

## UNELE PROBLEME ACTUALE ALE TUBERCULOZEI GENITALE FEMININE

K. Gönczy

În ultimii ani problema tuberculozei genitale feminine (t.g.f.) a ajuns pretutindeni în centrul preocupărilor medicale. Importanța bolii este subliniată nu numai din punct de vedere ginecologic, ci și fiziologic și al sănătății publice. Datorită acestui fapt în ultimul 15 ani cunoștințele noastre referitoare la t.g.f. s-au îmbogățit și s-au schimbat în multe privințe. Totuși părerea medicilor de specialitate diferă încă în numeroase probleme fundamentale.

În ceea ce privește denumirea bolii, trebuie să accentuăm că numim *tuberculoză genitală* exclusiv îmbolnăvirea tuberculoasă a organelor genitale feminine, spre deosebire de *tuberculoza urogenitală*, denumire care se întrebuițează în cazul bărbaților. În afară de practica ginecologică, această diferențiere nu este încă unanim acceptată, cu toate că îmbolnăvirea concomitentă a căilor urinare și a organelor genitale, datorită raporturilor anatomice intime și ca urmare a infecției directe reciproce, este foarte frecventă la bărbați și constituie o singură unitate nosologică. La femei însă, din cauza diferențierii embrionare a celor două aparate, tuberculoza căilor urinare și a organelor genitale constituie un proces numai de coincidență sau coexistență, chiar dacă nu atât de rar cum s-a crezut mai demult. Legătura dintre tuberculoza organelor genitale feminine și tuberculoza peritoneală este mult mai strinsă, date fiind raporturile anatomice largi dintre aceste două regiuni. Influența pe care o au modificările de ciclu și de gestație asupra proceselor tuberculoase ale organelor genitale feminine este atât de pronunțată, încât separarea îmbolnăvirii celor două sexe constituie fără îndoială o necesitate practică. În ambele cazuri există probleme de diagnostic, de pronostic și de terapie, specifice, ba chiar și problemele de igienă și de epidemiologie sînt altele.

Contrar părerii din trecut, t.g.f. nu poate fi considerată o îmbolnăvire rară. Acolo unde acestui tablou clinic i se acordă o importanță mai mare și unde procedeele moderne de diagnostic sînt utilizate mai bine, frecvența t.g.f. este mai mare. În materialul clinic al serviciilor de specialitate, t.g.f. constituie 0,1—3,0% din totalul afecțiunilor ginecologice. În clinica noastră în ultimii ani am găsit o incidență în jurul lui 2%. Potrivit datelor statistice mondiale, 5—30% dintre inflamațiile ginecologice sînt de origine tuberculoasă. Și în clinica noastră am reușit recent să punem în evidență etiologia tuberculoasă a proceselor inflamatorii în proporție de 10%.

Aceste date arată incidența *aparentă* (confirmată) a t.g.f. Dar trebuie să notăm că statisticile anatomo-patologice dau valori mult mai ridicate în legătură cu frecvența t.g.f. Aceste date aruncă o lumină asupra frecvenței *reale* a t.g.f., deși trebuie să adăugăm că fără examene histologice nu putem obține o imagine precisă.

În materialul necropsic al spitalelor mari, leziunile tuberculoase ale organelor sexuale feminine figurează într-o proporție de 1—4,4%, cu toate că autopsiile nu au fost completate cu examene histologice în serie, efectuate în acest scop. Dintre aceste cazuri confirmate anatomo-patologic, procesul tuberculos a fost descoperit intravital în 19—25%. Coroborînd datele statistice existente rezultă că nici în 10% a cazurilor îmbolnăvirea nu a fost descoperită în timpul vieții. Date statistice minuțios întocmite arată că t.g.f. este cea mai frecventă îmbolnăvire tuberculoasă extrapulmonară, la fiecare două bolnave de tuberculoză pulmonară, revine o bolnavă de t.g.f.

Date fiind cele de mai sus, rezultă că t.g.f. trebuie considerată o îmbolnăvire *foarte frecventă* avînd o importanță sanitară deosebită.

Pînă la lichidarea în masă a infecțiilor tuberculoase, trebuie să contăm pe creșterea provizorie a frecvenței t.g.f. Aceasta se explică prin faptul că datorită tratamentului eficient al tuberculozei, pe de o parte formele clinice extragenitale grave, mortale pînă acum, se ameliorază respectiv se vindecă, iar pe de altă parte rămîn în viață copii purtători de

procese diseminat. Astfel la aceștia se constată în mod evident mai frecvent predominarea suferințelor derivând din t.g.i., la fel ca și problema sterilității.

Importanța t.g.f. se accentuează și datorită creșterii *relatiue* care rezultă din schimbarea proporției dintre cele 3 tipuri principale ale îmbolnăvirii inflamatoare a organelor sexuale, în urma utilizării antibioticelor. Procesele de anexită gonoreică au devenit astăzi foarte rare. De asemenea datorită utilizării antibioticelor și dispariției accentuate a avorturilor criminale, numărul infecțiilor puerperale respectiv piogene, survenite în legătură cu nașterile și cu avorturile, a scăzut considerabil. În schimb găsim o origine tuberculoasă în procesele inflamatorii tocmai în aceste procese care apar puerperal.

Independent de procesele inflamatorii pronunțate, *descoperim din ce în ce mai mult importanța t.g.f. și în general a tuberculozei în toate procesele genitale*. Nu pare de loc exagerată constatarea lui *Aburel și Petrescu* potrivit căreia ani putea, și ar trebui să vorbim propriu-zis de o tuberculoză a sexului feminin. Avem date din ce în ce mai numeroase atât în legătură cu acțiunea t.g.f. respectiv a tuberculozei asupra proceselor genitale, cât și cu acțiunea proceselor genitale asupra t.g.f., respectiv a tuberculozei. În cazuri suspecte de t.g.f. trebuie să adoptăm o poziție fundamental deosebită, nu numai în tratamentul inflamațiilor cronice, ci în general în legătură cu tuberculoza sexului feminin trebuie să ne formăm o părere deosebită de cea de până acum în ceea ce privește toate activitățile organelor genitale feminine. Chiar de pe acum principiile noastre călăuzitoare s-au modificat în legătură cu sterilitatea, avorturile, sarcina extrauterină, tulburările hemoragice, hipoplazia genitală, pubertatea, căsătoria adică începutul vieții sexuale regulate, întreruperile de sarcină și tratamentul cu antibiotice și hormoni. Nu putem să ne oprim asupra tuturor acestor probleme. Trebuie însă să constatăm că atâta timp cât tuberculoza rămâne cea mai răspândită boală infecțioasă, trebuie să ne schimbăm atitudinea în aceste probleme. Atâta timp cât în prezența infecțiozității tuberculoase (reacție tuberculinică pozitivă) nu am exclus tuberculoza genitală, ceea ce în prezent nu se poate realiza, trebuie să avem mereu în fața ochilor că tonifierea, labilitatea nervoasă, hiperemia locală și generală, și mai ales administrarea masivă de foliculină pot să ducă la exacerbarea sau chiar la diseminarea unei t.g.f. până atunci latentă. *În felul acesta t.g.f. devine de fapt o problemă de fiecare zi a ginecologiei, atât în tratamentul inflamațiilor cronice cât și în rezolvarea celorlalte obiective ginecologice*. Importanța depistării și tratamentului precoce al acestor îmbolnăviri este evidentă, deoarece cele mai multe cazuri descoperite până acum *sînt procese neglijate* în care putem împiedica cel mult agravarea, sau obține o anumită ameliorare. *O vindecare funcțională completă se poate realiza numai în formele, rareori diagnosticate până acum, ca „subclinice”* (dorim să întrebunțăm expresia subclinică după denumirea dată de *Beskov* în 1952 de „tuberculoză renală subclinică”).\*

Noi adoptăm părerea potrivit căreia *t.g.f. trebuie considerată un fenomen local al unei îmbolnăviri generale* a organismului. Disponem de date din ce în ce mai multe care arată că t.g.f. nu este o tuberculoză a unui organ aparte, deoarece în prezența ei se poate pune deseori în evidență și tuberculoza altor organe. Numai greutățile pe care le întâmpină diagnosticul clinic și absența colaborării dintre medicii specialiști au dat naștere teoriei despre tuberculoza organelor ca formă independentă. Clinicianul (ginecologul la fel ca și fiziologul) dacă a obținut confirmarea diagnosticului, începe fără întârziere tratamentul specific. Ca urmare a acestuia bolile asociate rămân de obicei ascunse. Și în acest domeniu examenele necroptice furnizează indicații mai precise decât cele clinice.

În literatură sînt relateate și observații care arată că în tuberculoza pulmonară activă găsim rareori procese genitale, în schimb în tuberculoza pulmonară și a altor organe în curs de vindecare întîlnim mai frecvent aceste procese. *Szendi* susține că frecvența t. g. f. nu prezintă paralelism cu incidența tuberculozei pulmonare sau extragenitale. Noi credem că această diferență este numai aparentă, deoarece tocmai în cazurile de tuberculoză gravă nu se execută la timp, deci înainte de tratament, un examen minuțios al organelor genitale. Rezolvarea acestei probleme impune o strînsă colaborare între medicii de diferite

\* După redactarea lucrării noastre am citit articolul lui *Surányi* despre diagnosticul precoce al t.g.f. (M. N. L. 1961/1).

specialității. Numai o astfel de colaborare oferă posibilitatea diagnosticului precoce și implicit a vindecării.

Concepția sintetică expusă mai sus a putut lua naștere numai prin cunoașterea judicioasă a patogeniei t.g.f. în ceea ce privește tipul agentului patogen al t.g.f. părerile diferă. Potrivit unor date, tipul bovin figurează în 33% a cazurilor, mai ales în infecțiile din copilărie în mediul rural. În aceste infecții are un mare rol tuberculoza cornutelor, dar îmbolnăvirea poate fi provocată sporadic și de alte animale domestice. Infecția primară a organelor genitale este excepțional de rară. În marea majoritate a cazurilor îmbolnăvirea se produce prin intermediul căilor respiratorii sau al aparatului digestiv, prin diseminare. În trecut cea mai frecventă modalitate a diseminării era considerată diseminarea hematogenă. Lucrările publicate de Lebedeva și Arhupova au arătat că această diseminare se poate produce de la locul de intrare a bacililor tuberculoși prin circulația limfatică și sanguină chiar în primele clipe ale infecției. Observații clinice dovedesc că diseminarea hematogenă poate avea loc în toate perioadele tuberculozei, începînd cu copilăria pînă la bătrînețe. Importanța infecției limfogene a organelor genitale crește mai ales după descoperirea frecvenței infecțiilor de tip bovin. Din punct de vedere al diagnosticului precoce și al tratamentului este important să știm că infecția organelor genitale se poate produce uneori din intestin sau prin procesele peritoneale postprimare, deseori nedescoperite, per continuitatem și per contiguitatem. La fel ca și în celelalte organe și în canalul sexual, diseminarea poate fi canaliculară, descendentă. Fie că e vorba de o cale hematogenă sau una descendentă, aproape întotdeauna îmbolnăvirea primară se produce în porțiunea ampulară a tubilor. S-a dovedit că permeabilitatea trompelor poate fi încă mult timp păstrată. Faptul acesta a modificat considerabil punctul nostru de vedere în ceea ce privește clasificarea și interpretarea t.g.f. Mulți cercetători au arătat că t.g.f. nu produce nici o, suferință în 40—50% a cazurilor. În organele genitale și mai ales în trompe focarele tuberculoase deseori minime pot să rămînă ascunse toată viața. Deseori numai căutarea cauzei sterilității sau examenele de depistare descoperă prezența t.g.f. Aceste procese latente, subclinice, le considerăm stadiul precoce al t.g.f. În schimb, procesele clinice care se manifestă în cele mai variate forme de metroanexită constituie stadiul neglijat al bolii, cel puțin în ceea ce privește posibilitatea unei vindecări complete. De aceea considerăm că este logic ca în clasificarea propusă de noi, a formelor de t.g.f., să luăm în considerare posibilitățile de diagnostic și de tratament. Această clasificare este următoarea:

- I. t.g.f. subclinică a) cu sterilitate  
b) fără sterilitate

II. t.g.f. clinică

1. t.g.f. externă (în vulvă, în vagin, pe porțiunea vaginală a colului uterin);
2. t.g.f. internă (în ovare, trompe, uter, col).
  - a) formă peritoneală  
— formă ascitică  
— formă adesivă
  - b) formă cu exsudate mari
  - c) formă cu tumori anexiale mari  
— formă piogenă  
— formă seroasă  
— formă productivă
  - d) formă cu tumori anexiale mici;
  - e) formă cu exsudate mici sau adesivă;
  - f) formă uterină — cervicală — corporală.

Fără îndoială că t.g.f. poate fi considerată ca unul din cele mai ascunse procese tuberculoase. După cum am amintit depistarea intravitală a acestei afecțiuni se face numai în 8—10% a cazurilor. În legătură cu aceasta se pune problema insuficienței diagnosticului de pînă acum. Cei mai mulți cercetători susțin părerea că diagnosticul de t.g.f. poate fi considerat confirmat numai după punerea în evidență prin examen histologic a țesutului proliferativ tuberculos sau numai după descoperirea bacteriologică a micobacteriei tuber-

culoase. Totuși și în cele mai recente date din literatură găsim păreri contradictorii în legătură cu aprecierea acestor rezultate. Nu intră în intenția noastră să facem aici o prezentare a metodelor de diagnostic. Noi credem că diagnosticul se poate stabili numai în servicii ginecologice anume dotate în acest sens. Se ivește însă problema dacă după un examen histologic și bacteriologic minuțios confirmarea diagnosticului nu se obține, nu este oare legitimă și necesară *recunoașterea unanimă a autenticității diagnosticului clinic*? Oare teoria medicală cea mai cuprinzătoare potrivit căreia rezultatele examinării trebuie apreciate numai în lumina întregului tablou clinic al bolnavului, nu se referă și la t.g.f.? Oare în domeniul celorlalte specialități medicale și implicit și al fiziologiei diagnosticul de tuberculoză se stabilește numai pe baza pozitivității examenului histologic și bacteriologic? Dacă ținând seama de antecedentele personale, de evoluția de până atunci, și de starea prezentă a bolnavei diagnosticul de t.g.f. nu a fost considerat cert, oare rezultatul tratamentului ex juvantibus nu constituie o dovadă suficientă? Oare acestui procedeu i se poate răpi caracterul științific? Numeroase cazuri observate de noi pledează pentru legitimitatea diagnosticului clinic. În câteva din ele confirmarea ulterioară s-a făcut și prin examen histologic și bacteriologic. Noi credem că nu poate fi acceptat în nici un caz punctul de vedere rigid: „diagnosticul poate fi stabilit numai pe baza examenului histologic sau bacteriologic sau a rezultatului pozitiv al ambelor metode. În interpretarea cazurilor numai aceste dovezi obiective sînt hotărîtoare. Nu se poate accepta nici un diagnostic clinic întrucît nu există vindecare clinică și nu poate fi nici diagnostic prezumptiv nici diagnostic ex juvantibus”. (Gedeon, Belay M.N.L. 1957 (3)). Noi credem că în afară de cazurile confirmate histologic și bacteriologic mai trebuie să vorbim și de cazuri certe, probabile și suspecte din punct de vedere clinic. Practica de fiecare zi impune necondiționat acest lucru și în același timp o astfel de comparație a materialului clinic nu poate fi lipsită de interes nici din punct de vedere științific și igienist. Această concepție ar micșora numărul cazurilor, și astăzi încă destul de numeroase — diagnosticate incidental. O asemenea situație nu corespunde evident exigențelor reale ale terapiei. În ceea ce privește tratamentul t.g.f. constatăm o diversitate de păreri atît în trecut cit și în prezent. Introducerea antibioticelor și a substanțelor chemoterapeutice eficace a trezit la început speranța că și vindecarea tuberculozei deci și a t.g.f. își găsește soluția definitivă. Nu peste mult însă s-a constatat că nici aceste preparate noi nu pot fi utilizate ca medicamente miraculoase. Fiind în posesia unor medicamente unii ginecologi au înclinat spre tratamentul conservativ, iar alții spre cel activ chirurgical. Între aceste tendințe extremiste este în curs de formare o orientare echilibrată, de mijloc. Aceasta unificînd avantajele tratamentului conservativ cu cele ale tratamentului activ tinde să găsească în fiecare caz procedeul cel mai adecvat (terapia selectivă a lui Glatthaar).

În esență tratamentul t.g.f. concordă cu tratamentul tuturor proceselor tuberculoase. Tratamentul persistent asociat tuberculostatic se aplică sub protecția unei largi utilizări a tuturor procedurilor antifitice. Astăzi este din ce în ce mai mult acceptată părerea că bolnavul să beneficieze în primele săptămîni ale tratamentului de îngrijire spitalicească deoarece t.g.f. trebuie considerată o tuberculoză deschisă și ca atare ea poate constitui o sursă de infecție. Este de dorit ca tratamentul de atac și instituirea tratamentului de bază să se facă într-un serviciu de fiziologie. Mai lîrziu un factor important al tratamentului îl constituie cura helio-marină. Tratamentul t.g.f. se întreprinde chirurgical numai în mod selectiv, de la caz la caz. În patria noastră deservirea cu medicamente a bolnavelor este gratuită și ele beneficiază de un concediu de boală de un an și jumătate.

Profilaxia t.g.f. se identifică parțial cu profilaxia generală a tuberculozei mai ales în perioadele periclitare din timpul pubertății, căsătoriei și gestației. Sîntem îndreptățiți să așteptăm rezultate favorabile în urma chemoprofilaxiei care se aplică astăzi în toate țările. Pentru soluționarea definitivă a problemelor t.g.f. este necesară organizarea unei rețele de dispensarizare, dar în afară de aceasta ea constituie o îndatorire importantă a tuturor medicilor care ajung în legătură cu această problemă.\*

\* Recent Aburel, Petrescu, Bungețeanu se ocupă pe larg de problemele profilaxiei t.g.f. În Zentralblatt für Gynecologie 1961/3.

În încheiere prezentăm punctele proiectului de rezoluție adoptat în cadrul simpoziunii de t.g.f. ținut la Tg. Mureș în ziua de 20 februarie 1960.

1. Considerăm că t.g.f. este o problemă de importanță sanitară. Cazurile sînt mult mai frecvente decît cele confirmate pînă acum, a căror descoperire trebuie să preocupe pe orice medic.

2. Credem că este recomandabil să se elaboreze și să se execute în toate domeniile fiziologiei cel mai corespunzător procedeu de chemoprofilaxie în vederea prevenirii t.g.f.

3. Pentru combaterea cu succes a t.g.f. considerăm că diagnosticul precoce al acestei afecțiuni are o importanță decisivă.

4. La stabilirea diagnosticului este indicat procedeu de examinare complexă. Acesta se poate efectua mai ales în serviciile ginecologice bine dotate, dispunînd de laboratoare bacteriologice și histologice moderne, de instalații radiologice și de personal calificat.

5. Dacă aplicarea tuturor procedeelor de diagnostic nu dă un rezultat concludent, considerăm justificat diagnosticul clinic.

6. Tratamentul t.g.f. poate fi executat cu maximă eficacitate în serviciile de fiziologie unde există posibilitatea efectuării unui tratament de atac multilateral și a instituirii tratamentului de bază.

7. Pentru rezolvarea problemelor t.g.f. este recomandabilă colaborarea activă a diferitelor rețele.

8. Considerăm necesară organizarea unei rețele de dispensarizare prin completarea personalului de la dispensarele extrapulmonare.

9. Este necesară mărirea numărului de paturi spitalicești la fel ca și completarea instalațiilor laboratoarelor bacteriologice și de histologie și a personalului acestora.

10. Realizarea acestor măsuri se recomandă și pe raza spitalelor raionale.

11. Ar fi justificată înființarea unui sanator mare de tuberculoză extrapulmonară în orașul de reședință al regiunii sau în apropierea lui.

*Sosit la redacție: 22 martie 1961.*