

ERUPȚII SCARLATINIFORME ÎN ARSURI INFECTATE LA COPII

M. Ionescu, Eleonora Iovan

Penicilina, deosebit de eficace în infecțiile streptococice, a condiționat reducerea simțitoare a morbidității prin scarlatină, temutele ei complicații, dar mai ales formele chirurgicale ale scarlatinei care puteau fi întâlnite în arsuri, fracturi deschise, precum și după amigdalectomii, apendicectomii, intervenții chirurgicale pentru mastoidite, hernii, operații cezariene etc. Scarlatina chirurgicală, având poarta de intrare la nivelul soluției de continuitate chirurgicală, se desfășoară oarecum atipic față de scarlatina obișnuită, erupția și descuamarea fiind exprimate mai ales în jurul plăgii, iar enantemul buco-faringian discret. Uneori și etiologia este deosebită de aceea a scarlatinei obișnuite, agentul patogen nefiind streptococul hemolitic din gâtul bolnavului, ci sușe de stafilococi ce posedă toxină eritrogenă și rezistență la penicilină, reușind să reproducă „sindromul scarlatinos”.

Într-o zonă industrială cu petrol și gaze, pe o perioadă de activitate de 5 ani, în secția chirurgicală a Spitalului raional, pe un număr total de 9.000 bolnavi chirurgicali internați, am avut 166 cu arsuri (1.86%), din care 93 copii, 77 din ei fiind sub vârsta de 10 ani. Dintre aceștia ne vom referi la următoarele 3 cazuri:

Obs. I.: Fetița T. V. de 7 ani, din mediu rural, a suferit o arsură cu apa fierbinte la 21 martie 1962. Este internată abia a doua zi cu arsuri infectate de gradul 2 ale feței, gâtului, ale feței anterioare a toracelui și membrului superior drept, suprafața arsă nefiind pansată și prezentând flicte ne sparte; stare de șoc. Boli asociate: ascarioză și trichocefaloză, amigdalită cronică hipertrofică. Concomitent cu terapia intensivă de deșocare și toaleta chirurgicală se instituie antibioticele: 800.000 U. penicilină și 1 g streptomycină zilnic. Obținem o ameliorare progresivă, dar după 7 zile de la internare (în ziua a 8-a de la producerea arsurii) remarcăm o nouă alterare a stării generale cu febră peste 40° C și apariția unei erupții scarlatiniforme generalizate, mai exprimată în jurul suprafeței arse pansate, mască Filatov, limbă zmeurie și după o zi, discret enantem buco-faringian. Erupția a evoluat cu descuamare în lambouri. Exudatul faringian, recoltat după 7 zile de antibiotice, a fost steril. În urină nu au apărut alte elemente patologice decât Ubg. și Pg. bil. în perioada febrilă. În condițiile laboratorului nostru nu am putut realiza punerea în evidență din plagă a agentului patogen și nici reacțiile specifice în scarlatină. În complexul terapeutic am adăugat un antibiotic cu spectru larg (eritromicina) fără a întrerupe penicilina și streptomicina, și microtransfuzii cu sînge integral. Evoluția stării generale a fost progresiv favorabilă, dar erupția și descuamarea, împiedicînd schimbarea la timp a pansamentelor și efectuarea plastiei, au condiționat reinfectarea suprafeței arse și vindecarea întîrziată „per secundam” cu cicatrice retractile și cheloidiene.

Obs. 2.: Băiețelul Z. D. de 4 ani, tot din mediul rural, este internat la 27 martie 1965 cu arsuri infectate de gradul 2 ale feței, gâtului și toracelui, produse prin flacără de gaze și datînd de o zi. De la internare au fost instituite și antibioticele (800.000 U. penicilină și 0,5 g streptomycină zilnic) și pe fondul unei ameliorări evidente generale și locale, în ziua a 7-a de la internare (a 8-a de la producerea arsurii) face din nou febră mare cu Ubg. și Pg. bil. în urină și apare o erupție scarlatiniformă generalizată, limbă zmeurie, după care a urmat descuamarea în lambouri, mai discretă pe palme și plante. Exudat faringian steril. Mărim doza de penicilină la 2.000.000 U. pe zi și întîrziem schimbarea pansamentelor, aminînd plastia pînă la curățirea tegumentelor și roborarea generală; suprafața arsă s-a infectat în acest timp din nou, condiționînd în cerc vicios șocul cronic.

Obs. 3.: Băiețelul P. C. de 2 ani și 8 luni, tot din mediul rural, este internat la 1 mai 1965 cu arsură infectată de gradul 2 a antebrațului stîng, produsă cu apă fierbinte și datînd de 3 zile. Administrăm de la internare 800.000 U. penicilină și 0,5 g streptomycină zilnic, dar în ziua a 5-a (iarăși a 8-a de la producerea arsurii) face din nou febră mare și apare erupția scarlatiniformă generalizată. Creștem doza zilnică de penicilină la 2.000.000 U., febra scade progresiv o dată cu apariția descuamării care s-a manifestat mai discret la distanță de arsură (deci la membrele inferioare) și nu s-au ivit alte complicații.

Instalarea rashului pe suprafața cutanată nearsă la cele trei cazuri expuse, a ridicat o serie de probleme:

— putea fi vorba eventual de manifestarea unei intoleranțe la penicilină (?). Dar nu am întrerupt administrarea penicilinei, ci am obținut ameliorare prin creșterea dozei;

— nu putea fi vorba despre o altă intoxicație medicamentoasă, căci marea suprafață absorbabilă reprezentată de tegumentul denudat prin arsura și toaleta lui chirurgicală, noi nu am pansat-o decît cu tifon;

— un eventual eritem de iradiere (noi iradiam în mod obișnuit saloanele și bolnavii cu ultraviolete), ar fi apărut și la ceilalți bolnavi din salon, s-ar fi instalat fără cortegiul celorlalte simptome semnalate și nu ar fi evoluat spre descuamare în lambouri;

— mai intră în discuție o eventuală manifestare alergică la absorbția mare a proteinelor dezintegrate din plaga arsă, pentru care pledează instalarea din ziua a 8-a, cam tardivă pentru incubația unei scarlatine chirurgicale și chiar pentru una obișnuită;

— dacă în cazurile noastre a fost totuși vorba despre scarlatină chirurgicală și încă instalată sub tratament cu doze insuficiente de penicilină, sindromul nu se putea instala și desfășura tipic ca cel din scarlatina obișnuită. Nerespectînd antotimpul preferat (toamna), cazurile noastre nu au luat un caracter contagios epidemic, contactii nu au prezentat simptomele așteptate, dar am avut același sindrom într-o altă perioadă la un alt copil ce prezenta o osteomielită cronică fistulizată a gambei. În toate cazurile am luat măsurile de izolare, carantină, dezinfectare și oprire a activității operatorii, deși n-am putea preciza dacă a fost vorba despre o sursă de infecție intraspitalicească sau una proprie bolnavilor. Am anchetat și locul de proveniență al bolnavilor, unde de asemenea nu s-au ivit alte cazuri de scarlatină în aceeași perioadă, cu excepția primului caz (fetița T. V.), unde o soră rămasă acasă, nearsă, a făcut tot atunci scarlatină.

Pe marginea celor prezentate și discutate ne permitem a face considerații adaptate situației:

— arsurile, despre care a fost vorba, s-au produs din lipsa de supraveghere a părinților care, ca și în mediul urban, erau cointeresați în procesul de producție. Nefiînd vorba despre colectivități organizate, arsurile au fost neglijate, internate cu întîrziere, ceea ce a determinat infectarea lor. Instalarea erupțiilor descrise, de orice natură ar fi fost ele, împiedică desfășurarea

optimă a conducerii tratamentului local, pierzînd șansa spitalizării scurte și a vindecării fără sechele.

Orice arsură impune aducerea imediată a bolnavului în serviciul chirurgical cel mai apropiat în competența chirurgului și dotarea corespunzătoare, știut fiind că toaleta și primul pansament condiționează întreaga evoluție a arsurii și arsului. Dispensarul de circumscripție și personalul său nu au competența și condițiile adecvate pentru asemenea situații și le revine doar rolul depistării și trimiterii imediate, o dată cu primele măsuri de combatere a durerii și prevenire a șocului, dar și îndepărtarea îmbrăcăminte și învelirea în cearceafuri curate, eventual sterile (casoletele se pot improspăta cu ocazia frecventelor deplasări ale mașinilor de salvare între spitalul raional și dispensar). În spital, toaleta va interesa și suprafața cutanată nearsă, iar microtransfuziile cu sînge integral și penicilină în doze mari trebuie instituite de la început. Orice sursă de suprainfecție trebuie înlăturată: în general profilaxia infectării arsurii poate însemna și profilaxia scarlatinei chirurgicale în arsuri, care complică evoluția generală și locală. Celelalte cauze posibile discutate ale eritemului scarlatiniform nu au un cuvînt atît de greu în evoluția arsurii.

Sosit la redacție: 14 iulie 1966.

Bibliografia la autor.