

PROBLEME ACTUALE DE PRACTICĂ MEDICALĂ

Clinica de pediatrie din Tirgu-Mureş (cond.: Gy. Puskás, doctor în ştiinţe medicale)

UNELE ASPECTE ALE PROFILAXIEI REUMATISMULUI INFANTIL

Gy. Puskás

Reumatismul infantil constituie una din cele mai actuale şi discutate probleme ale medicinei moderne. Importanţa acestei probleme se prezintă sub aspecte multilaterale. Boala atinge un procent considerabil din populaţia infantilă, fiind principala cauză care determină mortalitatea la copiii mari. Efectele dăunătoare ale sechelelor, care se instalează în proporţie crescândă, faţă de numărul recidivelor, au repercusiuni atât asupra bolnavului, cât şi asupra societăţii.

Intr-o comunicare anterioară (Puskás şi colab.) în care am făcut o dare de seamă despre rezultatele obţinute în cursul examinărilor în masă, cuprinzând un număr de 11.800 de copii din colectivităţi urbane, am constatat că procentul copiilor reumatici a fost de 1,87%, iar al celor supecţi de reumatism în aceeaşi perioadă de 7,77%. În ultimii ani am remarcat o tendinţă de creştere a frecvenţei reumatismului infantil. Acest fapt este confirmat de datele relatate atât de autorii din ţară, cât şi de cei din străinătate. Din cercetările lui C. Constantinescu şi E. Hurmuzache reiese că în anumite teritorii, 6% din populaţia şcolară este atinsă de reumatism Bouillaud-Sokolski. Cu 10 ani în urmă, în Clinica de pediatrie a Spitalului de copii „Gr. Alexandrescu” din Bucureşti, 7,9% a copiilor internaţi erau reumatici; în prezent acest procent s-a ridicat la 14,5. Am observat şi în clinica noastră o creştere a frecvenţei reumatismului printre copiii internaţi, uneori pînă la 15—20%. Frecvenţa continuu crescîndă se explică şi prin faptul că în ultimii ani s-a întreprins în ţară o acţiune amplă în vederea depistării precoce a reumatismului infantil.

Lucrarea de faţă este consacrată profilaxiei reumatismului infantil. În cazul acestei boli este într-adevăr valabilă constatarea lui *Mudrov*: „este mai uşor să previi o boală, decît s-o tratezi”.

Amintim următoarele obiective ale activităţii profilactice:

1. depistarea şi tratamentul infecţiilor faringiene cu streptococul beta hemolitic din gr. A.;

2. diagnosticul precoce al bolii şi instituirea celor mai noi mijloace de tratament pentru a transforma reumatismul Bouillaud-Sokolski (în continuare RBS) într-o boală cu un puseu unic, fără leziune cardiacă sau cu atingere minimă;

3. profilaxia continuă, corectă, pentru a preveni recidivele.

Astăzi este aproape unanim acceptat că streptococul hemolitic are un rol decisiv în etiologia bolii reumatismale. Cunoaşterea acestui fapt a făcut posibilă aplicarea cu

succes a profilaxiei. În legătură cu această problemă menționăm unele lucruri. În gr. A streptococului hemolitic, datorită antigenului „M” se pot deosebi 40 de tipuri. Intrucît infecțiile cu aceste tipuri nu sînt urmate de imunitate încrucișată, este posibil ca într-un individ să se producă în cursul anilor infecții cu diferite tipuri de streptococ: or fiecare infecție indiferent de tipul de streptococ care o provoacă, poartă în sine posibilitatea de a declanșa boala. Infecția streptococică are proprietăți legate de vîrstă. La copiii sub 5 ani produce boli bine localizate, ca amigdalită, otită medie, mastoidită. După această vîrstă, paralel cu creșterea potențialului imuno-alergetic al organismului, acesta răspunde tot mai net prin reacții alergice. Pe baza unor cercetări extinse se admite că în 15—20% a razurilor streptococului hemolitic se poate pune în evidență în secreția faringeană. Infecția streptococică, manifestată prin angină, poate fi recunoscută ca atare prin trăsăturile ei destul de caracteristice. Acestea sînt: ascensiune febrilă mare, dureri moderate sau intense la deglutiție, formații faringiene eritematoase, exudație mucoasă abundentă și prinderea ganglionilor submandibulari. Prevenirea bolii reumatismale înseamnă de fapt recunoașterea și tratamentul anginei streptococice. De asemenea, o importanță specială revine și tratamentului corespunzător al scarlatinei. Copilul scarlatinos sau cel trecut recent prin această boală, constituie o sursă bogată de dispersiune a streptococului. Măsurile profilactice obișnuite în acest domeniu, nu sînt îndestulătoare. Din punctul de vedere al profilaxiei reumatismului infantil, măsurile anti-epidemiologice ar fi mai eficace dacă am aplica tratamentul antibiotic nu numai bolnavului de scarlatină declarat, ci și contactilor, timp de 8 zile. Nu este ireproșabilă nici izolarea bolnavilor, așa cum o efectuăm actualmente. De asemenea, depistarea și tratamentul corespunzător al purtătorilor cronici de streptococi sînt factori foarte importanți.

În tratamentul infecțiilor streptococice ale căilor respiratoare aplicăm următoarele măsuri:

- a) penicilină per os (4 200.000 u. pe zi timp de 10 zile);
- b) benzatin-penicilină (cîte o injecție de 600.000 u. din două în două săptămîni);
- c) eritromicină (0,5—1,0 g pe zi timp de 10 zile) în caz de intoleranță față de penicilină.

Sulfamidele nu se mai întrebunțează în tratamentul anginei streptococice evaluate.

Scopul acestor măsuri terapeutice este eradicarea streptococului, împiedicîndu-se astfel sensibilizarea organismului, ceea ce constituie prima verigă în patomecanismul reumatismului. Aplicarea consecventă a tratamentului este absolut necesară, chiar dacă simptomele cedează între timp. *Catanzaro* a urmărit timp îndelungat 420 de copii cărora li s-a aplicat penicilino-profilaxie continuă, și a constatat că numai la 6 dintre ei a apărut boala reumatismală.

Wanekker, studiind 2300 de indivizi cu infecții streptococice, tratați cu penicilină, a constatat că boala reumatismală a apărut cu o frecvență de 91% mai mică decît la martori. *Albrecht* la 66 de scarlatinoși a observat că după 24 de ore de la administrarea penicilinei per os, streptococul a fost prezent în 30%, iar după 48 ore numai în 4% din cazuri. După 72 ore de tratament, streptococul nu s-a mai putut pune în evidență. Datele de mai sus dovedesc eficacitatea penicilino-terapiei în infecțiile streptococice. În legătură cu sulfamido-profilaxia sînt numeroase constatări care arată că tratamentul prelungit, sau repetat, duce la formarea sușelor de streptococi antibioretistenți. De altfel și intoleranța la sulfamide este cu mult mai frecventă decît la penicilină.

În ce privește diagnosticul precoce al reumatismului infantil ne mărginim să atragem doar atenția asupra „semnelor minore”, bine cunoscute și asupra „microsimptomatologiei” ce se întilnește în formă latentă

(astenie, pierdere în greutate, mărirea frecvenței pulsului în repaus, transpirație, paloare, dureri precordiale). În practică, punerea în evidență a microsintomelor este adesea neglijată, deși acestea au rol important la stabilirea unui diagnostic precoce. Aici nu ne ocupăm de tratamentul bolii. Menționăm totuși că scopul tratamentului este de a prescurta perioada de evoluție anatomo-patologică a procesului reumatic, pentru a se ajunge într-un timp cât mai scurt în stadiul cicatricial. V. Vinogradova, A. I. Nesterov și C. Constantinescu precizează rolul decisiv pe care îl au pentru toată viața bolnavului, atât tratamentul instituit la timp și aplicat corect în cursul puseului acut, cât și post-cura sanatorială. De fapt, bolnavul necesită internare în spital pînă la apariția acalmiei biologice. Cei mai mulți autori stabilesc timpul necesar de internare ca fiind de 6 săptămîni, alții recomandă 2—3 luni. Repausul la pat, prelungit, sub control, împreună cu medicația modernă favorizează prevenirea carditei. În repaus metabolismul intern, activitatea cardiacă, volumul pe minut se micșorează, diminuînd efortul depus de miocard. Post-cura la domiciliu, dar mai ales în sanatoriu, tinde să consolideze rezultatele tratamentului în spital. În această privință am obținut și noi rezultate satisfăcătoare. La 98% din copiii reumatici internați în sanatoriul de post-cură, starea de acalmie a fost considerabil mai stabilă decît la cei nesanatorizați. Sanatoriul din Mircești, patronat de Clinica de pediatrie din Iași, înregistrează rezultate la fel de bune. În cazurile în care bolnavii nu pot beneficia de îngrijire sanatorială, este necesar să urmeze post-cură la domiciliu, durînd în general 6—12 luni sub control sever. Sînt convingătoare datele autorilor sovietici (*Juldaseva, Miliskieva, Turkatova*) în ce privește rezultatele obținute în sanatoriile de post-cură.

Profilaxia recidivelor este o problemă temeinic studiată și dispunem de observații bogate în acest domeniu. Se știe că recidivele sînt mai frecvente în primii trei ani consecutivi atacului acut. Streptococul, factorul care declanșează recidivele, poate să populeze faringele în orice perioadă a anului. Urmările infecțiilor streptococice repetate sînt bine cunoscute. Agresiunea antigenică declanșează reacții antigen-ant corp noi, ceea ce duce la creșterea titrului fibrinolizinei, avînd drept consecință înrîmarea evoluției procesului anatomo-patologic în stadiul cicatricial. Astăzi este dovedit rolul prevenirii infecțiilor streptococice în profilaxia recidivelor. *Mozziconacci* relatează că recidivele au arătat o frecvență de 14% printre copiii lipsiți de tratament, față de 1,9% printre cei care au beneficiat de o profilaxie corectă. *Lichtenstein* a observat 2 cazuri de recidive la 800 de reumatici. La 145 de bolnavi tratați, de *Stollerman*, nu a apărut nici un caz de recidivă în curs de 21 luni de antibio-profilaxie.

Un loc important în profilaxia medicamentoasă a recidivelor îl ocupă salicilatele și anume aspirina. Există un acord aproape unanim în această privință. Se administrează aspirină sau un alt preparat salicilic 10 zile lunar, timp de 6 — maximum 12 luni. Majoritatea autorilor preferă aspirina, considerînd-o o medicație salicilată „retard”. Aspirina menține titrul necesar de salicilemie timp mai îndelungat. Doza zilnică este în general 0,10 gr/kg corp. Prescriem regim bogat în hidrați de carbon pentru a evita acidoza. Se recomandă ca bolnavul să consume cantități mari de ceai cu zahăr sau limonată. Se administrează săptămînal o injecție de vitamina K pentru a preveni hemoragiile care ar putea surveni în urma hipoprotrombinemiei, incident de care trebuie să se țină seama în salicilo-terapie. Vitaminele B (acidul pantotenic) apără mucoasa gastrică

de efectele iritative. După *Coburn*, salicilo-terapia împiedică reacțiile antigen-anticorp și avind efect antiinflamator reduce posibilitatea de exacerbare a procesului reumatic, favorizând astfel instalarea fazei de acalmie. *Nicolau* recomandă ca salicilo-terapia să fie continuată încă 2—3 luni după cele 6 săptămâni de tratament în spital. Mulți autori administrează aspirină fără întrerupere pînă la normalizarea titrului antistreptolizinei. Fără să punem în discuție valoarea salicilo-terapiei, considerăm însă că penicilino-profilaxia este metoda prin care putem preveni cu cea mai mare certitudine o nouă infecție streptococică. *Mozziconacci* a observat recidive la copiii cărora li s-a aplicat penicilino-terapie numai în 0,5% față de 11,5% la cei netratați. Pentru prevenirea recidivelor întrebuițăm penicilină uleioasă per os, și benzatin-penicilină în injecții. Intoleranță față de aceste preparate este minimă. Administrăm per os penicilina G sau $V \times 100$ —200.000 u. pe zi sau benzatin-penicilină câte o injecție de 600.000 u. bisăptăminal sau 1.200.000 u. lunar. Titrul benzatin-penicilinei atinge treptat cantitatea de 0,1 u/ml și titrul necesar se menține timp de 2 săptămâni respectiv o lună. Penicilina uleioasă se întrebuițează rar, deoarece injecțiile trebuie repetate din 3 în 3 zile. Este important, ca penicilino-profilaxia să fie urmată continuu, fără întrerupere în tot cursul anului, independent de anotimp. Fiind de acord cu părerea lui *I. Nicolau*, prescriem penicilino-profilaxia continuă timp de 3 ani după atacul acut, deoarece recidivele survin cel mai frecvent în această perioadă. Tratamentul va fi prelungit după necesitate. Recidivele pot fi prevenite prin tratament continuu cu penicilină per os în 86% și benzatin-penicilină în 96% din cazuri (*I. Nicolau*).

Pe lângă măsurile de profilaxie specifice nu ne putem lipsi nici de cele nespecifice. Printre acestea primul loc îl ocupă creșterea rezistenței organismului prin aero-terapie, helio-terapie, iradieri ultraviolete, gimnastică. Prin aplicarea rațională a acestor mijloace antrenăm copilul reumatic la o activitate aproape similară cu aceea a copilului sănătos. Aceste măsuri s-au dovedit a fi folositoare și copiilor suspecți de reumatism în vederea dobîndirii unei rezistențe nespecifice mai mari a organismului. Este important de a înlătura factorii capabili să declanșeze reacții paraalergice. Atragem atenția în primul rînd, asupra rolului „răcelii”. Imbrăcămintea copiilor reumatici și a celor predispuși la reumatism trebuie să fie corespunzătoare, să-i apere de intemperiele climii.

Înlăturarea focarului de infecție este încă un factor important în prevenirea bolii reumatismale. Ca atare au semnificație în primul rînd amigdalele, cariile dentare. În legătură cu rolul amigdalelor, în literatură sînt relatate păreri divergente. Fără să intrăm în detalii, considerăm totuși că e necesar să expunem pe scurt unele din aspectele problemei. În ultimii ani se cercetează tot mai mult fiziologia amigdalelor. Cu toate că această problemă nu este încă elucidată, pe baza cercetărilor efectuate de *Jakabfi* se admite că amigdalele ar juca un rol destul de însemnat în procesele de imunizare și că ar avea chiar și o funcție endocrină. După *I. Nicolau* și colab. amigdalele constituie o parte a sistemului de apărare a organismului contra infecțiilor. Aceste date sînt demne de luat în considerare în ce privește amigdalectomiile frecvent efectuate la copiii reumatici în unele țări anglosaxone. Părerea noastră este că există indicații proprii ale amigdalectomiei și în boala reumatică. Amigdalele hipertrofiate vor fi extirpate cînd par a fi sediul unor procese inflamatoare frecvente, producînd febră ridicată. Este de asemenea necesară interven-

ția chiar în lipsa semnelor amintite, cînd amigdalele hipertrofiate sînt considerabil crescute. O indicație absolută constituie amigdalele recidivante și cele cronice. În ambele cazuri se văd urmele inflamațiilor (aderențe, cicatrice) retenție în cripte și lacune din care se scurge puroi adesea putrid, conținînd bacterii. În ce privește indicația timpului de efectuare a amigdalectomiei părerile sînt divergente. Noi indicăm amigdalectomia la 4 săptămîni după normalizarea VSH, sub penicilino-terapie masivă atît înainte, cît și după intervenție. În cursul asanării focarelor de infecție îndepărtăm și dinții cu granulom periapical. În profilaxia bolii reumatismale acest procedeu este egal cu profilaxia cariilor dentare.

Sînt interesante, prezentînd totodată și perspectivă, cercetările în domeniul imunizațiilor. Cea mai mare dificultate constă în faptul că ar fi necesar să se prepare vaccinuri din toate tipurile streptococului beta-hemolitic din gr. A., ceea ce practic nu se poate realiza. Posibilitatea sensibilizării constituie un pericol demn de semnalat.

În lucrarea de față ne-am ocupat numai de unele aspecte mai importante ale profilaxiei reumatismului infantil. Avem obligația de a continua și lărgi activitatea în domeniul muncii profilactice și anume să cuprindem un număr din ce în ce mai mare de copii reumatici și predispuși la reumatism. Acest obiectiv se realizează prin extinderea examinărilor în masă. Tocmai de aceea am întreprins examinări de depistare în colectivități din mediul rural (școli) pe un lot de 10.000 de copii.

Este foarte important ca medicii consultanți să fie convinși de importanța eficacității muncii preventive și să fie temeinic instruiți în ce privește clinica și tratamentul bolii reumatismale.

Astfel vom îndeplini sarcina trasată în hotărîrile celui de al III-lea Congres al P.M.R., în legătură cu profilaxia reumatismului.

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.

Bibliografia la autor.