

PROBLEME DE PRACTICĂ MEDICALĂ ȘI FARMACEUTICĂ

Clinica fizicologică (cond.: prof. Z. Barbu) și Dispensarul de ftiziopediatrie (cond.:
F. Jozefovičs) din Tg.-Mureș

ASPECTE NOI ÎN COMBATERICA MORBIDITĂȚII INFANTILE PRIN TUBERCULOZĂ

Zeno Barbu, Marta Bors, Francisc Jozefovičs

Tuberculoza infantilă, ca semn prevestitor al morbidității adulte din perioada de maturație a generației actuale de copii, a intrat în centrul atenției celor ce se ocupă de desfășurarea endemiei tuberculoase abea din momentul în care cercetările lui *Andvord*, *Braeuning*, *Crasnoscecova*, *Trast*, *Henoch*, *Myers*, *Nelkenbecher*, *Schröder* și *Vinograd* au pus în evidență strinsa corelație dintre morbiditatea infantilă a unei epoci și cea adultă ce îi urmează după 20—25 de ani.

Cu toate că de la *Behring* și *Grancher* încoace se bănuia, iar *Calmette* a dovedit originea, în îndepărtata copilărie, a manifestărilor de tuberculoză adultă, posibilitatea de a dirija dezvoltarea morbidității adulte de mai târziu, influențând prin chimioprofilaxie soarta populației infantile contaminate în prezent, constituie rodul unor cercetări ale ultimului deceniu întreprinse de *Barnette*, *E. Bernard*, *Debré*, *Ferebee*, *Kudraevșeva*, *Klebanov*, *Lebedeva*, *Omodei Zorini*, *Palmer*, *Trigub* și alții.

Profilaxia tuberculozei infantile prin luptă în focarul adult este o veche achiziție, dar ideea de a influența parazitarea și morbiditatea infantilă modificând morbiditatea actuală a adulților, este de dată absolut recentă, modalitățile de a realiza fiind abea acum în faza lor de elaborare.

Aceste aspecte noi ale combaterii tuberculozei trebuie să-și găsească locul alături de încercatele procedee: al luptei în focar și al vaccinării celor neinfecțați, care și-au făcut proba de eficacitate prin deplasarea vârstei de contaminare naturală înspre vârstele nepericuloase.

Preocupările noastre din ultimii zece ani au îmbrățișat toate aspectele de mai sus.

Am căutat să descifrăm în primul rând acele particularități ale morbidității adulte care influențează în mod deosebit numărul îmbolnăvirilor prin tuberculoză la copii, încercând să le modificăm în sens favorabil, tocmai pentru a obține o scădere mai importantă a numărului de conta-

minați copii. Considerind contaminările infantile drept relele prin care se transmite tuberculoza de către generația adultă a unei epoci, generației adulte ce-i ia locul după un sfert sau mai bine de secol și recunoscând modalitățile de a influența relele infantile prin intermediul generatorului său adult, am căutat în ultimă analiză să îngrădăm în mod dirijat însuși mersul endemiei tuberculoase de pe un teritoriu dat.

Am încercat în al doilea rînd să influențăm prin chimio-profilaxie tocmai acea parte a populației infantile care, contaminată fiind, scăpa mijloacelor clasice de vaccinoprofilaxie și de luptă în focar.

În ultimul rînd am încercat să reconsiderăm în lumina unor controale și mai exigente corelația dintre gradul de contaminare a populației infantile și intensitatea vaccinoprofilaxiei unui teritoriu dat, știind că deplasarea prin vaccinare spre vârste neprimejdioase a contaminării naturale, scade în egală măsură numărul, cît și gravitatea îmbolnăvirii tuberculoase din sinul generației respective, atît imediat cît și mai tîrziu, în stare adultă. Cu această ocazie am căutat să reconsiderăm momentele de vaccinare pentru o mai bună acoperire a vîrstelor critice.

Întă în lumina faptelor metodele cu care am lucrat și concluziile la care am ajuns.

1. Am urmărit în primul rînd valoarea din ultimii zece ani a morbidității infantile prin tuberculoză de pe teritoriul regiunii noastre în cifre absolute, în cifre procentuale față de populația totală, față de morbiditatea adultă și atunci cînd a fost posibil în cifre procentuale față de populația infantilă repartizată pe grupe, conform piramidei vîrstelor. Din comparații de pe diferite teritorii am putut stabili existența a trei tipuri diferite de morbiditate infantilă tuberculoasă. Un tip, întilnit în orașul de reședință al dispensarului regional, este caracterizat printr-o continuare, deși uneori oscilantă scădere a morbidității de copii. Față de valoarea din 1949, cea din 1958 nu mai prezintă decît o treime a ei (36,7%) iar majoritatea cazurilor sînt îmbolnăviri de proveniență cunoscută. Un al doilea tip, invers celui de mai sus, este reprezentat printr-o creștere continuă și uneori capricioasă de la un an la altul a morbidității infantile. El se întilnește în unele teritorii rurale mai greu deservite din punct de vedere antituberculos, precum și în teritoriul acelor orașe cu dispensar, care și-au început de curînd activitatea. Creșterile de morbiditate au fost mai manifeste în anii campaniilor de depistări, făcute prin deplasarea centrului de M.R.F., iar marea majoritate a îmbolnăvirilor s-au realizat în focare rămase necunoscute. Un ultim tip de morbiditate este cel fără modificări apreciable. El poate fi observat în unele centre cu dispensar raional, cu bune acțiuni de depistare a tuberculozei, dar cu reduse posibilități curative în ceea ce privește unele categorii de bolnavi adulți.

2. Încercînd să stabilim corelațiile acestor trei tipuri de morbiditate, am constatat cele ce urmează:

a) Morbiditatea de tip descrescent se întovărășește de o pronunțată scădere a indicelui tuberculinic observat la toate vîrstele. Înregistrată în ultimii 6 ani, pozitivitatea tuberculinică scade în cazul copiilor de 7 ani, de la 27% la 13,5%, iar în cazul adolescenților de 15 ani, de la 35% la 21%. Asta înseamnă că proporția anuală a copiilor între 7 și 15 ani deveniți tuberculinopozitivi scade de la 2,3% la 1,4% (la sută de copii).

Concomitent s-a înregistrat în teritoriul dat și o benignizare a formelor de tuberculoză infantilă. Proporția tuberculozei primare latente crește de la 85% a copiilor infectați, pînă la 95%, în timp ce formele complicate și evolutive ale complexului primar scad de la 15% la 5% a lor. Semnificativ este faptul că în ultimii 5 ani nu s-a mai înregistrat pe teritoriul orașului nici un caz de tuberculoză miliară sau meningeală și nici o tuberculoză letală. În astfel de colectivități o repetare anuală a depistării integrale a populației infantile nu mărește decît cel mult cu 3—6% evidența existentă a morbidității infantile tuberculoase.

Nu începe nici o îndoială că neconținută ridicare a nivelului de trai și a calității asistenței medicale curativo-profilactice a jucat un rol important în această realizare, iar vaccinarea antituberculoasă a avut și ea un efect hotărîtor atît în benignizarea formelor de tuberculoză cît și în deplasarea indicelui tuberculinic înspre vîrstele adulte. Totuși aceste condiții nu pot explica întru totul fenomenul descrescenței de care ne ocupăm pentru că el nu s-a observat în toate teritoriile unde a crescut nivelul de trai, sau calitatea asistenței medicale. Mai mult fenomenul a fost prezent și în cazul unor contingente de copii, care au scăpat de sub obligativitatea vaccinării antituberculoase. Nici explicația că morbiditatea infantilă a scăzut pentru că s-au majorat primoinfecțiile de adulți, nu este valabilă, deoarece concomitent s-a observat o scădere atît a morbidității cît și a viramentelor tuberculinice de adulți.

Tocmai din aceste motive ne-am îndreptat atenția asupra unor alte cauze ce ar putea explica scăderea numărului de parazitari sau de îmbolnăviri și în primul rînd asupra unei eventuale scăderi a concentrației de micobacterii eliminate de către focarele de infecție, înspre mediul fizic extern. Încercînd să exprimăm în cifre, noțiunea de mai sus, am căutat să dăm o concretizare valorică gradului de infecțiozitate pe care-l are contingentul de bolnavi aflat la un moment dat în evidența dispensarului teritorial, urmărind modificările anuale ale următorilor indici: proporția persoanelor eliminatoare de micobacterii, aflate cu ocazia unui sondaj, efectuat în mod concomitent întregului contingent de bolnavi din evidența dispensarului, raportată la totalul evidenței (indicele de contagiozitate simultană) sau la totalul populației sănătoase (indicele de evidență a tuberculozei simultan deschise). Același lucru îl mai exprimăm și calcularea timpului cît elimină bacili contingentul de cavitari, luați în evidență într-o perioadă dată (durata medie a infecțiozității). Cu cît e mai mic numărul cavitarilor noi descoperiți, cu cît e mai precoce tratamentul aplicat și cu cît acesta este mai eficace, nepermițînd necrozările nerecuperabile, cu atît este mai scurtă perioada infecțioasă a cavitarilor.

*Tabelul Nr. I.
Corelațiile scăderii morbidității infantile*

Anul crt.	Copii nou îmbolnăviți	Din care contacti	Proporția eliminatorilor adulți	Hidrazidă gr. pe cap de boln.	Eliminatori rezistenți	Obs.
1949	136					
1950	120					
1951	106		9,36%			
1952	115	5	9,10%			
1953	72	9	8,36%	10 gr.		
1954	49	8	7,60%	25 gr.	49%	
1955	84	19	4,76%	30 gr.		
1956	57	16	5,36%	35 gr.	65%	
1957	65	23	4,52%	55 gr.		
1958	50	12	4,39%	75 gr.	71%	
1959	12	2	3,96%			
sem. I.						chemo-profilactizație

Urmărind acești indici, am constatat că pe teritoriul orașului de reședință ei prezintă de câțiva ani încoace o permanentă scădere. Incepând din 1954, diminuarea aceasta este și mai marcată.

Examinând într-un interval de 1 lună sputa tuturor bolnavilor aflați în evidență dispensarială orășenească am constatat o proporție de 9,35% pozitivi în 1951, de 4,76% în 1955 și de 3,9% în 1959. Scăderea o constatăm și în cifre absolute: 106 pozitivi în 1951 și 60 în 1959. Raportată la numărul total al locuitorilor pozitivitatea era de 2‰ în 1951 și de 0,9‰ în 1959. Cu această ocazie am constatat un riguros paralelism între reducerea indicilor de infecțiozitate adultă și descreșterea morbidității infantile ceea ce ne-a convins că lupta pentru involuția tuberculozei infantile este în fond o luptă pentru o cit mai grabnică negativare a tuberculozei deschise.

Am cercetat în continuare împrejurările care au dus la îngrădirea infecțiozității adulte, pentru a le putea cunoaște pe cele mai semnificative și a le putea reproduce după necesitate.

Dintre toate caracteristicile măsurilor de combatere a tuberculozei deschise la adulți ca de ex.: gradul de izolare a bolnavilor cavitari, proporția celor cu tratament activ, intensitatea dezinfectărilor și a vaccinoprofilaxiei în focar, — cea care a prezentat cel mai riguros paralelism cu scăderea morbidității infantile, este creșterea cantității de antibiotic și în special de hidrazidă izonicotinică administrată anual pe cap de bolnav cavitat. Evident că proporția tot mai mare de cavitari la timp depistați a sporit în mod și mai considerabil eficacitatea factorului antibacterian al combaterii tuberculozei cavitare.

Având în vedere că tratamentul antibacterian domiciliar masiv și îndelungat nu se bucură de o reputație unanim admisă, imputându-i-se cronicizarea tuberculozei cavitare, creșterea numărului celor deveniți nerecuperabili (atât prin acumularea lentă a celor ce altfel ar fi murit, cit și prin refuzul de tratament activ) cit și apariția unor epidemii cu agenți chimorezistenți la contactul acestor bolnavi cronici, am urmărit câteva aspecte ale acestor probleme. Am înregistrat în fiecare an proporția cavitarelor cronicizate, durata medie a vieții lor, perioadele de eliminare a sputei bacilifere, gradul de rezistență al micobacteriilor eliminate, morbiditatea contactilor acestor persoane și mai ales noile îmbolnăviri prin agenți chimorezistenți la copii, constatând cele ce urmează:

Proporția de cavitari cronicizați, raportată la numărul total al cavitarelor aflați în evidență a crescut în mod incontestabil. Ea era de 16% în 1950 și devine 25% în 1958. Această creștere este înșelătoare căci raportând numărul cavitarelor cronicizate la totalul populației, constatăm o proporție de 2‰ în 1950 și abea de 0,76‰ în 1958, iar în cifre absolute numărul lor a diminuat la 41 în 1958. Această contradicție se explică prin faptul că numărul cavitarelor a diminuat în general, în timp ce diminuarea numărului de cavitari cronici a rămas ceva în urmă.

S-a prelungit în schimb, prin prăbușirea letalității bolnavilor cronici, durata medie a vieții acestora de la 660 zile cit era în 1951, la 2921 zile în 1954 și 3760 zile în 1957. Asta înseamnă că sporul relativ al irecuperabililor se datorește persistenței unora dintre ei o vreme mai îndelungată și nu sporului real al lor prin noi cronicizări. În același timp letalitatea anuală scade de la 78% în 1951 la 16% în 1957.

În ceea ce privește infecțiozitatea acestor irecuperabili cronici, ea a diminuat foarte mult. Sondajul prin metode simple arată că în 1954 50% a cavitarelor cronici erau BK (+) iar prin culturi îmbogățite 85%.

Prin aceleași metode în 1959 mai erau pozitivi doar 28% respectiv 62%. Reamintim că prin sondaj simultan efectuat întregului contingent dispensarial constatăm o proporție de 9,35% pozitivi în 1951, de 4,76% în 1955 și de 3,9% în 1959. Scăderea o constatăm atît în cifre absolute (97 pozitivi în 1951 și 56 pozitivi în 1959) cît și raportată la numărul total al locuitorilor (2‰ în 1951 și 0,9‰ în 1959). Evident că această diminuare a contagiozității se datorește în primul rînd promptitudinii în tratament: cavitărilor, scăderii numărului de cronici nerecuperabili și mai ales bacteriostazei sub care sînt ținuți unii dintre cronici. Pozitivitatea aflata prin sondaj simultan se datorește în primul rînd pozitivității cronicilor, bolnavii proaspeți negativîndu-se foarte repede.

Această reală diminuare a infecțiozității contingentului dispensariat cauză a scăderii de morbiditate infantilă se datorește desigur tratamentului complex și individualizat al fiecărui bolnav și mai ales antibioterapiei tot mai corect și masiv aplicată, dovedind rolul elementului curativ aplicat la adulți ca factor de profilaxie în cazul îmbolnăvirilor observate la copii.

Sondajul integral făcut pentru depistarea gradului de rezistență față de antibiotice a micobacterilor cultivabile de la un contingent dispensarial, arată în ciuda scăderii numărului absolut de eliminatori, o creștere progresivă a proporției de eliminatori rezistenți. De la 49% în 1954 se urcă la 65% în 1956 pentru a deveni 71% în 1958. Această creștere relativă în cadrul unei diminuări absolute se datorește faptului că pozitivitatea provine într-o proporție din ce în ce mai mare, de la contingentul recuperabil în timp ce pozitivitatea bolnavilor recenți devine din ce în ce mai eșemeră.

Această constatare ar putea oarecum justifica teama că în preajma cronicilor s-ar dezvolta epidemii cu agenți chimiorezistenți. Pentru lămurirea problemei am întreprins 2 studii conținute din cari unul a urmărit morbiditatea infantilă provenită din focarele cunoscute de tuberculoză iar celălalt a cercetat gradul de rezistență micobacteriană a proaspeților îmbolnăviri și mai ales la cei poveniți din focare tratate.

Proporția de contacti din cadrul morbidității anuale a crescut în mod progresiv în ciuda prăbușirii generale a morbidității infantile. Astfel de la 4% în 1952 proporția provenienței din focar cunoscut urcă pînă la 30% în 1956 și 33% în 1957. Aceste cifre pun în lumină faptul că diminuarea de morbiditate consecutivă scăderii gradului de infecțiozitate adultă privește în primul rînd infecția extrafamilială, infecția întîmplătoare sau de stradă și mai puțin pe cea intrafamilială. *Kaplan* constatase de altfel și el că chimioterapia adulților or nu modifică morbiditatea intrafamilială a contactilor de tuberculoză. Rezultă din toate acestea că chimioterapia adultă are drept urmare, alături de o scădere generală a morbidității infantile și concentrarea ei în jurul focarelor cunoscute de tuberculoză făcînd-o astfel mult mai accesibilă măsurilor de asistență curativo-profilactică.

În ceea ce privește apariția de agenți rezistenți în sputa bolnavilor încă netratați, controlată prin 3 sondaje efectuate întregului contingent de bolnavi noi depistați în 1954, 1956 și 1958 nu am putut găsi decît cîteva cazuri și anume: 1 în 1954, 4 în 1956 și 5 în 1958 însă nici unul în focar cunoscut și tratat de tuberculoză. Eșecul anchetei epidemiologice precum și gradul mic al rezistenței constatate ne-au făcut să bănuim că uneori nu e vorba de rezistență transmisă, ci de tulpini de micobacterii spontan rezistente așa cum sînt citate adesea în literatură.

Față de numărul crescut al infecțiilor intrafamiliale nu am putut încă găsi explicația rarității infecției cu micobacterii rezistente. S-ar putea ca infecțiile intrafamiliale să aibe loc înaintea începerii tratamentului respectiv înaintea dezvoltării rezistenței la adult, suprainfecțiilor ulterioare revenindu-le doar un rol alergizant reactivant. Nu este însă exclusă nici posibilitatea ca alături de agenții rezistenți și mai puțin infecțanți să se elimine timp mai îndelungat un mai mic număr de sensibili dar cu o mai mare putere de infecție.

Toate cele de mai sus ne-au întărit convingerea posibilității și necesității de a lărgi sfera de aplicabilitate a unei chimioterapii judicioase conduse la contingentul de adulți din evidența dispensarială în scopul de a obține fără nici un inconvenient o considerabilă scădere a morbidității infantile concomitente.

b) Studiind corelațiile precedentului paragraf (a), în cadrul unor teritorii rurale cu o morbiditate crescândă a copiilor tuberculoși, constatăm unele fapte ce vin să confirme tezele de mai sus.

Într-adevăr aproape fără nici o excepție creșterea morbidității infantile se întovărește de creșterea indicelui tuberculinic al vîrstelor identice, chiar și de la un an la altul. Formele maligne ale tuberculozelor primare apar într-o proporție mai mare, invers comportamentului complexelor primare inapreciate. Letalitatea infantilă, și în special cea de sub 4 ani este ridicată. Triajul M.R.F. efectuat pentru prima oară într-un astfel de teritoriu, mărește încori cu 30—40% evidența îmbolnăvirilor de copii majoritatea lor provenind din focare necunoscute pînă atunci.

Fenomenul prezintă în plus o semnificativă concomitență cu sporul de morbiditate cavitară al adulților și mai ales cu acumularea de cavitari prin chimioterapie insuficientă, cu pasivitatea dispensarizării și tardivitatea depistării cazurilor noi.

c) Morbiditatea infantilă de tip staționar din teritoriile dispensarelor unde calitatea depistării și a dispensarizării întrece pe cea a posibilităților terapeutice se dovedește a fi de cele mai multe ori în concordanță cu constanța de nivel a morbidității adulte.

Extinderea metodelor aplicate în orașul de reședință regională va modifica de sigur alături de ceilalți factori și acest tip de morbiditate.

3. Profilaxia medicamentoasă a tuberculozei infantile, marea achiziție a celui de al 6-lea deceniu al secolului nostru, a aplicăm de aproape 2 ani, în primul rînd pentru a combate morbiditatea contactilor tuberculino-pozitivi — care după cum am văzut nu este influențată de chimioterapia adultă și bineînțeles nu este accesibilă nici vaccinoprofilaxiei clasice.

O treime dintre contactii sănătoși și tuberculino-pozitivi ai orașului de reședință, au fost supuși unei chimioprofilaxii hidrazidice de 5—10 mg HIN pe kilocorp pe tot timpul pozitivității adultului și cel puțin 18 luni.

Efectele ei asupra morbidității au fost peste așteptări. Deja în cursul anului 1958 scad îmbolnăvirile provenite dintre contacti de la 34% la 24%. Lărgind și mai departe proporția contactilor profilactizați, îmbolnăvirile lor scad și mai mult în cursul primelor 6 luni ale anului 1959, totalizînd doar 2 cazuri. Totodată asistăm și la o prăbușire nemai întilnită a morbidității infantile care nu mai cuprinde decît 12 copii din cei 16.000 ai orașului, toți cu forme benigne și neevolutive de tuberculoză primară.

Pentru a ilustra în mod concret rezultatele obținute în cursul profilactizării diferitelor loturi de copii vom expune în cele ce urmează, câteva observațiuni făcute cu această ocazie.

Începînd din toamna anului 1957 am început chimioprofilaxia hidrazidică a unui număr de 62 contacti sănătoși dar tuberculino-pozitivi. Drept comparație a servit un lot de 152 contacti sănătoși tuberculino-pozitivi și neprofilactizați trăind ca ni în aceleași condiții. Adminstrind de 18—20 luni doza de 5 mg pe kilocorp HIN nu am observat nici un accident. Toți cei profilactizați au rămas sănătoși față de 12 din grupul martor care s-au îmbolnăvit.

Unui alt grup de 25 copii contacti și tuberculino-negativi i s-a administrat, începînd de la 1 pînă la 3 luni de la vaccinarea B.C.G., în mod profilactic hirdazidă izonicotinică, cite 5—10 mgr. pe kilocorp timp de 14 luni fără a fi scoși din mediul infecțios. Nu s-a îmbolnăvit nici un copil, iar un sugar de un an, alăptat contrar avizului nostru de mama lui, Koch pozitivă, a devenit tuberculino-pozitiv, fără nici un semn clinic, hematologic sau radiologic de boală.

La un număr de 10 copii contacti sub 6 ani, tuberculino-negativi, neizolabili și nevaccinați prin refuzul părinților s-a aplicat după aceeași metodă profilaxia hidrazidică. După un an de tratament nu s-a constatat nici o îmbolnăvire și nici un viraj tuberculinic, față de 2 îmbolnăviri la un număr egal de martori.

Rezultă din toate acestea că hidrazido-profilaxia este o armă puternică în combaterea tuberculozei de contact asigurînd anihilarea fenomenului de concentrare a tuberculozei infantile în jurul focarelor familiale și contribuind într-o determinantă măsură la prăbușirea indicilor de tuberculoză ai copilului. Mai mult decît atît experiența noastră dovedește posibilitatea aplicării chimioprofilaxiei chiar și la tuberculino-negativii vaccinați sau nevaccinați cu efecte identice celor obținute prin vaccinare. La ora actuală însă nu poate fi vorba de o renunțare la clasică și dovedita eficacitate a profilaxiei biologice, mai ales că nu cunoaștem încă durata efectului apărător și condiționarea lui de infecția naturală devenită hidrazido-rezistentă. Efectul profilactic tardiv, adică cel observat în perioada de maturatie a generației respective, își așteaptă deocamdată confirmarea în viitorul îndepărtat.

4. Fenomenul de îngrădire a morbidității infantile și deplasarea vârstei de infecție, observate și fără o prealabilă vaccinare BCG, i-au făcut pe unii cercetători, printre care mulți autori vestgermani, să renunțe la vaccinarea obligatorie cu BCG a populației infantile. Trista experiență a ultimului război mondial a dovedit însă că atîta timp cît condiții exogene pot redeștepta în orice moment tuberculoza latentă a adultului transformînd-o în tuberculoză deschisă, morbiditatea infantilă neprotejată de o vaccinare în masă poate prezenta exacerbări chiar catastrofale cum au fost cele cîteva mii de tuberculoze infantile meningeale și miliare sucombante în perioada imediat următoare războiului în Germania de vest. (*Liebknecht.*)

În proporții înfinit mai reduse, am observat și noi efecte similare la copiii nesupuși vaccinărilor, motiv pentru care instituția noastră a luat atitudinea cea mai dîrză în favoarea unei cit mai stricte traduceri în viață a operii de calmizare, încercînd prin studiul saltului de alergie naturală postvaccinală, să acoperim în mod mai rațional, vîrstele critice ale copilăriei. În cursul acestor cercetări cuprinzînd 5 mii de copii, urmăriți 7 ani, pe bază de fișe speciale, din punct de vedere social, clinic, radiologic și biologic, am constatat cele ce urmează: s-a îmbolnăvit de tuberculoză primară mani-

festă o proporție de 1,02% a copiilor vaccinați la vârstele deciziei Nr. 388 din 1952. În același timp morbiditatea unui lot maror, tuberculino-negativ la aceeași dată, aparținând cam acelorași grupe de vîrstă și nevaccinat a fost de 3,31%. Dintr-un lot de 570 de copii contacti vaccinați odată și urmăriți 6 ani s-au îmbolnăvit 18 adică 3,16%. În același timp morbiditatea unui lot de 513 contacti nevaccinați a fost de 17,3%. Trebuie remarcat că alți îmbolnăvirile vaccinaților dintre contacti cit și cele dintre necontacti au fost absolut benigne.

Urmărind la toți acești copii timp de 6 ani alerggia tuberculinică, ne-am putut convinge că alerggia postvaccinală se deosebește net de salutul brusc și masiv de alerggie pe care-l determină infecția naturală ocultă sau manifestă. Prima este atenuată și dispare în cîteva luni iar a două este masivă și definitivă.

Prin această metodă am putut urmări și frecvența infecției naturale oculte (virajului tuberculinic), la vaccinați în comparație cu cei nevaccinați, constatînd că în cazul unei singure vaccinări la 7 respectiv la 14 ani, proporția anuală a convertorilor tubercunilici dintre aceste 2 vîrste este identică indiferent de vaccinare. Acest fapt dovedește că în condițiile actuale de aplicare vaccinarea ferește numai de îmbolnăvirea manifestă nu și de infecție. Dacă credem că vîrsta pre- și postpubertară trebuie ferită și de infecție (avînd în vedere repercusiunile ei asupra perioadei adulte) atunci este necesară revaccinarea la vîrstele de 10, 12 și 14 ani pentru o mai bună protejare a perioadei pubertare și a celor de 17 și 18 ani pentru protejarea perioadei obligativității stagiului militar.

Se impune în același timp o mai promptă organizare a distribuirii de vaccin BCG, introducerea metodei perorale mai simplă și mai accesibilă aplicării cu ajutorul rețelei rurale și în fine utilizarea vaccinului liofilizat de o durabilitate mai mare și mai potrivită condițiilor noastre de distribuire.

Dovedind influențarea morbidității infantile prin toate mijloacele clasice cărora li se adaugă chimioprofilaxia contactilor tuberculino-pozitivi, cit și prin chimioteropia adulților eliminatori de bacili, credem că vom putea îngrădi în ultimă analiză însuși mersul endemiei tuberculoase a unui teritoriu. Pentru securitatea succeselor obținute prin noile condiții și metode este însă neapărat necesară extinderea cît mai cuprinzătoare a vaccinarilor BCG la întreaga populație infantilă și mai ales a vîrstelor preșcolară, prepubertară și de recrutare.

Sosit la redacție: 20 iulie 1959.

Bibliografie:

1. BARBU Z., LAKATOS L., BAROTHY M.: Rev de fiziologie (1952), 6. 64; 2. BARBU Z.: Rev. de fiziologie (1953), 2. 10; 3. BARBU Z., BAROTHY M.: Fiziologia (1954), 2. 41; 4. BARBU Z., BARBU E.: Rev. Medicală (1955), 1—2. 153; 5. BARBU Z. și colab.: Rev. Medicală (1956), 1. 80; 6. BARBU Z., LASZLO J.: O.T.T. Tájékoztatója (1957), 1. 19; 7. BARBU Z., ADORJAN K.: Fiziologia (1958), 4. 309; 8. BARBU Z., JOZEFOVICS FR.: Rev. Medicală (1959), 1. 40; 9. BARBU Z., COSTIN S., COROIANU V.: Cercet de fiz. (1956), 5. 360.