

M. v. Pfaundler

Boale de copii

Editura H. Welther, Sibiu 1945

Variola

Incubația: 12—14 zile. Transmiterea (virus) se face dela om la om.

Diagnosticul: Fenomene prodromale violente, în deosebi sub forma de catar, astenie intensă, amețeli, vârsături, cefalee, dureri lombare, frișoane, cu febră ridicată și somnolență. La sfârșitul celei de a 3-a zi apar, pe lângă scăderea febrei, uneori după un preexantem purpuric, eflorescențele cutanate: la început noduli mici roșii sau mici macule, care incepând din ziua a 3-a—4-a se transformă în vezicule, la început albenușii, ombilicate la mijloc, care apoi în urma unei noi urcări a tem-

peraturii se transformă în pustule; acestea sunt încunjurate de o zonă inflamatorie îngustă și se pot desvolta repede până la mărimea unei alune. Abia după vreo săptămână începe regresiunea lor în cruste brune, în caz de evoluție favorabilă. Căderea crustelor se produce după vreo trei săptămâni, în cele mai multe cazuri cu lăsarea în urma lor a unor cicatrici profunde, sub forma de grilaj.

Există multe variante cu o evoluție gravă și cu complicații; mortalitatea extrem de mare, în deosebi la copiii mai mici.

Diagnosticul diferențial cu varicela: în variolă fenomene prodromale violente și febra foarte urcată; eflorescențele, cele mai numeroase pe față și pe mâini, sunt mai dure, nu se sterg, sunt papuloase, mai târziu ombilicate, divizate în compartimente și purulente, iar din cauza perioadei eruptive de scurtă durată aproape pretutindeni în *același stadiu de evoluție*. Leucopenia pledează împotriva variolei. Diagnosticul diferențial poate întâmpina mari dificultăți în deosebi în formele atenuate ale variolei la indivizi vaccinați (varioloi) sau în variantele mai blânde denumite *alastrim*.

In cazurile dubioase se întinde pe lamă conținutul vezicular într'un strat gros, se lasă să se usuce (nu se încălzește!) și se va trimite la un laborator pentru efectuarea probei lui Paul pe cornea iepurelui de casă.

Profilaxia: Declarația imediată la serviciul sanitar, chiar și numai în cazurile suspecte! Izolare într'un serviciu spitalicesc adecuat. Vaccinația și izolare obligatorie a tuturor membrilor de familie, care au ajuns în contact cu bolnavul. Desinfecția întregului mobilier.

Tratamentul: Măsurile de ordin general, obișnuite și în celealte boale infecto-contagioase. În caz de febră ridicată și obnubilație: băi călduțe cu stropiri reci și repetitive, împachetări reci etc., alimentație suficientă și mese frecvente, spălături ale cavității orale și gargarisme. Se susține, că lumina roșie (eventual perdelele roșii dela fereastră) ar avea o acțiune favorabilă asupra eflorescențelor cutanate. Acestea vor putea fi unse cu o alifie de ichthyol de 5—10% sau pensulate cu soluție de nitrat de argint 2—3%. În deosebi este elogiat efectul pensulărilor cu permanganat de potasiu (10% de 2—3 ori pe zi). Împotriva infecțiunilor secundare și a cicatricelor desfigurante prontosilul ar exercita o acțiune profilactică.

Vaccinația antivariolică

Este vorba de provocarea unei infecții cu virusul variolic atenuat (prin pasaj pe animale) după sistemul preconizat de Jenner cu scopul de a produce o imunizare activă împotriva variolei.

În conformitate cu legea germană pentru vaccinație, fiecare copil trebuie vaccinat pentru prima dată încă înainte de a expira

Tehnica vaccinării variolice

410

Boalele infecțioase

anul calendaristic următor anului de naștere, iar pentru a doua oară în anul al 12-lea, dacă nu există contraindicații (codificate). În primele trei luni copiii sunt excluși dela vaccinația obligatorie. Deoarece infecția în general este mai benignă la indivizii mai tineri, vaccinația pe cât posibil va fi făcută pe la șase luni. In caz că vaccinul „n'a prins“, vaccinarea va fi repetată în anul următor și în caz de nevoie încă odată și în celalalt an următor.

Imunitatea durează în general vreo 10 ani, totuși poate să se reducă progresiv după 5–7 ani. Dar și după acest timp variola, care s-ar prezenta, evoluzează de regulă sub o formă atenuată (variolois).

Tehnica (foarte adesea stabilită de autorități!): Vaccinul, limfa animală (viețea), procurat dela institutul de Stat nu trebuie să fie mai vechi de trei luni. Desinfecția pielei cu alcool, benzină sau un alt desinfectant similar (nu însă cu acid fenic, lysol, sublimat etc.!), pe față externă a brațului în regiunea mușchiului deltoid (la prima vaccinare de partea dreaptă, la a doua vaccinare de partea stângă). Apoi se fac scarificații ale pielei cu o lanțetă nu prea ascuțită, finită perpendicular (fiartă, apoi muiată în vaccin), în două locuri, îndepărțate de olaltă cu cel puțin 2 cm., scarificațiunile având lungimea de 3 mm. și fiind foarte superficiale pentru ca pe cât posibil să nu săngereze. Vaccinul depus este lăsat ca să stea 10 minute pentru ca să se usuce, purtând însă de grija că în acest timp copilul să nu-l atingă și să-l ducă în altă parte. Aplicarea unui pansament în general este de prisos. Se va acorda însă atenție faptului ca rufele copilului să fie curate și mereu schimbate. Numai copiilor neliniștiți sau murdari li se vor aplica un pansament protector de ex. cu tifon de dermatol sau cu xeroform, care va fi fixat cu mastisol sau cu un emplastru cu găurile sau cu o făsie de leucoplast, care însă nu trebuie să acopere. (Pansamente protectoare gata furnizează fabricile de bandaje și pansamente Paul Hartmann, Heidenheim; Lohman-A. G., Fahr a. Rh.; Blank, Bonn a. Rh.). Pansamentele ermetice sau capsulele sunt vătămătoare.

Vaccinările intracutană și subcutană (cu 0,1 cmc. dintr'un vaccin diluat cu apă fiartă în proporția de 1 : 100) nu prezintă avantaje pentru ca să fie răspândite cu preferință.

Relativ la noile dispoziții pentru medicii vaccinatori concernând contraindicațiile și amănările cu scopul de a evita accidentele postvaccinale v. p. 695.

Aspectul reacțiunii normale de vaccinare: La copilul vaccinat pentru prima dată începând din ziua a 3-a–4-a se formează o papulă, care se mărește progresiv. În partea centrală a acesteia se produce în ziua a

5-a—6-a o veziculă de coloare cenușie, care se transformă apoi într-o pustulă până la mărimea unui bob de mazăre; Pustula este încă delă început încunjurată de o zonă roșie și îngustă (aula) care concomitent se lărgește și se ridică peste nivelul tegumentelor (area). Între a 10-a și 12-a zi reacțiunea își atinge punctul culminant. Începând de aci leziunea vaccinală regresează (se usucă, apoi se formează o crustă brună, care după 3—4 săptămâni dela practicarea vaccinației cade, lăsând în urmă-i o cicatrice albicioasă). Între zilele 6—11 se prezintă ascensiunea termică cu alterațiunea mai mult sau mai puțin accentuată a stării generale și cu prinderea ganglionilor axilari (și cu angina). Dacă starea febrilă continuă și peste acest termen, ea pledează pentru o complicație.

Anomaliiile reacțiunii vaccinale: În culmea procesului de vaccinație apar în câmpul arei una sau mai multe papule sau vezicule mici (*pustulele variolice accesori*; sunt inofensive). În cazuri izolate apare la începutul săptămânnii a 2-a un exantem de cele mai multe ori morbilliform, mai rar scarlatiniform sau (extrem de rar!) pustulos, exantemul hematogen al vaccinei cu o durată de mai multe zile pe tot corpul, în special intens pe față extensorie a extremităților și pe fese: vaccina generalizată (pustuloasă), la care sunt predispuși mai ales copiii eczematosi (aci ea este periculoasă!). Cu totul altă interpretare trebuie acordată aparițiunii eflorescențelor vaccinale, izolate sau multiple, după inocularea accidentală a limfei, depusă pe locul de scarificație, pe leziunile cutanate ale copilului neimunizat încă, sau cu puroiul din pustula vaccinală asupra altor membri de familie nevaccinați și prezentând aceleași portițe de intrare: *auto-inocularea*. Atât timp cât leziunile cutanate provin din eczemă, ceea ce reprezintă cazul cel mai frecvent (pe lângă intertrigo, impetigo, plăgi etc.), vorbim de eczema vaccinatum; evoluția sa în majoritatea cazurilor este benignă.

Relativ la encefalita postvaccinală v. p. 284.

Ca orișicare altă plagă, tot așa și cea de scarificatie vaccinală se poate infecta, infecție care însă nu are nimic comun cu vaccinul.

In caz de *revaccinare* (tehnica este identică cu cea dela vaccinația de prima dată) reacțiunea vaccinală evoluează fie negativ (în caz de persistență a stării de imunitate completă), fie accelerată și atunci în majoritatea cazurilor numai sub aspectul unor noduli sau vezicule mici, fără area și fără febră. Cu cât este însă mai mare intervalul de timp dintre momentul primei vaccinări și cel al revaccinării, cu atât mai mult se apropie în general reacțiunea de cea a copiilor vaccinați pentru prima oară.

Prima vaccinație poate fi considerată ca fiind făcută cu succes dacă la sediul vaccinației se produce cel puțin o papulă normală, iar revaccinarea, dacă se formează cel puțin o crustă. Pentru a

OMFG

putea controla rezultatul vaccinării, legea obligă, ca copilul vaccinat să fie văzut din nou după 6—8 zile.

• Tratamentul „boalei prin vaccinare“: Rufelete pe care le îmbracă copilul să fie curate! Începând din ziua a 3-a baia va fi suprimată. Un tratament local al locului inoculat în general nu este nici necesar și nici folositor. În caz de inflamație mai intensă, ajunge ca el să fie pudrat. În caz că copilul își rupe pustula prin sgârură, sau aceasta se sparge spontan, ea va fi acoperită cu o bucată de tifon unsă cu vaselină boricată. Pansamentele nu vor fi prea strânse. Dacă este nevoie, copilul va fi împiedecat să se sgârje, aplicându-i niște manșete de carton.

Procedeul este identic în vaccina generalizată sau inoculată.