

*M. v. Pfaundler*

# Boale de copii

Editura H. Welther, Sibiu 1945

## Scarlatina

Transmiterea boalei se face prin contactul direct cu bolnavul sau cu convalescentul (eliminatori de microbii!), probabil tot atât de frecvent și numai cu bolnavii abortivi (angina!) sau cu purtătorii de germani sănătoși, cu mult mai rar numai prin alimente (lapte) și obiecte (jucării, vesminte etc.), pe care agentul patogen (de sigur un streptococ) își păstrează virulența timp mai îndelungat.

Contagiozitatea nu are nicio legătură cu descuamația și adesea se menține timp de mai multe săptămâni și după aceea („return cases“). Cei mai susceptibili de a infecta pentru o perioadă mai lungă sunt convalescenții, prezentând procese supurative (urechi, gangioni, pleură etc.). Controlul infecțiozității prin cultivarea pe mediu a streptococului emolitic reclamă multe circumspectiuni și cheltuieli mari, de multe ori să greșească, iar din punct de vedere practic nu are o valoare prea mare. În schimb este bine, în special în instituțiuni, ca fiecare bolnav de scarlatină înainte de a fi concediat să fie examinat, dacă nu este purtător de bacili difterici.

Imunitatea antitoxică permanentă după scarlatină constituie o regulă cu relativ numeroase excepții. Totuși pe ea ne putem biza mai mult decât pe cea antimicrobiană, așa că adulții, care în vîrstă copilăriei au trecut peste scarlatină, fac infecții supurative locale (în deosebi angine) datorite agentului patogen al scarlatinei, pe care apoi îl pot transmite mai departe.

Se întâlnesc variații temporare impresionante ale stării de imunitate din motive în parte ignorează.

Sugarii (în special în primul semestru) fac forme tipice numai în cazuri exceptionale; și mai târziu predispoziția lor este cu mult mai redusă decât de ex. față de pojar.

Perioada de incubație între 2 și 7 zile.

### Diagnosticul:

Prima fază a scarlatinei. Debut brusc cu febră mare, puls accelerat, adesea cu vîrsături și cefalee (la copiii mici uneori convulsiuni), enantem caracteristic, angina (congestie și roșeață aprinsă, închisă, uniformă sau punctată, cu delimitare precisă a vălului palatin moale spre vălul palatin dur, pe amigdale în cele mai multe cazuri dopuri albe sau gălbui). Adenite submaxilare. Limba: încărcată cu un depozit gros, alb, după 3—4 zile vîrful limbii de coloare roș intens cu ieșirea bine în relief a papilelor („limba de smeură“). În primele 1—2 zile dela debutul boalei apare exantem.

*mul scarlatinos* caracteristic, pruriginos, în cele mai multe cazuri prima dată pe gât, torace și plicile inguinale: la început se compune din puncte roșii, foarte mărunte și dese, care apoi în scurt timp se întind asupra întregii suprafețe corporale în mod difuz, iar privite mai de aproape sunt unite între ele printr-o roșeață. În unele cazuri, în vârful foliculilor apar mici vezicule albicioase, lucii (miliaria scarlatinosa). Făcând ca exantemul să dispară prin presiune digitală, tegumentele apar în coloare ușor gălbuiie; se trage cu unghia pe piele, se produc niște dungi albe care persistă un timp scurt. Pe față portiunile din vecinătatea nasului, a buzei superioare și a mentonului rămân mereu palide.

Destul de des se întâlnesc stellulae palmares și perlèche; la nivelul plicilor articulare se produc spontan sau pe urma unei staze sanguine hemoragii capilare liniare, mai târziu schimbându-și aspectul (*Rumpel-Leede*).

In caz că exantemul nu este prea accentuat, el se întâlnește mai curând în plicile inguinale și în cele genito-crurale, și aci de multe ori numai pentru câteva ore. Exantemul dispare în medie cam după 3—5 zile. Ceva mai târziu dispare și febra în mod treptat. În săptămâna a 2-a sau mai târziu începe *descuamația*, la început sub forma furfuracee pe față, pavilionul urechilor, axilă etc., mai târziu mai intensiv până la detasarea unor mari lamele pe palme, tălpi, degetele dela mâini și picioare. Descuamația durează timp de 1—3 săptămâni.

Sunt numeroase excepțiile dela evoluția normală: pe de o parte forme fruste cu febră mică și alterațione abia perceptibile a stării generale, cu leziuni faringiane de mică importanță și cu un exantem și mai redus sau cu angina scarlatinoasă caracteristică (și enantem) dar fără exantem. În opozitie cu aceasta în alte cazuri: fenomene de *intoxicăriune*, cu febră înaltă, vârsături incoercibile, diaree, convulsiuni, delir, comă, turburări cardio-vasculare (coloarea cianozată a exantemului, puls slab), uneori fenomene de purpură: *scarlatină ipertoxică*.

*Scarlatina chirurgicală*: Pornește de cele mai multe ori dela plăgile postoperatorii sau după arsuri. Caracteristic pentru această formă de scarlatină sunt: perioada de incubație scurtă, debutul exantemului în vecinătatea plăgii, angina absentă sau neînsemnată.

O altă abatere, cu totul diferită, foarte gravă este reprezentată prin scarlatina septică cu difteroidul scarlatinos (în jumătatea a

*Mai, Mai...*

2-a a primei săptămâni); nu este vorba aci de o difterie autentică, ci de o *angină necrotică* cu depozite groase, murdare, brune-galbene, care se detașează ușor și care progresiv se întind asupra inelului faringian limfatic, putând determina o *destrucție gangrenoasă* a părților moi pe o mare suprafață; *ganglionii cervicali* se tumefiază intens în același timp, infiltrându-se și devinind lignoși, se pot colecta sau la fel gangrena. În această formă septică se mai întâlnesc frecvent: inflamația *nasului* și *sinuzitele*, *artritele supurate metastatice*, *poliserositele purulente* și procesele inflamatorii ale altor organe.

X Este de o gravă importanță *otita medie* care, în special aci, se caracterizează printr'o mare tendință la necrotizarea timpanului și a oscioarelor aparatului auditiv, care poate fi urmată de distrucția parțială a labirintului cu *surditate* uni- sau bilaterală și a osului pietros, care poate fi recunoscută printr'un abces care se formează în dosul urechii, sau o tromboză a sinusului cu piemie.

In cursul săptămânii 1-a, dar și celei de a 2-a — a 3-a apare uneori *pseudoreumatismul scarlatinos* cu o evoluție benignă. Sunt afectate (în cele mai multe cazuri cu reapariția febrei) articulațiunile dela mâini, picioare, genunchi și articulațiunile mici, care pot fi foarte dureroase. Roșeața și tumefacția evidente ale articulațiunilor lipsesc în aproximativ 70% din cazuri, fapte care împreună cu evoluția monofazică pledează împotriva reumatismului autentic.

*câtă precizie :)* Către finele săptămânii a 2-a, mai frecvent în săptămâna a 3-a și a 4-a, chiar și mai târziu, pot să apară după o perioadă lipsită de simptome, din nou fenomenele morbide:

Partea a doua a scarlatinei (faza cu complicații) cu simptome variabile. Febra apare din nou producându-se *adenite (bubonul scarlatinos)* în cele mai multe cazuri cervicale, uneori ingui-nale și mezenterice, angina (de cele mai multe ori fără depozit), *otita medie* și chiar *recidivă de exantem*.<sup>1</sup> Destul de des se constată indicii de endo-, mio- și pericardită, dar numai într'un mic număr de cazuri ei sunt reali (mai curând în *cursul* decât după

<sup>1</sup> În afară de recidiva exantemului characteristic, se mai poate întâlni în această perioadă și un *exantem* papulo-maculos sau fisurat de un aspect linear sau reticulat (în special pe abdomen, fese și coapse).

scarlatina septică). În general este vorba aci de turburări vaso-motorii trecătoare.

Deoarece leziunile cardiaice în scarlatina septică dau o mare mortalitate, scarlatinei în general nu îi revine un rol prea important în determinismul viciilor cardiaice habituale.

Complicațunea cea mai de temut, în faza a 2-a a scarlatinei este reprezentată prin *nefrita scarlatinoasă*.

Pentru a o putea identifica din timp este absolut necesar să se facă în convalescență examenul urinei în mod sistematic până cel puțin în săptămâna a 4-a; și aceasta și în cazurile *ușoare*, deoarece nefrita depinde foarte puțin de gravitatea scarlatinei și de felul tratamentului. Leziunile renale sunt totdeauna cele caracteristice pentru glomerulonefrita hemoragică de o gravitate variabilă cu tendință la idropizii, oligurie, resp. anurie și uremia eclamptică (v. și p. 256).

Difteria veritabilă din săptămâna a 2-a—4-a constituie o complicație frecventă, dar numai rareori malignă.

*Diagnosticul diferențial* cu *exantemele scarlatiniforme* care se întâlnesc într-o serie întreagă de alte afecțiuni febrile ca de ex. în septicemie, gripă, meningita epidemică, la începutul varicelei (aci mai mult în forma unui eritem difuz, fără nicio tonalitate icterică la presiune), apoi în boala serului și în unele cazuri de rujeolă și rubeolă. (În schimb și invers, exantemul scarlatinei mai poate fi în mod excepțional și de un aspect morbiliform.) Exantemul scarlatiniform mai poate fi și post-medicamentez (chinină, aspirină, antipyrină, iodoform, mercur, salvarsan, atropină, luminal, nirvanol, santonin etc.), sau chiar și numai după strigăte puternice.

*Impotriva* scarlatinei pledează în primele zile absența *fenomenului lui Rumpel-Leede* (aparițunea hemoragiilor capilare în plicile cotului după 10 minute dela aplicarea unei staze pe braț).

Pentru scarlatină pledează: *urobilinogenuria*, *leucocitoza neutrofilă* cu deviație spre stânga și cu *eosinofilie* (!) uneori crescândă începând din ziua 5-a, precum și „*fenomenul de stingere*“ al lui *Schultz* și *Charlton* (injectarea intracutanată de 0,5 cmc. de ser prelevat dela individul sănătos, dela un convalescent de scarlatină după săptămâna a 3-a sau de ser animal antiscarlatinios simplu, produce disparițunea exantemului la locul injecției pe o suprafață de mărimea unei mărci sau și mai mari, după 6—8 ore, uneori abia după 18 ore). Totuși această probă nu este infailibilă, deoarece nu fiecare ser poate „stinge“ bine.

Prezența streptococului emolitic în frotiul prelevat din gât, pledează mai curând pentru scarlatină, absența lui însă nu pledează împotriva ei.

*știniță sau mama Onida?*

*Proba Dick cu toxina scarlatinoasă pentru stabilirea receptivității față de scarlatină nu dă indicii certe pentru ca ea să poată fi recomandată în practică.*

*Prognosticul:* Sunt mai expuși copiii păstoși și descendenții unor familii cu nefropatii.

?

*Profilaxia:* Va fi evitat contactul copiilor sănătoși cu cei bolnavi de scarlatină și cu membrii familiilor acestora. Aceștia din urmă nu au voie să frecventeze pe timpul boalei instituțiuni, unde se află internări copii sănătoși (azile de copii, scoale, internate). Numai în cazul când bolnavul poate fi bine izolat, se va putea permite fraților sănătoși și surorilor sănătoase ca după 10 zile să frecventeze din nou școală. Cea mai bună izolare se face prin internarea bolnavului în spital, cel puțin pentru 6 săptămâni. Cu toate măsurile acestea luate, copilul la întoarcerea lui acasă după acest termen mai poate contamina încă pe alții. Pentru evitarea pe cât posibil a acestor „return cases“ este foarte bine ca bolnavul, după ieșirea lui din spital, să fie reținut pentru câteva zile într-o stațiune intermediară înainte de a se întoarce la domiciliu. În spitale, bolnavii cu scarlatină recentă nu vor fi așezăți în cameră comună cu convalescenții, se va evita deci „concedierea fractionată“.

??

*Camera bolnavului împreună cu obiectele întrebuințate de acest bolnav vor fi bine desinfecțiate după vindecare (sau în caz de evacuare imediat la părăsirea camerei). Jucăriile, cărțile etc. vor fi arse.*

hope!

*Imunizarea activă cu vaccinul antiscarlatinos al lui Gabritschewsky ne-a dat nouă (și alțor autori) timp de mai mulți ani rezultate foarte bune în clinică și la frații și surorile copiilor îmbolnăviți de scarlatină, fiindcă deja după câteva zile aduce o imunizare (care firește durează numai câteva luni). Pentru cămīne unde copiii sunt reținuți timp mai îndelungat și pentru vaccinările în masă se recomandă de preferință vaccinurile cu toxină și toxid-adsorbante Behring și Asid (Skarlatox), ambele fiind mai recent combinate cu vaccinul antidifteric, după metoda preconizată de Ramon (v. p. 384). Imunizarea se instalează abia după 2–3 luni cu o durată de 1–3 ani.*

dovezi?

*In ceea ce privește imunizarea pasivă prin injecțiunile intramusculare de 5–10 cmc. de ser antiscarlatinos sau de ser de convalescent după scarlatină sau cu sânge dela părinți (20–30 cmc.) eventual combinate cu sulfamidotерапie, părerile autorilor sunt în desacord. Chiar și în*

caz de eficacitate, imunitatea nu ține decât dela 2 până cel mult 6 săptămâni.

dovezi?

*Tratamentul:*

a) **Măsuri de ordin general:** *Izolarea imediată și severă a bolnavului împreună cu îngrijitoarea sa, de restul familiei (v. m. s. la profilaxie).*

Repaosul la pat ar trebui respectat necondiționat, chiar și în cazurile cele mai usoare, pentru cel puțin trei săptămâni. Abia după trecerea acestui interval de timp și numai dacă în urină nu se găsește nici albumină și nici sediment organic, se poate încurajă ridicarea din pat, la început numai pentru puțin timp.

**Dieta:** Cu toate că, după cum rezultă din observațiuni numeroase, după regimul cu carne nu se produce nefrită mai frecvent decât după o dietă mai blândă păstrată cu rigoare, pare totuși a se putea consilia — chiar și numai pentru faptul, ca în caz de complicații renală medicul să se poată pune la adăpostul incriminărilor din partea apartinătorilor — ca bolnavul scarlatinos să fie supus în primele trei săptămâni unui regim alimentar precumător *lacto-vegetarian* (v. și dieta în stările febrile p. 370). Acest regim poate fi suficient de variat pentru ca să se evite inapetență și scăderile în greutate, înregistrate pe vremuri după dieta exclusivă cu lapte și lapte cu făinoase, obișnuită pe vremuri. În primele zile cu febră înaltă se va da numai zeamă de fructe îndulcite bine, fructe proaspete sau compoturi, „schleim“-uri, ceaiu cu lapte, mai târziu lapte curat sub forma de lapte bătut sau iaurt, făinos, creme etc. În data ce durerile de deglutitie au dispărut, bolnavul va putea primi și alimente mai consistente, i se va putea da încă și pesmeți, zwieback, pâine albă cu unt, legume, salată etc. După ce au trecut primele trei săptămâni de boală și dacă examenul urinei nu constată nimic patologic, se va putea trece progresiv la regimul alimentar obișnuit.

Febra va fi combătută, numai dacă este urcată și persistă, exclusiv cu mijloace hidroterapice. În cele mai multe cazuri este deajuns să se facă loțiuni reci repetitive (eventual cu apă cu otet); în caz de febră înaltă: 1—2 ori pe zi împachetări parțiale (de ex. a membrelor inferioare) cu cearșafuri miuite în apă rece de temperatură aproximativ  $22-25^{\circ}\text{C}$  (eventual 2 împachetări consecutive în timp de o oră). Același efect îl mai produc și băile

călduțe (34—30° C), 1—2 ori pe zi cu o durată de 10—15 minute. În caz de somnolență coexistentă băile pot fi încheiate cu dușuri reci pe gât, spate și piept. (În timpul băii corpul va fi masat cu blândețe, urechile vor fi astupate cu tampoane de vată!) Este bine ca înainte de baie să se administreze un analeptic (cafea, cafeină, camfor).

In toate aplicațiunile procedeeelor de felul acesta se va face un control riguros al temperaturii corporale, al pulsului și al stării generale. Ele vor fi suprimate imediat în momentul când s'ar produce răcirea și cianozarea extremităților. Apoi se va procura căldură (băuturi calde, sticle calde).

b) Măsuri speciale: Tratamentul specific cu ser antiscarlatinos animal, întrebuiușit în zilele noastre pe o scară întinsă, devine de prisos în cazurile ușoare și în cele de o gravitate mijlocie, care reprezintă majoritatea în prezent, iar față de scarlatina septică, el este relativ fără efect; în schimb acțiunea sa favorabilă din primele două zile asupra temperaturii, pulsului, respirației și senzoriului în cazurile de *scarlatina toxică* este evidentă. Din acest motiv se va recurge la serul antiscarlatinos în toate cazurile de iperpirexie sau cel puțin în fiecare caz de *scarlatina toxică* veritabilă. Un efect delă seroterapia specifică se poate aștepta numai dacă ea este întrebuiușită din vreme (1—3-a zi de boală) și în doze suficient de mari (v. p. 649). În cazurile, care mai prezintă și simptome *septice*, se vor practica transfuziuni sanguine cu *sânge uman*, pe cât posibil delă persoane care au făcut scarlatină (50—150 cmc, eventual repetându-le odată sau de două ori).

Serul de convalescent în doze de 40—50 cmc. ar avea după experiențele cele mai recente o acțiune favorabilă atât după 5 zile de boală, cât și asupra manifestațiunilor tardive, cu toate că conținutul său antitoxic abia face câteva procente numai din cel cuprins în serul animal. (Observații analoage am făcut și eu nu de mult în difterie.) Pentru evitarea scocului consecutiv uneori administrării repetitive pe cale intravenoasă a serului, se va face testul cutanat prealabil.

c) Măsuri de ordin local: Se va acorda o mare atențiușe igienei și tratamentului *gâtului și nasului*.

În *nas*, în caz de participare mai intensă, se va introduce alifia cu soluție de acetat de aluminiu (v. p. 521) sau se va instila soluție de protargol 1—2% sau emulsie de adrianol.

*Cavitatea orală:* spălături frecvente (aproximativ din oră în oră

sau din 2 în 2 ore) ale cavității bucale (de ex. cu apă oxigenată 2% sau soluție de Kamillozon). Se mai recomandă și sugerea pastilelor de gură de ex. tablete de formamint, de pergenol sau silargette (la fiecare oră sau din 2 în 2 ore câteo tabletă).

La copiii care nu pot face gargără va trebui să ne mulțumim cu aceea, că obligăm pe bolnav ca să bea mereu mici cantități de lichide (de ex. limonade de lămâie, ceaiu rece de jaleș sau de mușetel).

Asocierea scarlatinei cu difteria autentică face necesară injectarea imediată de *ser antidifteric*. În cazurile destul de frecvente, când diferențierea difteriei față de difteroidul scarlatinos întâmpină dificultăți de ordin clinic, se face injecție cu ser antidifteric fără întârziere.

In *angina necrotică* cu depozite murdare, efectul obținut cu neosalvarsan (0,1—0,3 intravenos) este considerat ca fiind cel mai bun.

La gât se vor aplica *priessnitze* reci, care vor fi schimbate din 3 în 3 sau din 6 în 6 ore.

In *adenitele mai pronunțate* se va aplica în primul rând cravata cu ghiață, apoi de asemenea priessnitze sau comprese cu alcool 50%, în caz de infiltrat mai intens și cataplasme calde bine, resp. anti-flogistine. Din când în când se mai pot face pensulări cu jodvasogen sau se vor aplica pansamente cu alifie de ichthyol 50%. Acestea vor fi continuante atât timp, până ce adenitele nu au regresat sau până ce nu s'a produs o colectare certă. Abia în acest caz din urmă, relativ rar, se va face *incizia* cu narcoză ușoară.

Adenitele (și otitele?) sunt poate singurele manifestații scarlatinioase, față de care sulfamidele (prontosil, eleudron), întrebunțate în doze mari, au o acțiune terapeutică.

*Otita medie:* Tratamentul conservativ obișnuit (împachetări cu acțiune diaforetică, lampa calorică, compresele Priessnitz, instilații cu fenolglycerină 3% sau otalgan) este permis aci numai pe lângă o supraveghere medicală (mai bine din partea specialistului) riguroasă. În caz de persistență a febrei, roșeață și bombare, va trebui practicată paracenteza fără întârziere. Din cauza malignității otitei scarlatinioase se recomandă consultarea cât mai timpurie a otorinolaringologului.

*Reumatismul scarlatinos:* În cele mai multe cazuri este suficient ca bolnavul să stea în pat, iar articulațiunile afectate să fie ținute cald, împachetându-le în vată. Efectul salicilatelor aci este cu mult mai puțin prompt, decât în reumatismul poliarticular autentic. Cu toate acestea se recomandă administrarea a mici doze de aspirină.

*Insuficiența cardiacă.* Sistemul cardio-vascular trebuie supraveghiat pe tot timpul boalei. Indată ce s-ar constata turbărări, se va administra tonice *cardiace*: bolnavul va bea cafea tare, cafeină natrio-benzoică peroral în soluție sau subcutanat ( $1/3$ — $1$  siringă din soluția de 10%), un preparat cu acțiune camforată ca: cardiazol, hexeton, sympathol peroral sau subcutanat după caz. Numai rareori indicație pentru preparatele cu digitală.

*Tegumentele:* În caz de prurit intens, se vor unge cu alifie de lanolină cu thymol 1%. *Descuramația* poate fi promovată prin ungerea pielei cu vaselină, în deosebi după o baie călduță prealabilă.

*Nefrita.* O profilaxie sigură pentru prevenirea nefritei nu există. Ea nu poate fi preîntâmpinată nici prin repaosul sever la pat, nici prin regimul lactat predominant, după cum nici prin administrarea de urotropină<sup>1</sup> de către unii în doze zilnice de câte 0,5—1,0 gr. (în apă). Cu toate acestea eu recomand din anumite considerente de ordin tactic respectarea repaosului la pat și a unui regim alimentar (nu prea sever, v. m. s.) în timpul primelor 3—4 săptămâni. Relativ la *tratamentul* nefritei scarlatinoase v. p. 257.

Cu toate că un tratament activ este frecvent necesar, totuși ne vom feri de o polipragmazie în scarlatină, care să nu îngăduie linștea necesară sau care îi turbură somnul.

În cazurile cu o evoluție normală și devenite afebrile, se poate permite încetîșor în majoritatea cazurilor *ridicarea din pat* în săptămâna a 4-a; altfel abia după 8 zile dela disparițunea febrei. După alte 14 zile copiii vor putea parăsi camera dacă este timp frumos. *Frecventarea școalei*, chiar și în cazurile usoare, nu poate fi încuvînțată decât abia după opt săptămâni dela începutul boalei. Eforturile fizice (sportul!) vor fi evitate și după aceea încă pentru un timp de câteva săptămâni.