

CU PRIVIRE LA PROFILAXIA RECIDIVELOR ÎN REUMATISMUL BOUILLAUD-SOKOLSKI (R.B.S.)

Corneliu Constantinescu, V. Petrescu Comun, Roza Veidenfeld, Florica Poenaru,
Carmen Bușulenga, Mihai Isvoranu

Plecînd de la noțiunea etiologiei streptococo-alerģice cel puțin a majorității cazurilor de R.B.S., se admite că profilaxia recidivelor acestei boli are două aspecte care cuprind măsuri antistreptococice și măsuri specifice antireumatice ce intervin în procesul încă neelucidat care are loc probabil între factori ai alergiei la infecția streptococică și țesuturi.

Se știe că, măsurile antistreptococice se împart la rîndul lor în două categorii. În primul rînd este unanim recunoscută necesitatea tratamentului energetic al oricărei infecții acute streptococice, mai ales la un reumatic. Acest tratament reduce șansele de declanșare a unei crize de R.B.S., la indivizi indemni de la 3% la 0% și la reumatici de la 50% la 20—10%. Acest rezultat nu se obține cu sulfamide care au doar acțiune bacteriostatică, ci cu doze eficiente de penicilină (600—800.000 u. pe zi timp de 10—14 zile). Numai în caz de intoleranță a bolnavului la penicilină se folosește în acest scop aureomicină, eritromicină, sau tetraciclina cu efecte mai puțin bune decît ale penicilinei. Și în cazurile noastre tratamentul cu penicilină ca mai sus a fost aplicat la toți bolnavii internați în criză de R.B.S. independent de faptul dacă în exudatul faringian s-a găsit sau nu streptococ hemolitic din grupa A și fără a aștepta rezultatul acestui examen care adesea nu este fidel. După 2—3 săptămîni cînd se presupune, după cei mai mulți autori, că s-a produs eradicarea streptococului hemolitic din organism, penicilina în doză curativă amintită poate fi înlocuită cu a doua modalitate a terapiei antistreptococice care are ca scop prevenirea pătrunderii și înmulțirii acesteia în organism. Pentru aceasta sînt suficiente doze foarte mici de penicilină sau sulfamide, cum au dovedit cercetările și experiențele lui *Butalov* și altor autori.

Uneori am fost obligați să administrăm în scop profilactic sulfamidă în doză mică (2 tablete sulfiazolol pe zi la un copil mare). Este adevărat că în literatura medicală curentă este citată în acest sens mai ales sulfadiazina pe care noi nu am experimentat-o în cantitate mare. Unii autori însă ca *Fanconi* (1958) Lyon și alții, recomandă în aceeași măsură și sulfiazololul, — iar alți autori relatează succese în profilaxia infecțiilor streptococice chiar și cu doze mici de sulfanilamidă la care de asemenea streptococul este foarte sensibil. Noi am folosit sulfiazololul pe care îl aveam în cantitate mare.

Ca și în chimioprofilaxia malariei nu se poate concepe nici o întrerupere în cursul tratamentului profilactic. Cele câteva zile care pot trece de la ieșirea din spital pînă la procurarea medicamentelor pot determina apariția unor recidive, întrucît în acest interval streptococul hemolitic poate pătrunde în organism și declanșa procesele ce duc după 2—3 săptămîni la o nouă criză de R.B.S. În cazurile noastre am căutat să evităm acest risc, nelăsînd bolnavul să plece pînă cînd nu ne-am convins că și-a procurat sulfamidele necesare cel puțin pentru cîteva săptămîni. Pînă în prezent am urmărit bolnavii sub acest tratament numai un an de zile; ei sînt însă programați conform datelor din literatură să urmeze tratamentul profilactic cu sulfamide zi de zi cel puțin 5 ani, interval în care riscul recidivelor este maxim cu ocazia infecțiilor streptococice, iar pentru cei care prezintă o leziune cardiacă, pînă după pubertate.

Din 87 copii urmăriți în această problemă în cursul anului 1959, 5 au fost excluși inițial de la profilaxia cu sulfamide, prezentînd diverse leziuni hepatice, renale, iar într-un

caz o reacție urticariană la fiecare administrare: 12 copii nu au venit la control (din cei 87 copii, 61 au fost din provincie și numai 26 din București); 13 copii au luat câteva luni sulfatazolul pe care l-au abandonat ulterior din neglijență (6 dintre ei au prezentat recidive); 3 copii au manifestat mici incidente de intoleranță și au întrerupt tratamentul cu știrea noastră. Ei au prezentat greață, vărsături, urticarie; 59 copii au afirmat la control că au primit zi de zi câte 2 tablete de sulfatazol. Dintre aceștia 13 au luat până azi medicamentul între 10—12 luni; 8 între 8—9 luni, 7 între 5—7 luni, iar restul între 3—5 luni. La început săptăminal, apoi lunar, copiii au făcut controlul leucogramei, al urinei și al V.S.H.: uneori s-a urmărit și titrul ASLO.

La bolnavii noștri nu am întâlnit nici un caz de leucopenie sub 4.000 globule albe pe mmc sau neutropenie sub 36%, limite care după unii impun întreruperea tratamentului. De asemenea nu am întâlnit accidente renale. Nu am constatat recidive clinice la copiii care au primit regulat sulfamidele prescrise. Desigur că numărul cazurilor urmărite este prea mic pentru concluzii sigure și amintim că în literatură sînt semnalate în succese, adică apariția unor infecții streptococice, cu toată profilaxia sulfamidică, în 15% din cazuri după unii. La fel sînt descrise și accidente serioase ca agranulocitoza. Acestea însă au fost rareori întâlnite și conform datelor din literatură, avantajele depășesc riscurile... După *Dubos* ș. a. riscul ar fi mai mic decît în caz de profilaxie continuă cu doze mici de penicilină ce pot sensibiliza bolnavul.

În ceea ce privește cealaltă modalitate de profilaxie a recidivelor în R.B.S., și anume salicilo-terapia intensă, nu numai în criză ci și cu ocazia infecțiilor streptococice acute dintre crize, chiar acolo unde se face tratamentul corect cu penicilină, așa cum am amintit, sînt interesante de notat observațiile lui *Coburn*, *Schleisinger*, ca și ale lui *Bulatov* în astm, care obțin rezultate foarte bune cu aspirină sau salicilat de sodiu administrat în amigdalite, rinofaringite la bolnavii predispuși la R.B.S. respectiv astm, chiar cînd titrul de antistreptolizine crește.

Noi am administrat totdeauna în crize preparate salicilice în doză mare, de preferință aspirină în doză de 0,15/kg/corp/zi pînă la scăderea V.S.H., după care reducem treptat doza.

În ceea ce privește dozele mici, după unele date din literatură este îndoielnic dacă mai au sau nu vreo eficacitate. Cei mai mulți autori arată necesitatea unei salicilemii eficiente de 30—35 mg%. *Coburn* suspendă tratamentul salicilic atunci cînd nu mai consideră utile dozele mari. În schimb *Lutembacher*, *Danielopolu* partizanii cunoscuți ai dozelor mari, recomandă totuși după tratamentul intensiv, doze mici. Urmărind viteza de sedimentare a copiilor veniți la control, am avut ocazia să vedem în trei cazuri ridicîndu-se viteza de sedimentare a hematiilor, atunci cînd se scădea doza de aspirină sub 0,10 g/kg/corp/zi respectiv sub doza 2/3 din doza de atac uzuală de salicilat. Acești copii prezentau în același timp încă un titru de antistreptolizină O ridicat.

Astfel, am ajuns la concluzia că pentru a preveni apariția recidivelor apropiate de criza de R.B.S., doza de atac trebuie menținută încă 2—4 săptămîni după normalizarea V.S.H., iar scăderea dozei de preparat salicilic sub 2/3 din aceasta, abia la normalizarea titrului de antistreptolizine, în general după cel puțin încă o lună. Ulterior, noi am continuat totuși să prescriem 10 zile pe lună timp de 2 ani, o jumătate din doza uzuală de preparat salicilic, deși nu sîntem convinși de eficacitatea acestei prescripții, întrucît este un procedeu consfințit de timp și nu avem criterii suficiente pentru a-l înlătura.

La orice amigdalită sau rinofaringită intercurrentă reluăm dozele mari de preparat salicilic, cîteva săptămîni.

Valoarea observațiilor noastre este desigur limitată de numărul relativ mic de cazuri urmărite și de timpul scurt în care s-a desfășurat pînă acum studiul acestei probleme la noi.

Am socotit însă că, întrucît după cum știm noi nu s-au publicat pînă acum astfel de observații în literatura romînească, iar terenul are nevoie de astfel de procedee ușor de aplicat, merită să aducem la cunoștință această notă preliminară, privind profilaxia recidivelor R.B.S.

Sosit la redacție: 12 martie 1960.

Bibliografia la autori.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ РЕРМАТИЗМА У ДЕТЕЙ

Константинеску К., В. Петреску Коман, Ванденфельд Р., Поенару Ф.,
Бушуленга К., Изворану М.

После того, как рассматривают научные предпосылки профилактики рецидивов ревматизма при помощи сульфамидов, излагают в данной предварительной записке свой опыт непрерывной профилактики этой болезни маленькими дозами сульфамидов.

В свете их опыта утверждают также, что необходимо сохранять действующую дозу салицилового препарата в течение 1 или 2 месяцев после снижения РОЭ, а лучше всего до нормализации „АСЛО“.

LA PROPHYLAXIE DES RÉCIDIVES DANS LA MALADIE DE BOUILLAUD-SOKOLSCHI

C. Constantinescu, V. Petrescu-Coman, R. Weidenfeld, F. Poenaru, C. Buşulenga, M. Isvoranu

Après avoir énoncé les prémisses scientifiques de la prophylaxie des récidives dans la maladie de Bouillaud-Sokolschi à l'aide des sulfamides, les auteurs relatent dans cette note préliminaire leur expérience en ce qui concerne la prophylaxie continue à l'aide de petites doses journalières de sulfamides, dans cette maladie.

Les auteurs discutent aussi l'importance prophylactique du maintien de hautes doses de médicament salicylique 1-2 mois après la normalisation de la V.S.H., c'est à dire, habituellement après la normalisation du titre des antistreptolysines.