

GYÖRFI MARGARETA

186

UNIVERSITATEA " REGELE FERDINAND I " CLUJ - SIBIU.

FACULTATEA DE MEDICINĂ.

Febrele eruptive ale copiilor.

TEZA No. 1805....

T E Z A

de

D O C T O R A T

in

Medicină și chirurgie

prezentată și susținută in ziua de....1940

de

GYÖRFI MARGARETA.

24 MAY 2005

hh.630

FACULTATEA DE MEDICINĂ

DECAN: PROF. DR. VICTOR. PAPILIAN.

Cl. stomatologică.....	Prof. Dr. I. Aleman.
Fiziologia.....	" Gr. Benetato.
Cl. Oto-Rino-Laringologică.....	" Gh. Buzoianu.
Patologie generală și exp.....	" N. Botez.
Bateriologie.....	" V. Baroni.
Farmacologia.....	" V. Baroni.
Istoria medicinei.....	" V. Bologa.
Cl. dermato-venerică.....	" C. Tătaru.
Istologia și embriologia.....	" I. Drăgoiu.
Cl. obstetricală și ginecologică..	" C. Grigoriu.
Cl. boalelor contagioase..... Conf.	" I. Gavrilă.
Cl. medicală I..... Prof.	" I. Hațieganu.
Cl. medicală II.....	" I. Goia.
Medicina legală.....	" M. Kernbach.
Igiena.....	" I. Moldovanu.
Chimie biologică.....	" I. Manta.
Cl. neurolog. și endocrinol.....	" I. Minea.
Cl. Oftalmologică.....	" D. Mihail.
Anatomie descriptivă și topog....	" V. Papilian.
Cl. chirurgicală.....	" Al. Pop.
Cl. infantilă.....	" G. Popoviciu.
Chimie medicală.....	" St. Secăreanu
Balneologia	" M. Sturza.
Anatomia patologică.....	" T. Vasiliu.
Cl. urologică.....	" E. Teposu.
Cl. psihiatrică.....	" I. C. Urechea.
Igiena generală.....	" M. Zolog.

J U R I U L D E S U S T I N E R E

PRESEDINTE : Prof.Dr. G. Popoviciu.

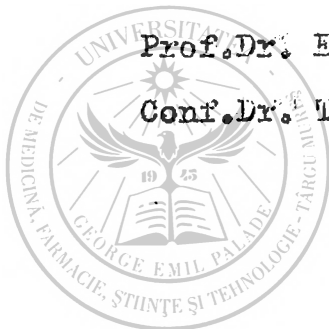
MEMBRII : Prof.Dr. M.Kernbach.

Prof.Dr. T.Vasiliu.

Prof.Dr. I.Hațiegamu.

Prof.Dr. E.Teposu.

SUPLEANT : Conf.Dr. T.Popovici.



Domnului Profesor Dr. Gh. P O P O V I C I U

omagiu și recunoștință.



FEBRELE ERUPTIVE ALE COPIILOR

Febrele eruptive ale copiilor, făcând parte din capitolul bolilor copilăriei, au fost obiectul unor studii îndelungate, nu numai din punct de vedere clinic, ci și din punct de vedere imun-biologic. Dacă cercetările asupra etiologiei majorității febrei eruptive n'au dat rezultatele dorite, în schimb experiențele privind imun-biologia și profilaxia acestor boli, au fost mult mai fructuoase. Din punct de vedere practic, aceste cercetări au adus rezultate binefăcătoare pentru întreaga omenire. Este suficient să amintim în această ordine de idei, minunatele experiențe ale lui Jenner, iar legătura ⁱⁿ cu vaccinarea anti variolcică, experiențe care au pus bazele imunizării active, atunci când știința medicală asupra anticorpilor era încă în fașe. Sunt cunoscute mai departe cercetările lui Schick și Dick asupra scarlatinei, autorii care au putut preconiza o metodă practică pentru stabilirea receptivității individuale față de această boală. Vaccinarea anti-scarlatinoasă a dat rezultate bune peste tot, practicându-se aceasta azi și în țara noastră în mod regulat. În Plasa Sanitară Model Gilău, unde vaccinarea copiilor s'a făcut aproape în 100 %, imbolnăvirile de scarlatină au fost foarte rare dela data introducerii acestei măsuri preventive. Ca exemplu în jud. Brașov, unde vaccinarea anti-scarlatinoasă s'a practicat pe o scară întinsă, rezultatele au fost foarte concludente.

din 16. 703 copii vaccinați s'au îmbolnăvit 36-0,22 %

Din 4607 copii vaccinați în complet 1-2 doze s'au îmbolnăvit 35-0,76 %.

Din 1551 copii sustrași dela vaccinare, s'au îmbolnăvit 62-11,0 %.

Proporția dintre îmbolnăviții vaccinați complet, față de nevaccinați fiind de 1-16, în același timp mortalitatea a fost mai mare la nevaccinați ca la vaccinați.

Imunizarea pasivă a dat rezultate bune la scarlatină, practicându-se această imunizare și la pojar, în mod preventiv prin transmiterea serului dela un individ convalescent la unul care încă n'a fost bolnav sau în scop%/terapeutic, la unul deja bolnav. / Hemoterapie/ în ambele cazuri constatându-se efecte satisfăcătoare. Ve em deci din cele enumerate, că studiul simptomatologiei profilaxiei și terapeuticeii febrei eruptive trebuie să ocupe un rol capital în programul de auto-instruire, nu numai a medicului, dar și în acela al personalului sanitar auxiliar. Chiar din aceste motive, o descriere sintetică de repetiții a acestui grup de boale, și anume :

S C A R L A T I N A.

Scarlatina este o boală infecțioasă, caracterizată prin apariția unor erupțiuni cutante, febră, angină, enanțem și printr'o vădită tendință la complicațiuni, adenite, nefrite, și către sfârșitul boalei, o descoamație lameloasă.

Etiologie: agentul patogen, nici astăzi nu e

precis cunoscut. Se încredințează în virus filtrant, un proces anafilactice care s'ar datori unei sensibilizări anterioare a organismului prin streptococ. Asupra legăturii dintre streptococ și scarlatină, s'insistat pentru prima dată Nosser care, a și preconizat un ser antistreptococic, totuși mulți autori de seamă refuză să recunoască această etiologie streptococică. Se pare că streptococului hemolitic i s'ar asocia în producerea scarlatinei și alți germeni, mai verosimil filtrabili. Contagiunea se întâmplă mai frecvent prin cazuri ambulante nediznoscizate, angină fără exantem sau prin intermediul efectelor contaminate pe cari agentul patogen poate trăi timp îndelungat. In cazuri sporadice, cursa de infecțiune este greu de stabilit, categoria copiilor cari se îmbolnăvesc în număr mare e a cea a copiilor preșcolari și școlari.

Copiii de sãn se îmbolnăvesc rar, se vede datorită unei imunități câștigate încă în timpul vieții în trauterine.

Timpul de incubație în majoritatea cazurilor durează 3-5 zile, cu excepția cazurilor fulgerătoare, unde poate fi redus numai la 24 ore. Imbolnăvirea conferă o imunitate, de obicei de lungă durată. Cazurile de reinfecțiune sunt rare, totuși mai frecvente ca la pojar.

Aspectul clinic obișnuit : După o incubațiune fără simptome, de 3-5-8 zile, apar primele semne. Acestea sunt: febră înaltă de 39° - 40° , schimbarea stării generale, apatie, neliniște, delir, convulsii la copii mai mici. La cei mai mari, dureri de cap și de gât. Amigdalele

stâlpi vârlui palatin sunt roșii, însă această roșeață se delimitează bine de boli tapalatine. Limba la început e savurală, pe urmă stratul savurali dispare, iar devine roșie intensă, papilele proemină, dând aspectul caracteristic de limbă de smeară. Anghina în cursul dezvoltării exantemului se intensifică și ea, poate deveni pultacee și adeseori este însoțită de tumefacția ganglionilor submaxilari. Exantemul apare la 12-24 ore. Este format din nenumărate papule de culoare roșie intensă, care apar întâi pe gât, torace sau pe spate, acest exantem dezvoltându-se, se generalizează tot mai mult iar după, 1-2 zile, confluează.

Culoarea exantemului devine din ce în ce mai intensă. Uneori, în cazurile maligne, acest exantem devine bulos cu un conținut seros. Începând din ziua de 4-7 exantemul începe să imolueze, lăsând câteodată o pigmentațiune destul de pronunțată, mai ales pe regiunea abdominală. După 2 săptămâni începe faza de descoamăție în regiunea gâtului sau în maxile, regiunea pubiană, sau auriculară. Descoamăție feței începe adeseori din primele zile ale bolii. Descoamăția este cu atât mai puternică, cu cât eritemul a fost mai intens. La extremități descoamăția începe mai târziu, terminându-se după 6-8 săptămâni și se face intens sub formă de lamele sau de mănuge. În cazurile mai ușoare, descoamăția interesează numai mâinile. Unii autori, Fancon, a observat în săptămâna de 2-4 un exantem întârziat, sub formă unor macule, maculo-papulă, sau pitiriaziform de culoare roșie deschisă, apoi brună și care dispare treptat.

Febra se menține ridicată la $39,40^{\circ}$, fără remisiuni mai puternice, până la dezvoltarea completă a exantemului. Totuși intensitatea ei depinde mai mult de intensitatea anginei, decât de a exantemului. Pe la sfârșitul săptămânii 1-a sau la începutul celei de a 2-a temperatura începe să scadă încet, litic.

Aparatul respirator nu e interesat, afară de o ușoară coriză, care eventual poate îngreuna respirația.

Pulsul, mai ales la copiii tineri adeseori e foarte frecvent, 160-180 pe minut asupra inimii uneori se aude un ușor suflu sistolic în timpul perioadei febrile. Ficatul și splina se măresc puțin.

Urinele sunt rare în perioada febrilă, conțin puțină albumină, cilindrii, globule roșii. Revin la normă mai odată cu scăderea febrei, dacă nu se instalează nefrite secundare. Culoarea ei roșie caracteristică dăruie depinde de conținutul urinei în urobilinogeni.

Formele scarlatinei. Sunt cunoscute formele frante unde angina și febra și schimbarea stării generale sunt neînsemnate, exantemul e abia vizibil sau nici nu apare. În asemenea cazuri diagnosticul se pune numai atunci când începe descoamația, sau apare o năfrită secundară.

Contrar acestei forme ușoare, mai ales la copii, cu diateză exudativă, sau descris cazuri maligne toxice, caracterizate prin febră ridicată, vărsături, delir, convulsii, respirație toxică, cianoza membrilor și a mucoaselor. Moartea survine prin comă în

24- 36 ore. Afară de aceste forme, scarlatina poate surveni și după operațiuni, arsuri, sunt așa zisele scarlatine chirurgicale. Se recunoșc prin faptul că erupțiunea începe în jurul plăgilor, are o incubatie mai scurtă, lipsește exantemul.

Complicațiuni. Survin mai frecvent la amigdale, ganglioni limfatici, urechia medie, articulații, rinichi.

Anghina necrotică survine în formele septice. Fosilele sunt acoperite de false membrane, prezintă pierderi mari de substanțe .

Otita medie este complicațiunea serioasă, care poate surveni deja în prima săptămână și poate duce la necroza timpanului, oscioarelor, în consecință surditate. Concomitent, infecția poate trece și la mastoidă, meninge,

Pseudo-reumatismul scarlatinos evoluează ca un reumatism acut.

Într-o totdeauna angajată și accelerarea neobișnuită a pulsului însemnează, că toxina scarlatinoasă are o afinitate deosebită față de acest organ. Pulsul accelerat în cazurile grave se poate menține timp de săptămâni întregi chiar în perioada afebrilă. Cazuri ușoare se poate percepe un suflu sistolic.

Imbolnăvirea a 2-a poate surveni după perioada afebrilă în săptămâna 3-a. Se manifestă cu adenopatie submaxilară mai grave /cupurațiuni, angina Ludwig/. Chiar și exantemul poate reapărea.

Nefrita este cea mai gravă complicație, survine către săptămâna 3-a. Anatomico-patologic este o glomerulonefrită. Urinele sunt hematurice și adeseori se pot pune

pune în evidență streptococi. Nefrita scarlatinoasă are tendința de a produce edem. Presiunea sanguină e mărită. Durerile de cap sunt frecvente. Durata de obicei e de 3-6 săptămâni. Excepțional evoluează către o nefroză.

Scarlatina se poate complica și cu o difterie. Diagnosticul se bazează mai ales pe examenul de laborator. Diag

Diagnosticul, în cazurile tipice cu febră, cu angină caracteristică prin limba de șeaură și exantem e ușor de făcut. În cazul scarlatinei fără exantem, cu angină pseudo-membranoasă, numai laboratorul ne poate lămurii. Întâmpinăm greutăți de diagnostic diferențial și în cazurile eritemelor toxice, și infecțioase ele fiind frecvente la copii. Rașă de pojar, nu e greu de făcut, fiind aceea de fenomenele catarale și petele lui Koplik dela începutul afecțiunii. Afară de acestea afecțiuni, diagnosticul diferențial se mai face și cu o serie de infecțiuni cari se pot prezenta cu exantem scarlatiniform : pneumonia crupoasă, tifoz, gripă, varicelă, turburări digestive acute ale sugacilor sau cu exantemele apărute în urma unor medicamente, chinină, iodoform, atropină, etc. un criteriu sigur de diagnostic este cercetarea fenomenului de stingere.

Prognosticul: scarlatinei variază dupăcum ea are o evoluție ușoară sau complicată. Mai depinde și de vârsta bolnavului și de constituția și rezistența lor.

- -

Profilaxia. In ultimul, timp injectiile cu toxina scarlatinoasă in scop de a preveni imbolnăvirile au devenit chiar obligatorie. Profilaxia se poate realiza saum injectând 2-10 cmc ser dereconvalescent sau 20 cmc sânge in. dela un adult. Aceste metode conferă o imunitate pasivă de câteva săptămâni. De preferat este metoda de injectie de toxină diluată de 3 ori pe săptămână in doze crescânde dela 250- 3000 unități! Imunitatea incepe la 2 săptămâni după ultima injectie

Reacția Dick devine de obicei negativă. Izolarea bolnavilor se face intr'un spital. Desinfecția camerei ~~sa~~ sau efectelor e obligatorie.

Tratament. Bolnavul izolat se va pune in pat a- i asigura un repaus complet. Chiar și in cazuri foarte ușoare, unde febra scade după 3-4 zile, bolnavul se ține la pat 3-4. săptămâni pentru a ne pune la adăpost, in cazul unei nefrite, care ar apărea in săptămâna 3-a. Experiența arată însă cu toate precauțiunile luate, atât dietetice cât și de ordin general, nu se poate intotdeauna preveni. Ca regim in primele zile cu febră se recomandă multe lichide zaharato, siropuri, compoturi, după trecerea perioadei febrile putem administra un regim lacto-vegetarian. Febra nu necesită o indicație specială. In cazn de temperatură ridicată 39-40° este indicat a face bolnavului zilnic băi la 32-33° sau impachetări reci, odată - de 2 ori pe zi, puna cu gheață pe cap și regiunea precordială. La

inceputul

La începutul descoamăției, se recomandă băi calde zilnice pentru a accelera aceasta și pentru a evita împrăștierea scoamelor. Desinfecția nasului și a faringelui trebuie făcută riguros prin picături antiseptice, gargară, sau badijonări. Copiilor mai mici se dă după mâncare lichide zaharate sau picături de suc de lămâie. Dacă inflamația migdalelor e accentuată, aplicăm comprese reci sau cu gheață. În durerile reumatoide se pot administra salicilat de Na /Clin/ prin Aspirină.

În otită, comprese calde iar în dureri prea mari paracentează. Mastoidita necesită intervenție chir.

În adenopatii, pentru a combate inflamația, aplicăm comprese reci, cu gheață sau cataplasme. Dacă se formează o colecție, procedăm la deschiderea lui.

În angina necrotică, injecțiile cu Salvarsan dau bune rezultate.

Pentru a controla funcțiunea rinichilor, se va face din ziua 10-a începând până în ziua 40-a examene repetate pentru albumină. În caz de nefrită instalată, aplicăm tratamentul medical obișnuit. x

Susținerea inimii este foarte importantă. Se poate realiza în cazuri ușoare cu cafea cu lapte în cazuri mai grave cu injecții de cafeină.

Seroterapia trebuie făcută dela început din ziua 2-a, a 3-a. Ca ser curativ se întrebuintează serul antistreptococic de cal. Dă rezultate bune, mai ales în cazurile toxice. Mai nou se încearcă prep. sulfamidate. Prontosil, rubiazol, dagenal.

P O J A R U L .

Dintre febrele eruptive, pojarul este cel mai frecvent și cel mai contagios. Este o boală infecțioasă febrilă, care se manifestă prin erupțiuni mari caracteristice, și un catar oculo-naso-pulmonar.

Etiologie: Agentul patogen al pojarului până astăzi nu este cunoscut. E vorba probabil, despre un virus filtrabil, care se răspândește foarte ușor prin secrețiile căilor naso-faringiene, / picăturile lui Flüge/, fapt care explică contagiositatea acestei boli. Contagiu-
nea prin/ calea indirectă, nu intră în discuțiune. Cum rezistența agentului patogen în afara organismului/foarte scăzută, camera bolnavului nu necesită o desinfecție ulterioară. Contagiositatea bolii începe odată cu febomenele catarale. Dispoziția indivizilor pentru pojari este foarte mare. Aproape fiecare om îl face, îndeosebi în copilărie. Această boală odată trecută, conferă o imunitate de foarte lungă durată. Excepțiile de această predispoziție fac numai copiii noui născuți cari până la 4 luni sunt apărați de imunitatea câștiga-

tă transplacentar de la mamă. O îmbolnăvire nouă este o raritate.

Aspectul clinic obişnuit. În evoluţia fizică clinică a pojarului putem distinge 4 perioade :1/ per. de incubatie, 2/ per. de enantem, sau stadiul prodromal. 3/-Per.de exantem. 4/ şi convalescenţă.

Stadiul de prodrom durează 13- 14 zile, deci retrospectiv ne ajută la descoperirea sursei de infecţie.

Perioada de incubatie decurge de obicei fără tulburări mai însemnate, eventual uşor catar, subfebrilităţi. Perioada de enantem, sau prodromal, începe brusc cu febră ridicată, catar puternic, oculonazo-pulmonar. Conjunctivele sunt congestionate, secretând puternic. Peste câteva zile, se instalează şi o tuse seacă rebelă, care poate lua aspectul unui pseudo-crup chiar. Temperatură în această perioadă se urcă brusc, pentru a reveni apoi la normal. După 2-3 zile, odată cu apariţia exantemului, temperatura se ridică din nou. Starcea generală poate fi neschimbată / buna dispoziţie nu dispăre /, sau din contră, este grav alterată: dureri de cap, indispoziţie, lipsă de poftă de mâncare, chiar şi scaune diareice. La început, simptomele

sunt asemănătoare unei gripe și adeseori diagnosticul se face numai odată cu apariția exantemului. Diagnosticul în asemenea caz poate fi ușurat prin cercetarea petelor lui Koplick. Acestea sunt mici puncte albe albastruie, proeminente, plantate pe o zonă roșie, așezate pe mucoasa obrazilor în dreptul molarilor, mai rar pe mucoasa palatină. Pot și lipsi. S'au observat în epidemiile de pojar, din ultimii ani, apariția tardivă a petelor lui Koplick, în timpul exantemului sau chiar după dispariția acestuia. / Epidemia din 1938 Plasa Sanitară Model Giéșu /. În epidemia care bântuie actualmente în orașul și regiunea Sibiului, se constată lipsa completă a petelor lui Koplick. / 14 cazuri observate la serviciul de consultații a secției de puericultură dela Spitalul Public Sibiu /. Adevăratul exantem, apare de obicei la 10-20 ore înainte de exantem,

Perioada exantemului : începe cu o nouă ridicare a temperaturii, hiperemie conjunctivelor iar fenomenele catarale se accentuează. Exantemul apare sub forma de mici macule roșii, așezate întâi pe regiunea retro -auriculară, față, gât sau pe pielea păroasă a capului. De aici se generalizează apoi repede pe întreg corpul bolnavului. Aceste macule devin tot mai proeminente, transformându-se într'o mică bulă de culoare roșie deschisă, cu un conținut seros. Exantemul odată dezvoltat ia o culoare din ce în ce mai închisă. Eflorescențele la început mici. Cresc și pot conflua în placarde mai mari. Durata exantemului este de 4-5 zile. După dispariția acestuia, rămâne o pigmen-

tație care se menține 10-20 zile. Starea generală în această perioadă e grav atinsă, bolnavultușește, prezintă fotofobie, dureri de cap, anorexie, chiar și delir. Perioada de vindecare, începe odată cu scăderea temoeraturei și retrocedarea tuturor simptomelor. Bolnavul revine la normal după 8-10 zile.

Complicațiunile: Interesează de obicei aparatul respirator. Dintre acestea, cele mai frecvente sunt: bronșita, pneumonia, bronho-pneumonia însoțită de pleurezie. Acestea survin mai ales la copiii mici, debilitați, rahitici. Se instalează toate aceste complicațiuni, către sfârșitul perioadei eruptive, sau chiar dela începutul acesteia, când agravează și mai mult prognosticul boalei. Primele semne ale unei complicațiuni încep cu reascensiunea febrei, starea generală se alterează din nou, tusea se accentuează, dispnee, cianoză. La copiii mici poate fi adeseori mortală, această complicațiune, putând evolua către bronșită capilară.

Sistemul nervos, poate fi atins în cazurile grave. Știu descris mai ales în ultimul timp, cazuri de meningite seroase, de encefalite. Anatomia patologică în asemenea cazuri este analoagă cu a encefalitelor pist vaccinale. O foarte gravă complicațiune este crupul din pojar. Pojarul influențează și procesele tuberculoase. În timpul boalei reacția la tuberculină devine negativă, deci organismul reacționează, energic la toxina sau bacilii tuberculoși. Așa se explică deci reactivarea proceselor tuberculoase până atunci inactive la sfârșitul pojarului. Se produc astfel mărirea ganglionilor tracheo-bron-

hici grănulie, bronho-pneumonie tuberculoasă, meningite etc.

Profilaxie. Neputând face o imunizare activă, nu putem vorbi despre o adevărată profilaxie. Profilaxia se face numai în cazurile copiilor dintre vârsta de 3-4 ani și constă în izolarea lor de alți frați sau copii bolnavi. Izolarea însă numai atunci e eficace, dacă se aplică, când cei suspecti de boală se află încă în stadiul prodromal, mai târziu nu având nici o valoare. Copiii bine dezvoltati nu trebuiesc feriți. Cei debili se pot apăra cu rezultate bune cu ser de convalescent.

Tratament : Specific nu există, agentul patogen nefiind cunoscut. Toată grija medicului trebuie îndreptată pentru a preveni complicațiunile pulmonare.

Bolnavii se plasează în camere luminoase și îi se schimbă des poziția. Cei mici pot fi purtați pe brațe. Acroterapia se recomandă intens.

Regimul în perioada febrilă constă din lichide multe zaharet, siropuri. Copiilor de sân se dă zăăre, lapte albuminos. După febră se revine la regim normal.

Băile fierbinți accelerează apariția exantemului întârziat.

Îngrijirea catarului ocular este foarte importantă. Se recomandă spălături cu acid boric 2-4 %, comprese cu ceai de mușetel. Antisepsia naso-buco-faringiană trebuie executată riguros.

În caz de crup, se administrează ser antidifteric

10.000 unități, calmante, la nevoie intubație, traheotomie. In tuse chinuitoare, codeină, cardiazol, -dicodid. Tratatamentul bronșitei, bronhopneumoniei se face după metodele cunoscute.

In pojarul necomplicat repausul la pat durează 6-8 zile. In timpul convalescenței se recomandă șederea in aer liber cât mai mult. In cel complicat repausul se prelungește.

R U B I O L A .

Sub rubeolă înțelegem o boală infecțioasă deosebit de benignă, care se caracterizează printr'o erupțiune morbiliformă, o tumefiere a sistemului limfatic periferic, însă simptomele catarale sunt puțin dezvoltate.

Se ivește de obicei brusc, in copilăria 2-a. Agentul patogen deasemenea este necunoscut. Contagiunea se face in mod direct. Boala apare mai ales in ~~in~~ epidemii . Cazurile sporadice sunt rare. Receptivitatea copiilor față de rubeolă nu e așa de mare ca față de pojar. Contagiozitatea precedă erupțiunea și persistă până la dispariția ei. Incubația este de 17-21 de zile.

Simptomatologie: debutul se face fără prodrom. Febra precedă numai cu câteva ore înainte sau este contemporană cu apariția exantemului. Erupția incepe de obicei la față, și se generalizează repede. Ea este morbiliformă, mai ales pe față, trunchiu ; scarlatiniformă in regiunea inferioară. Exantemul dispare repede, enantemul poate lipsi. Adenopatiile se întâlnesc con-

stănt și precede exantemul. Descoamația aproape că nu există. /

Profilaxia. Este la fel ca în rubeolă. Din cauza mării difuzibilități și tfragilități a virusului, declarăția și izolarea s/ facultativă.

Tratamentul se reduce la un repaus de câteva zile la pat.

Boala patra.

/ Dickes Filatow /.

A fost descrisă pentru prima oară de un medic englez Dickes sub numele de rubeolă scarlatiniformă. Incubația e de 9-21 zile.

Simptome. Majoritatea cazurilor nu există prodrom, în afară de ușoare dureri de gât și stare de indispoziție. După câteva ore apare pe corp un exantem compus din pete mici punctiforme de culoare roză, abia ridicându-se deasupra nivelului pielii. Conjunctivele și faringele sunt congestionate, ganglionii submaxilari tumefiați, însă mai puțin ca la Rubeolă. Erupția dispare repede și este urmată de o descoamație de 8-14 zile. Starea generală este puțin alterată, febra e redusă sau lipsește. Poate fi urmată de o ușoară albuminurie. Tratament : repaus în cameră.

Erihemul infecțios sau boala 5-a.

Este o boală infecțioasă, care decurge fără o modificare mai accentuată a stării generale și prezintă ca simptom principal un exantem compus din pete mari

și adeseori confluențe care se localizează cu predilecție pe față și părțile extenzorice ale brațelor. Seamănă cu pojarul sau cu eritemul exudativ multiform. Cazurile apar mai ales primăvara sub forme de mici epidemii mai frecvent la copii între 4-12 ani. Timpul de incubație este de 7-14 zile.

Rozeola infantilă.

Se manifestă printr'un exantem asemănător cu acel al pojarului. Este o boală benignă și survine de preferință la copii de sân până la 2 ani.

Miliara roșie și albă.

Este de origine infecțioasă specifică. Forma ei particulară a fost descrisă de Dănilă-Stroe sub numele de "exantemul miliariform din București". Boala începe cu o febră mică, mai rar înaltă, faringită, coriză. Concomitent apare și o erupție mai des scarlatiniformă, mai rar morbiliformă, însoțită de mici vezicule /miliare/ și sudori foarte intense. Boala se termină cu ușoară descoamație. Recidivează des.

Varicela.

Varicela sau vârsatul de vânt este o boală infecțioasă epidemică, care, din cauza erupției a fost mult timp confundată cu variola. Se întâlnește de obicei sporadic în centre mari sub formă de endemii.

Simptomatologie. Este caracterizată printr'un polimorfism extraordinar și printr'o apariție în puseuri

• erupției variceloase. Erupția trece printr-o fază
sechelașă, local-bulicată iar în ziua 7-8, 8-9, prin-
tr-una de decrustația. Incubația în medie este de 11-12
zile.

Între varicela și zonă este o strânsă înrudire
după cum s'observă pentru prima dată okaj. Mai târziu
Kettner a dovedit identitatea de virus a acestor două
boli. Prin contagiune deci, un bolnav cu zonă poate
putea să transmită, contactilor, varicela sau un vari-
coler să transmită zonă. Zona n'ar fi decât locali-
zarea vizuală a varicelilor pe ganglionii nervoși. Cechii
și liard au susținut, că varicela și zona sunt două
entități moride deosebite, sprijinind teoria lor cu
dovezi din domeniul imuno-biologiei a acestor infecțiuni.
Se pare totuși că din toate punctele de vedere clinic
epidemiologic și biologic, unicității au dreptate. Viru-
sul variceloz este ca și cel variceloz în virus filtra-
bil. Este localizat probabil în pustulele variceloase,
în urină și secrețiile bucale. Contagiunea poate fi
directă de la om la om, sau indirectă. Boala conferă
imunitate durabilă.

Simptomatologie: Boala începe cu ridicarea
temperaturii și apariția exantemului caracteristic.
Exantemul apare întâi pe față, pielea pârășă a capu-
lăi, de aici se generalizează repede. Adeseori apare
decodat pe tot corpul bolnavului. Aspectul exantem-
ului la început este asemănător unei rozeole care crește
repede și ia aspectul unei papule. Papulele, în citava

crăsură se transformă în bulă, care sunt acoperite pe un fond eritematos, bine delimitat, și care trece direct în pielea normală. Conținutul bulii poate fi transparent sau dela început tulbur. După 1-2 zile, începe să se usuce și la 5-6 zile, bulă e acoperită de o crustă brună. Crusta, după 1.-3 săptămâni cade, fără a lăsa cicatrice. Important este faptul că pe același teritoriu, găsim toate formele de evoluție a erupției. Grupurile vari-celuloză interesează și succesa bucală, mai rar și cea conjunctivală.

Diagnosticul diferențial cel mai important se face febră la variolă. În variolă, stadiul prodromal este grev, febra precede erupția. Regiunea cea mai interesantă este cea a feței și extremitățile, mâinile și picioarele. Regiunea abdominală rămâne neatinată. Erupțiile se găsesc totdeauna în același stadiu de evoluție. Evoluția singurei erupții durează zile întregi, nu ore, ca la variolă. În caz, când diagnosticul nu se poate face imediat practic stabil, cazul trebuie recușit ca variolă și strict izolat.

Complicațiile: nu sunt rare. S-au văzut cazuri de varicelă complicate cu encefalită și nefrită.

Profilaxia: constă în izolarea bolnavului timp de 21 de zile, a contactilor 15 zile. Vaccinarea este obligatorie.

Tratament: separe la pat, regim ușor, prevenirea infecțiilor secundare, igiena gurii. Serul profilaxiei pentru omii a date rezultate bune, pentru alții hetero-profilaxia e foarte eficace.

Variola.

Variola a fost cea mai răspândită boală infecțioasă, până nu s'a introdus vaccinarea j Jenneriană. Receptivitatea e foarte mare.

Etiologie. S'a descris de Guarineri mici pustule, incrustațiuni celulare " corpusculii lui Guarineri", ca fiind ele însuși parazitul bolii, de către alții ca reacțiuni celulare față de virusul variolei. Astăzi se știe că este vorba despre un virus filtrabil, ce se găsește în limfa pustulelor, sânge, în exudatul nazobuco-faringian. Este foarte rezistent, crește și în afara organismului, deci contaminarea indirectă e posibilă. Pătrunderea în organism se face prin căile respiratorii. Incubația 12-14 zile.

Simptomatologie. Perioada de invazie începe brusc, cu frisoane, febră înaltă, ameteală, vărsături, cefalalgie, rahialgie, enantem. Din ziua 3-a, 4-a apare treptat erupțiunea variolică. Bolnavul intră în a doua fază, cea eruptivă. Faza a 3-a de uscare a pustulelor, începe pe față, progresând în ordinea în care a apărut supurațiunea. Defervescența definitivă în variola necomplicată se face în ziua 14-a, 15-a iar căderea crustelor în alte 10-12 zile.

Forme clinice:

În forme uscare varioloide, toate fazele sunt mai reduse ca intensitate, evoluția bolii e mai rapidă.

Variola hemoragică este o formă foarte gravă. Are o evoluție prelungită și are un sfârșit totdeauna fatal

deasemenia și variola confluentă.

Complicațiuni. Complicațiunile sunt foarte numeroase. Angine, flegmoane, abcese, necroze, bronhopneumonii, pleurezii, piocardite, encefalite.

Profilaxia. Declaraarea obligatorie, izolare de cel puțin 40 de zile, desinfecția severă a camerilor și a efectelor întrebuințate. Cazurile dificile de diagnosticat se practică în Anglia și America, etc. reacțiunea lui Paul specifică variolei. Tot în acest scop s'a practicat de către Parker Muchenfuss și reacția de fixare a complementului. Metoda sigură și suverană în profilaxia variolei este vaccinarea și revaccinarea la 7-12 ani, imunitatea durând numai 10 ani.

Tratament. Simptomatic. Combatem febra, antisepticizăm cavitatea naso-buco-faringiană.

Alimentația va fi ușoară dar abundentă.

Lumina roșie are influența favorabilă erupțiunei. Se vor lua măsuri pentru a împiedica infecțiile secundare, în consecință se aplică pe sector, pomezi antiseptice, pensulă cu nitrat de argint 2-3 %, băi cu sublimat 1/5000.

Se va îngriji inima, administrând cardio-tonice antipiretice. În caz de convulsii, se recomandă cloralul, morfina. După Manicetide, Ambrina / parafina cu terebentină / împiedică formarea cicatricelor.

C O N C L U Z I I .

- 1.- Din categoria febrei eruptive ale copilului fac parte următoarele boale:scarlatina,pojarul, rubeola,boala 4-a,eritemul infecțios,rozeola infantilă,miliară roșie,și albă, varicela, variola.
- 2.- La febrele eruptive infecțioase ale copilăriei,se disting următoarele patru perioade:
 1. incubația
 2. invazia
 - 3, perioada de erupție
 4. perioadă de descuamație,care coincide cu convalescența.
- 3.- Caracteristicile febrei eruptive le-o dau simptomele din perioada eruptivă: enantemul și exantemul.
- 4.- Majoritatea febrei eruptive conferă organismului o imunitate durabilă definitivă.
- 5.- In combaterea febrei eruptive ale copiilor rolul primordial il are profilaxia boalei.Se face prin:
 - a. izolarea
 - b. declarație.
 - c. dezinfecție
 - d. imunizarea.
- 6.- In ce privește terapeutica unora,constatăm că,seroterapia a dat până in prezent celemai satisfăcătoare rezultate.

Văzută și bună de imprimat.

DECANUL FACULTĂȚII :
ss. Prof.Dr. V.Papilian

PRESEDINTELE TEZEI :
ss.Prof.Dr.Gh.Popoviciu.

B I B L I O G R A F I E.

- Prof.Dr.Gh.Popoviciu: Elemente de pediatrie și
puericultură.
- Lt.Col.Dr.Popescu :
Căp.Dr.Panaitescu : Epidemiologia și profilaxia
boalelor infecțioase în mediu
civil și militar.
- Prof.Dr.Hațieganu I.
Goia I. Tratat elementar de semiologie
și patologie medicală.Vol III.
- Dr.Pompiliu Nistor : Raport despre vaccinările și
rez. epidemiologice, după vac-
cinările cu anatoxină difteri-
că-scarlatinoasă, în com.rur.
ale.jud.Brașov pe ani 1935-36.
Sibiul medical 1937 No.8-10.
- Feer : Lehrbuch der Kinderheilkunde
- Glanzmann : Einführung in die Kinderheilkun-
de.
- E.Sergent : Pediatrie.
- Nicolau : Rev.șt. medicale 1934-1935.
- Roger-Widal : Nouveau traité de médecine
Vol II,