

M. v. Pfaundler

Boale de copii

Editura H. Welther, Sibiu 1945

Morbilii (pojarul, rujeola, coriul)

Transmiterea rujeolei (virus!) se produce foarte ușor și prompt prin intermediul picăturilor de spută baciliferă cu prilejul întâlnirii unui copil care nu a făcut încă boala cu alt bolnav de pojar. Este deajuns numai rămânerea pentru un timp scurt în camera bolnavului fără ca să se apropie prea mult de acesta. *Contagiozitatea* este în deosebi mare în stadiul cataral al stării prodromale

¹ Sulfamidele se află în stare de experimentare.

(3—4 zile întâi de aparițunea exantemului) și nu durează decât cel mult 6 zile dela aparițunea erupțiunii.

In general, în primele 3—6 luni există o *imunitate congenitală diaplacentară*. Excepție dela această regulă formează numai copiii a căror mame nu au făcut încă boala. Imunitatea se câștigă aproape în 100% prin facerea boalei o singură dată. Printre indivizii imunizați (adulți) se întâlnesc practic cel mult forme abortive, ignorate și care abia se observă, care pe purtătorii lor (de ex. personalul clinic) uneori îi transformă în purtători de germeni (virus). ☺

Incubația: Până la prezentarea prodromelor 9—11 zile, până la aparițunea exantemului 13—15 zile, la alte boale concomitente și la bolnavii imunizați insuficient în mod artificial (v. m. j. p. 404) și mai lungă.

Diagnosticul: Stadiul prodromelor cu o durată de 3—4 zile cu febră remittentă și fenomene catarale-inflamatorii necaracteristice: conjunctivitate, coriază, faringită, laringită, bronșită uscată. Încă în această fază își fac aparițunea pe mucoasa obrajilor, cele mai multe îndărătul comisurii labiale în dreptul dinților molari inferioiri, puncte albe mititele înconjurate de o zonă roșie (*petele lui Koplik*). Acest semn are o mare importanță pentru punerea unui diagnostic precoce! Totuși el lipsește în deosebi la copiii mici (prezent în 70% din cazuri), sau când apare, punctele sunt izolate, nu se disting bine și dispar, dacă nu s'au șters mai din vreme, cu aparițunea exantemului. Poate simula stomatitele și stomatita albicană. 

Exantemul autentic al pojarului apare cu o nouă ascensiune a febrei, care se urcă brusc, în ziua a 3-a—4-a sub forma la început a unei tumefacții punctiforme foliculare, apoi de pete cu un diametru de 1—3 milimetri, crescând, rotunde, mai târziu dantelate, de o coloare roșie relativ închisă, în primul rând pe față, îndărătul urechilor, întinzându-se apoi progresiv asupra corpului întreg. Erupțiile confluează în grupe de o mărime diferită, printre care se păstrează însă totdeauna insule de piele intactă. În unele părți, exantemul poate deveni hemorrhagic, chiar și în cazul unei evoluții benigne. Deodată cu exantemul, mai frecvent însă în perioada preeruptivă, se prezintă pe mucoasa bucală *enantemul*, niște pete dantelate, neregulate sau lineare, în special pe mucoasa obrajilor pe boltă și vălvul palatin. Concomitent fenomenele catarale se accentuează, iar ganglionii se tumefiază ușor. Urmează un scurt stadiu de eflorescență. După 4—5 zile febra dispare și toate fe-

nomenele de boală regresează. În convalescență se constată de cele mai multe ori descuamație furfuracee a tegumentelor.

(smiley)
nunai ipoteze?

Dela această evoluție normală însă există numeroase abateri în ambele direcții: pe de o parte fenomene prodromale neînsemnate și evoluție abortivă cu enantem și exantem foarte puțin exprimate și fugitive (din care motiv ușor poate fi confundat cu rubeola), pe de altă parte fenomenele catarale inflamatorii foarte violente, care la copii, la nivelul laringelui, se pot accentua, mergând până la croupul rugeolos, cu alterații profunde ale stării generale și turburări sensoriale (delir, convulsiuni). Uneori chiar în aceste forme toxice exantemul este foarte puțin exprimat (pojarul, care „se lasă pe inimă“) sau că el ia o colorație palid-albăstrie (semn de prognostic grav!).

Exantemul de asemenea poate prezenta aspects variabile: de ex. pete mici, fără tendință la confluență (rubeoliform sau scarlatiniform) sau pete mari și urticariene sau hemoragice și numai rareori veziculare.

Dintre complicațiuni amintim următoarele: diaree violentă, uneori dizenteriformă, otită medie, croup, bronșită capilară și bronhopneumonie, care se prezintă de preferință în deosebi la copii mici și distrofici și care pot determina o întorsătură mortală chiar și în perioada de convalescență a boalei. Un prognostic grav caracterizează în special complicațiunea rujeolei cu croupul difteric și encefalita postrujeolică (resp. encefalomielita) (v. p. 284), care de regulă se ivește la 1—3 zile după ce a dispărut febra.

Bolnavii de morbilli manifestă o mare predispoziție la activarea focarelor tuberculoase; din acest motiv, printre boalele secundare se întâlnesc frecvent tuberculoza activă a ganglionilor traheobronșici (adesea cu o infiltrație perifocală), apoi scrofuloza, meningita și tuberculoza miliară. Acest fel de comportare reprezintă numai un aspect special al „stării postmorbiloase“ (status postmobillosus) caracterizat printr-o lipsă totală de rezistență, când insulte infecțioase, chiar neînsemnate acționând în deosebi asupra tegumentelor și mucoaselor, determină ulcerații și necroze cu evoluție nefavorabilă sau în cazul cel mai favorabil cu o evoluție prelungită și care mai face ca rănilor să se vindece numai cu multă greutate.

speculații

Diagnosticul diferențial cu o serie de exanteme morbiliforme, de ex. rubeolă (exantemul este mai palid și cu eflorescențe mai mici semnul lui Koplik absent, catarul oculo-naso-bronșial mai puțin intens, adenite cervicale nuchiale și ale proceselor mastoidiane considerabile), scarlatina, exantemul subit (p. 408), eritemul in-

fecios (v. p. 407) și cel exsudativ multiform, vaccina, gripe, septicemia, sifilisul, turburările de nutrițiu ale sugarilor, boala serului și exantemul medicamentos (de ex. antipyrină, iod, luminal).

Pentru pojar pledează *tabloul sanguin* (în plină boală leucopenia și hipoeosinofilia) și *diazoreacțiunea pozitivă*.

Prognosticul la copiii mai mari în general este bun, la copiii din primii ani, în special la cei rahițici, din cauza complicațiunilor pulmonare frecvente, totdeauna rezervat. Și în zilele noastre mortalitatea copiilor mici prin rujeola este încă foarte mare. Pojarul ucide nu atât prin sine însuși, ci aproape exclusiv prin diminuarea rezistenței. *dovezi?*

Profilaxia: Izolare copilului sănătos de cel bolnav, de îndată ce rujeola a fost decelată cu certitudine, aproape întotdeauna se face cu întârziere și de aceea ei îi revine din punct de vedere practic o mică importanță. Cei mai pericliți și de aceea cei care trebuesc feriți mai mult de contagiune, sunt copiii până la împlinirea vîrstei de trei ani, precum și toți copiii rahițici sau bolnavi de tuberculoză. Din fericire, astăzi se reușește grație descoperirii lui R. Degkwitz (München 1920) aferitătă de contaminare pe copiii expuși, cât și de îmbolnăvire pe cei infectați cu morbilli, resp. a împiedeca izbucnirea boalei prin injectarea intramusculară la timp în doze suficiente a serului de convalescent, adică un ser prelevat dela un convalescent de morbilli altcum sănătos, pe cât posibil după 7–8 zile dela disparația febrei. Este mai bine ca serul să fie recoltat dela mai mulți convalescenți și el să fie amestecat! Cantitatea de anticorpi cuprinși în 5 resp. 3 cmc. de astfel de ser, reprezintă o unitate de protecție. O simplă unitate este suficientă pentru ca să prevină boala la un copil sănătos, care s-ar afla cel mult în ziua a 4-a de incubație. Acest termen coincide de cele mai multe ori cu ziua când apare erupția la copilul care a devenit sursa de infecție. În ziua a 5-a și a 6-a de incubație, pentru a putea obține o protecție suficientă, este nevoie de cel puțin 2 unități (7–10 cmc.). La fel la copiii bolnavi de alte boale, în deosebi cu afecțiuni febrile, la cei mai în vîrstă, încă în ziua a 4-a de incubație. După 7 zile dela contactul infectant nu se mai poate conta pe vreo protecție, chiar dacă dozele de ser ar fi urcate și mai mult. Imunitatea obținută în felul acesta, este de o durată variabilă și în funcție de stadiul infecției din momentul efectuării injecțiunii (1–6 luni), cu atât mai lungă, cu cât mai

dovezi?

multe zile au trecut dela contactul infectant și cu căt mai înaintat a fost și procesul de imunizare *activă* care a evoluat simultan.

Dacă dozarea serului injectat în primele 4—6 zile de incubație a fost insuficientă, pojarul va apărea, dar în cele mai multe cazuri sub o formă atenuată. Astfel de forme *fruste de pojar* sau morbilloid se caracterizează în majoritatea cazurilor printr-o perioadă de incubație prelungită (până la 20 zile și chiar și mai mult) printr'un catar oculo-naso-bronșic foarte atenuat (semnul lui Koplik adesea absent), febra mică, uneori chiar absență, exantem compus din elemente cutanate rare sau modificate, rubroloforme sau mai curând nodulare; înainte de toate însă prin lipsa totală a complicațiunilor pulmonare, atât de temute.

In lipsa serului de convalescent se poate lua *sânge dela adulți*, mai bine dela mamă, dacă avem certitudinea, că a făcut morbilli. In acest caz se va injecta inframacular însă o doză de cel puțin 20—30 cmc. de sângel recent prelevat. In comert se găsește și homoseran, preparat din sângel placentar. Cu o prevenire totală se poate conta cu această metodă, ce e drept numai într-o fracție de cazuri (aproximativ 40%), în schimb se poate obține o atenuare a rujeolei în majoritatea cazurilor, fapt care pentru copilul din familia proprie este de preferat, din cauza imunizării active permanente. Poate că este mai eficace însă sângele dela adulții, care au venit adesea în contact cu bolnavii de pojar (îngrijitoare, medici, în special aceia care activează în secțiile de rujeoloși).

ACTIONEA DE ATENUARE A CLISMELOR REPEATE CU URINĂ dela convalescenți, câte 10—20 cmc. (chiar și după 9—11 zile dela contactul infecțios, are nevoie urgentă de a fi confirmată.

La locul de injecție a serului, în cazuri excepționale, se produce în ziua a 10—12-a de incubație o tumefacție dureroasă cu urcarea temperaturii, datorită acțiunii de antigen-anticorp, care simulează o colectare, dar care regresează spontan în 1—2 zile.

Bolnavul va fi oprit ca să frecventeze școala timp de 3—4 săptămâni, iar frații și surorile sănătoase, care nu au făcut încă pojar, pentru $2\frac{1}{2}$ săptămâni. Desinfecția camerei bolnavului după vindecare, nu este necesară. Ajunge o bună aerisire timp de 48 ore.

Tratamentul: In cazurile fără *complicații* este suficientă o atitudine de expectativă asociată cu *repaosul la pat*. Bolnavul va sta în pat încă opt zile după dispariția febrei. Se va acorda o atenție deosebită primenirii suficiente de aer proaspăt și asigură-

rării unei umidități suficiente a aerului din camera bolnavului, în deosebi în perioada căldurilor mari (eventual cu ajutorul unor mari lighiane cu apă, sau atârnare de cearșafuri ude). Copiii vor fi feriti de curent. În schimb pe timp favorabil s'au văzut efecte bune dela aeroterapie. A face întuneric în camera bolnavului, deși nu este vătămător, este de prisos. În caz de conjunctivitate mai accentuată, vom avea grija ca lumina prea intensă să nu cadă direct în ochii bolnavului. Ferestrele totuși pot rămâne de aceea deschise. Este mai bine, ca băile să fie suprimate cu desăvârșire în cazurile fără complicații. Numai în caz de întârziere a erupțiunii exantemului, pot fi de folos 1—2 băi *calde*.

Alimentația: În primele zile dieta obișnuită din stările febrile, după cum este indicat la p. 370.

Numai în cazurile de *febră înaltă* asociată de apatie, sunt indicate băile calde (37—40°C) cu dușuri reci (dela 28—30°C), la copii voinici și mai mari precum și împachetările parțiale reci și repetate. De antipiretice ne putem dispensa sau ele vor fi administrate o singură dată seara pentru o mai bună linistire a bolnavului pentru noapte.

Tratamentul local al fenomenelor catarale va fi făcut abia dacă acestea sunt mai accentuate de ex.:

In conjunctivitate: Ochii vor fi spălați de mai multe ori cu apă fiartă sau cu ceaiu de mușețel, iar pleoapele vor fi unse cu lanolină sau alifie cu precipitat galben 3% preparat pe cale umedă (ungt. hydrargyr. oxydat, via humida parati). În caz de inflamație intensă se vor aplica comprese sau spălături cu acid boric rece (de mai multe ori pe zi $\frac{1}{2}$ —1 oră).

In rhinită foarte pronunțată: Se va introduce în nas alifie cu soluție de acetat de aluminiu (v. p. 521) sau se vor face instilații cu adrianolemulsiuni. X

In stomatită se va face gargără cu ceaiu de mușețel sau soluție cu inspirol (10 picături la un pahar cu apă).

In laringită: Bolnavul va bea ceaiu pectoral și de teiu, apă minerală Emser caldă; comprese calde sau cataplasme pe față anterioară a gâtului. Inhalarea de aer umed (întinderea pe sfoară a unor cearșafuri ude, lighiane cu apă). Pentru calmarea tusei intense, cea mai bună este codeina (0,5 mg.—2 cg. pro dosi). În caz de *fenomene stenozante* se va administra imediat și fără a mai aștepta rezultatul examenului bacteriologic, *ser antidifteric* în doze

mari (dela început 10.000 u. a.). Copiilor agitați li se vor mai administra sedative din abundență (parenteral calciu, apoi sedormid, luminal, somnifen), în caz de dispnee progresiv și morfină sau și mai bine narcophin. Dacă cu toate acestea intervenția operație nu poate fi evitată, se va da preferință traheotomiei primitive față de intubație.

In bronșită: Priessnitzele reci, schimbate de mai multe ori pe zi, se vor aplica numai copiilor mai viguroși cu o reacție bună și cu febră ridicată. În toate celelalte cazuri noi preferăm totdeauna compresele *umede calde*, schimbate mai de multe ori, și mai mult chiar băile *calde* (37°C , urcând până la 41°C cu stropiri reci terminale pe cefă și spate), 1—2 ori pe zi. În caz de secreție abundentă pot fi administrate: un preparat cu ipecacuanha (de ex. Inf. rad. ipecac. 0,1—0,5 : 80,0; din 2 în 2 ore câte 1—2 lingurițe, sau ipecopan) ori beatin. Un efect preventiv în profilaxia pneumoniei îl-ar reveni permukalului.

In bronșiolită și bronchopneumonie se va face în primul rând același tratament, care va fi completat în special aci cu *împachetări sinapisate* (v. p. 477), administrate o singură dată pe zi. Sina-pismele vor putea fi înlocuite cu oncțuirea cu alifie de analgit, sau cu învelituri cu terebentina sau cu băi de terebentina, acestea reprezentând procedee mai blânde. Funcția cardiacă va fi în aceste cazuri supraveghiată cu atenție. Cel mai bun efect îl dă *cura de aer*, practicată sistematic, deși cu prudență (se vor evita curenții de aer și praful!) V. și p. 161.

Relativ la tratamentul *otitei medii* frecvente v. p. 144.

După ridicarea din pat î se va face bolnavului o *baie de curătenie*.

Dacă convalescența se prelungesc și dacă se înregistrează ascensiuni vesperale febrile de o durată mai lungă, ne vom gândi întotdeauna la posibilitatea unui proces tuberculos latent, devenit activ. La copiii infectați și la cei care au fost bolnavi mai înainte de tuberculoză activă eu am întrebuită, încă dela începutul rujelei — și după cum mi s'a părut, cu succes — inuncațiile repetitive 1—2 ori cu ektebină, prevenind anergia și consecințele sale.

Rubeola

Transmiterea (agentul patogen de sigur un virus) se face aproape exclusiv prin contact direct dela individ la individ și numai excepțional prin intermediari. Contagiozitatea durează dela finea

perioadei de incubație și până la disparațunea exantemului. Imunitatea câștigată ține viață întreagă. Marile epidemii coincid cu epidemile de pojar. epidemii de diagnostic?

Perioada de incubație: 14—21 zile, în medie 17 zile.

Diagnosticul: Exantemul de obicei apare în acese și în majoritatea cazurilor se prezintă prima dată înapoia pavilioanelor urechilor, pe frunte și obrajii, răspândindu-se în timp de 24 ore. În general el este morbiliform, dar compus din eflorescențe mai mici, mai palide, mai netede și mai rotunde și de cele mai multe ori fără să conflueze. Numai pe obrajii exantemul este mai neted sau sub forma de gratii. Exantemul este limitat la câteva pete roșii, izolate pe mucoasa bucală. Foarte caracteristică este aparițunea unor pachete *ganglionare* periferice numeroase și întinse, în special deasupra apofizei mastoidiane, *suboccipital* și *retrocervical*, dar și în alte regiuni (de ex. în plica cotului). Adenitele apar frecvent cu câteva zile înaintea exantemului. Această febră eruptivă evoluează de cele mai multe ori afebril sau subfebril și numai în cazuri rare la începutul boalei cu febră ridicată temporar.

Diagnosticul diferențial cu rujeola (în rubeolă semnul lui Koplik este absent, iar catarul oculo-naso-bronșial este neînsemnat; lipsește anergia la tuberculină), apoi cu scarlatina — în special într-o variantă destul de frecvent întâlnită de rubeolă cu *exantem punctiform* — cu exantemul enterotoxic, gripal și medicamentos.

Pentru diagnosticul diferențial poate fi valorificat *tabloul sanguin*: leucopenie progresivă și aneosinofilie cu limfocitoză relativă (printre ele multe limfocite mari și plasmocite).

Tratamentul: Din cauza evoluției benigne, nu este nevoie de vreun tratament special. Copilul este reținut în casă și în caz de febră va fi culcat în pat. Se va face igiena gurii. O izolare riguroasă nu este necesară. Frecventarea din nou a școalei după 8—10 zile.

și în
pojar
uleon' (-)