu cu ca-  
racter de tip comițial, cu descărcări de ori-  
gine profundă cu predominanță stângă.

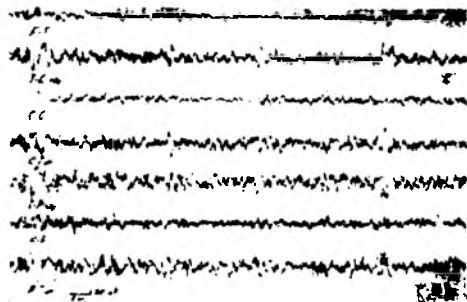


Fig. nr. 2. b.: Același caz peste 21 zile. Se  
pune în evidență o singură descărcare co-  
mițială în regiunea temporală stângă.

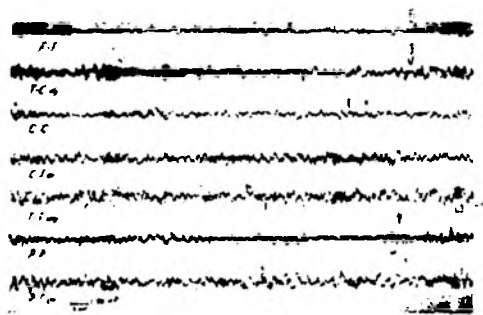


Fig. nr. 3. b.: Același caz la vîrsta de 9 luni (3 luni de la convulsii). Se observă ameliorarea traseului bioelectric cu semne comițiale discrete.

Fig. nr. 4. a.: Înregistrare electroencefalografică la copilul P. M. de 4 săptămîni cu convulsii febrile. E.E.G. efectuată la 3 zile după convulsii. Se observă asimetric interemisferică cu mai multe bufaturi de unde lente și ampu hipervoltate pe derivațiile temporale stîngi (focar lezional și iritativ).

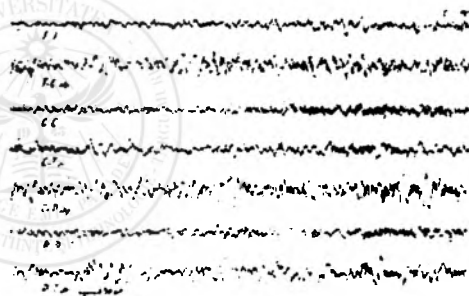
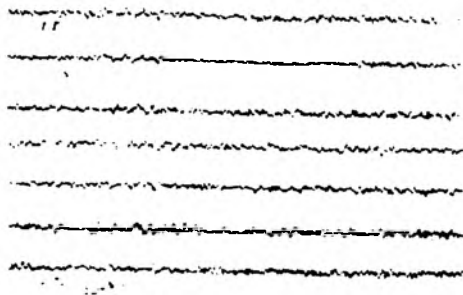


Fig. nr. 4. b.: Același caz la vîrsta de 8 luni (7 luni de la convulsii). Traseul este mult ameliorat, difuz iritativ, fără anomalii bioelectrice de tip lezional, fără asimetric interemisferică.



**Tabelul nr. 2.**  
(Evoluția clinică și E.E.G.)

Obs.	Nașterea			Caracterile clinice ale convulsiilor			Evoluție					
	nor- mală	patolog.	Unice	Repe- tate	Loca- lizate	Gene- ralizate	Clinică			E.E.G.		
							vinde- care	sechele		Norma- lizată	Patolo- gică	Total
							mot.	psih.	epi- lep.			
1	+	-	-	+	-	+	+	-	-	-	5	5
2	+	-	-	+	-	-	+	-	-	-	6	6
3	+	-	+	+	-	+	+	-	-	-	1	3
4	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-	1	2
5	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-	2	2
6	+	-	+	+	-	+	+	-	-	-	3	3
7	+	-	+	+	-	+	+	-	-	-	2	3
8	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-	2	2
9	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	5	5
10	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	4	4
11	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	1	2
12	-	+	+	-	-	+	+	-	-	-	3	3
13	-	+	+	-	+	-	+	-	-	+	5	6

**Tabelul nr. 3.**

Compararea modificărilor EEG la internare și ultimul control  
Traseele epileptice

Aspectul EEG	Internare		Aspectul EEG	Ultimul control	
	Convul- sii febrile funct.	Convul- sii febrile organ.		Convul- sii febrile funct.	Convul- sii febrile organ.
Normal	-	-	Normal	3	2
Traseu epileptic	4	1	Traseu epileptic	3	2
Distrimie	2	1	Distrimie	2	1
Reactivitate convulsivantă	2	3	Reactivitate convulsivantă	-	-
<b>Traseele epileptice</b>					
Focar lezional	-	1	Focar lezional	-	-
Focar iritativ	4	-	Focar iritativ	3	2



Pentru aceasta, în fața unui copil care prezintă primele convulsii hiperpiretice ocazionate de o infecție banală, preocuparea noastră trebuie să fie urmărirea lui clinică și E.E.G. Interesul major față de acest grup de convulsii rezidă în prognosticul lor care trebuie să rămână rezervat. Ținând cont că epilepsia adultului este urmarea prelungită a epilepsiei care înfloreste în copilărie și că aceasta comportă foarte des o etiologie obstetricală, profilaxia trebuie să se înceapă la naștere prin prevenirea traumatismului.

Metoda noastră nu prezintă originalitate, dar permite aprofundarea studiului E.E.G. la copilul cu convulsii febrile. Mai mult, a permis (la cazurile noastre) să ne orientăm tratamentul, să ameliorăm prognosticul sau chiar să obținem la unii remisie (vindecare?) clinică și electrică.

### Concluzii

S-au urmărit modificările electroclinice la 13 copii sub 3 ani, cu convulsii febrile (8 copii cu c.f.f. și 5 copii cu c.f.o.). S-au efectuat 46 examinări E.E.G. atât în cursul internării cât și la controale seriate într-o perioadă de 2 ani, pentru a urmări evoluția spontană a anomaliilor și eficacitatea tratamentului la cei tratați. S-a constatat normalizarea E.E.G. la copiii la care convulsiile nu s-au mai repetat sau sub tratament anticomital de durată, chiar dacă inițial au constituit o mare problemă clinică și E.E.G. S-a găsit un număr crescut de trasee epileptice (10 din 13), fie inițial, fie postcritic. Evoluția lor a fost favorabilă, atât la c.f.f. cât și la c.f.o., când convulsiile nu s-au mai repetat sau au urmat tratamentul prescris. Persistența lor am întâlnit-o în special la copiii cu anamneză încărcată sau când convulsiile s-au repetat, au fost de durată, chiar sub tratament. Nu am întâlnit totdeauna corespondență între evoluția clinică și cea electrică. Nu am observat nici o manifestare clinică de comițialitate, probabil datorită vârstei mici, perioadei scurte de urmărire cit și tratamentului instituit.

Propunem o mai strinsă colaborare a pediatrului de clinică cu cel de teren, cu rețeaua de nou-născuți și a tuturor cu laboratorul E.E.G. pentru prevenirea sechelelor neuro-psihice, a epilepsiei, în vîrsta copilăriei. Aceasta va fi realizabilă prin prevenirea traumatismului obstetrical, a imaturității, prin dispensarizarea copiilor cu convulsii febrile și eventual tratarea lor corespunzătoare.

Sosit la redacție: 7 octombrie 1965.

### Bibliografie

1. BRETON A.: Sem. des. Hôp. Paris (1960), 2938; 2. CALCAIANU C., STOICĂ I.: Electroencefalografie și electromiografie, Ed. Med. Buc (1963); 3. CAVAZUTTI C. M.: Arch. Franc. Ped. (1961), XVIII., 3, 389; 4. CHAPTAL J., RASSOUNT R.: Arch. Franc. Ped. (1953), X, 5; 5. CHAPTAL J.: Arch. Franc. Ped. (1962), XIX., 6; 6. CONSTANTINESCU C., PETRESCU COMAN V., ROSA VEIDENFELD, VIORICA IONESCU, TONCESCU N.: Pediatria (Buc.) (1964), 3, 239; 7. DEBRE R., MOZZICONACCI M-me LERIQUE, DELARNE: Arch. Franc. Ped. (1947), IV., 1, 75; 8. DRĂGANESCU ST.: Encefalitele virotice umane, Ed. Med. Buc. 19, 290; 9. GASTAUT H.: Rev. Neurologique (1958), 99; 10. IANCU A., IACOB ȘT., IANCU A. T. jr., DIVIN M., CHISU A., RACASAN.: Ped. Buc. (1965), 1, 1; 11. KELLER W., WISKOTT A.: Lehrbuch d. Kinderheilkunde, Thieme-Verlag, Stuttgart (1961); 12. KREINDLER A.: Epilepsia, Ed. Acad. R.P.R., Buc. (1955); 13. KREINDLER A., CRIGHEL E., STOICA I.: Epilepsia infantilă, Ed. Acad. R.P.R. (1960); 14. KREINDLER A., VOICULESCU V., CRIGHEL E.: Neurologia (Buc.) (1956), 3, 28; 15. LAPLAN I.: Arch. Franc. Ped. (1950), VII.; 16. LESNY Y.: Rev. Neurol. (1950), 83, 192; 17. LESNY Y.: Elektroenzephalographie im Kindesalter, VEB Verlag Volk u. Gesundheit, Berlin (1962); 18. MARIE J., SALLET J., ELIACHAR E., LERIQUE A. et colab.: Arch. Franc. Ped. (1955), XI., 5; 19. MĂRMOR I.: Stud. și cercet. fiziol.

(1962), 3, 433; 20. NIEMAN P.: Sem. des Hôp. Paris (1960), 2663; 21. PETRESCU COMAN V., CONSTANTINESCU G., STEINBERG L., COSMOIU: Electroencefalograma, Conferința de Pediatrie din 1956, febr. București; 22. PUSKAS GY., CATRINEL RUSNAC, KELEMEN I., SZABÓ L.: Comunicare la Congresul Național de Pediatrie, Buc. 1965; 23. RADERMACKER J.: Rev. Neurol. 93, 9, 370; 24. RUDOLF G.: Zeitschrift für Kinderheilkunde (1956), ian. 26. Band 75, 613; 25. SAMSON-DOLLFUSS D.: Presse Médicale (1956), 3; 26. SARROUY CH., M-me SAINT-JEAN. SENDRA L., SABATINI R.: Arch. Franc. Ped. (1955), XII, 1; 27. SUREAU M., FISCHGOLD H.: Sem des Hôp. (1950), 4; 28. STERN L.S.: Analele Rom. Sov. seria med. gen. (1958), 5; 29. SWEET W. H.: Excerpta Medica (1955), VIII, 8—9, 839; 30. WALSA R.: Arch. Franc. Ped. (1961), 3.