

Clinica de obstetrică-ginecologie Tg.-Mureș (cond.: prof. Octav Rusu,  
doctor în medicină)

## CONSIDERAȚIUNI NOI ASUPRA INDICAȚIILOR GINECOLOGICE ALE BALNEO-TERAPIEI

E. A. Lórinz

Printre indicațiile ginecologice ale terapiei cu ape termale sărate naturale, — asemenea băilor de la Sovata — timp îndelungat au dominat cele adresându-se la două grupe de stări patologice: pe de o parte, inflamațiile cronice ale uterului și ale anexelor sale, pe de altă parte, sterilitatea feminină, fie primară — cauzată de hipoplazia genitală — fie secundară, consecutivă proceselor inflamatorii cronice ale căilor genitale feminine. Aceste două indicații s-au răspândit atât în opinia generală medicală, cât și în cea laică, astfel încît pe biletele de internare ale bolnavelor sosite la Sovata, în marea majoritate a cazurilor, figurează metro-anexita cronică și eventual sterilitatea. Generația de medici ginecologi care au debutat în cariera lor înainte cu decenii și au avut posibilitatea să compare ginecopatele din trecut cu cele de azi pot remarca faptul că din rîndul afecțiunilor genitale trimise pentru tratament balnear, în prezent lipsesc în bună parte, cele cu forme grave, exudatele pelviene torpide, tumorile anexiale mari, formele tumorale gonoreice, ale căror faze acute figurau în anamneza bolnavelor dînd posibilitate medicului să facă o apreciere destul de clară asupra etiologiei. Locul acestor forme patologice l-au ocupat — în ultima vreme — cazurile cu etiologie nesigură, cu anamneză aproape negativă (în care pot figura și intreruperi de sarcină), despre istoricul cărora bolnavele nu relatează nimic deosebit.

Un alt grup de bolnave situează debutul afecțiunii lor în perioada postnupțială, fără a relata despre intervenirea unor momente patologice mai importante. Deseori, cu ocazia aprofundării anamnezei, ele mai amintesc tulburările vieții sexuale. În esență, deci, în locul modificărilor anatomice macrolezionale ale micului bazin — găsite în trecut — azi întîlnim forme discrete, unde la examenul bimanual uterul și anexele par libere. Totuși, bolnavele acuză dureri la mobilizarea uterului și a anexelor, uneori aceste zone fiind chiar deosebit de sensibile, prezintă leucoree, toate acestea fără ca examenele de laborator obișnuite (VSH, leucocite) să pledeze pentru un proces patologic. Cu toate acestea, medicul practician — pe baza acuzelor dureroase manifestate la examenul genital — pune diagnosticul de metro-anexită și indică tratament balnear. Serviciul balnear — la rîndul său — pentru același motiv, execută tratamentul respectiv, iar după efectuarea balneoterapiei, medicul care a recomandat internarea constată vindecarea metroanexitei cronice, atribuind succesul terapeutic tratamentului balnear.

Indubitabil că — în sensul celor de mai sus — aceste îmbolnăviri, în care lipsește faza acută și modificarea locală inflamatorie, nu pot fi incluse în grupa afecțiunilor prin infecții cu germeni patogeni. Acest fapt trebuie subliniat pentru motivul că în prezent se pare că tocmai asemenea stări patologice constituie majoritatea ginecopatiilor destinate tratamentului balnear.

Despre aceste cazuri obișnuim să afirmăm că ele prezintă multe componente funcționale, dorind astfel să relevăm rolul primordial al sistemului nervos vege-

tativ în debutul, evoluția și simptomatologia afecțiunii respective. Aceste considerațiuni reprezintă aprecierea medicală justă a acestor stări.

Este însă necesar să ne ocupăm mai îndeaproape cu etiologia și tabloul clinic al acestor afecțiuni ale micului bazin ce se dezvoltă fără substrat infecțios-inflamator dorind astfel să contribuim la justa lor apreciere relevând însă că problema — în fond — nu reprezintă o noutate în țara noastră.

Abordând această problemă, ne gândim în primul rând la lucrările conferinței despre metro-anexite de la Craiova unde s-au dezbătut aspecte conducând la o mai justă apreciere despre formele clinice metro-anexiale și corelările lor funcționale. Conferința — accentuând unitatea macro- și micro-organsimului — a făcut un pas însemnat spre conturarea concepției funcționale în ginecologie. Această concepție s-a aprofundat și prin separarea sindroamelor algice, leucoreice, hemoragice și dispareunice din complexul comun al metroanexitelor. Conferința de la Craiova mai are meritul de a fi accentuat concepția funcțională și în chirurgia ginecologică. Tot aici a fost relevată importanța băilor termale sărate în refacerea capacității de muncă a femeilor suferind de metro-anexite, cunoscut fiind faptul — din date statistice — că acestea din urmă determină cele mai multe zile cu incapacitate temporală de muncă.

Cu toate acestea, chiar și după conferința de la Craiova se mai admite originea și caracterul inflamator al acestor afecțiuni cu fond funcțional neuro-vegetativ, fapt care împiedică delimitarea mai precisă, aprecierea mai justă și interpretarea corespunzătoare a noțiunii. Or justa interpretare a afecțiunii este de o importanță deosebită, atât pentru bolnave, din punctul de vedere al prognosticului și în evaluarea capacității de muncă.

În acest sens, includerea tuturor stărilor morbide ale micului bazin în cadrul nosologic, comun, al metro-anexitelor nu este justă și nu își are rostul.

Studiul anatomo-fiziologic al parametrului — ca unitate aparte a micului bazin — a constituit un progres în ginecologie, contribuind la elucidarea unor aspecte neclare.

În această problemă, trebuie să facem o scurtă retrospectivă în literatura de specialitate privind aspectele legate de funcțiunea parametrului. Se ridică întrebarea dacă acestea conțin sau nu elemente care să constituie baza unei funcțiuni, mai precis, dacă parametrele posedă sau nu elemente musculare; în caz afirmativ, care este distribuția lor, cum sînt ele dispuse în spațiu și ce funcții îndeplinesc? Problema se discută de aproape o sută de ani, dar ea nu este încă elucidată. Ca și în multe alte domenii și aici s-au confruntat două opinii: una care susține că parametrul conține un aparat muscular și cealaltă, care neagă această aserțiune. Unul dintre reprezentanții de seamă a celei din urmă opinii a fost E. Martin. Majoritatea autorilor se găsesc, însă în rîndul celor care răspund afirmativ la această problemă. H. C. Neumann (1930) a descris fibrele musculare netede din ligamentele sacro-uterine la nou-născut. În afară de acestea, se mai pot observa în întregul parametru fascicule musculare de acompaniament, care însoțesc vasele și ureterele.

Din punct de vedere al temei noastre, nu prezintă interes deosebit faptul că aceste fascicule musculare sînt de origine uterină sau parametrală. Langreder este de părere că majoritatea acestor fibre musculare sînt de origine uterină, parte din ele avînd originea în țesutul conjunctiv adventițial al vaselor și formînd împreună o unitate funcțională. Fibrele musculare parametrale, unindu-se în fascicule mai mari, se îndreaptă spre periferia micului bazin sub aspectul unor formațiuni ligamentare, în timp ce unele fibre iradiază în fascicule periadventițiale vasculare. Se găsesc însă și fibre izolate, toate împreună formînd un sistem muscular elastic al parametrului. În lucrarea sa Langreder (1955) consideră fibrele musculare parametrale drept parte constitutivă indispensabilă, a aparatului ligamentar din această zonă topografică. Cercetările sale au pus în evidență un component muscular al colului uterin — relativ puternic — care pare a avea conexiuni cu ligamentele

sacro-uterine. Comportamentul activ al elementelor musculare parametrale se referă mai ales la situațiile în care sistemul nervos vegetativ determină — cu verosimilitate — o activitate musculară în sfera genitală.

La consultațiile ginecologice, o parte dintre bolnave se prezintă cu o triadă simptomatică destul de caracteristică:

- dureri în regiunea sacrală și zona învecinată;
- leucoree cervicală;
- perturbări de cohabitație.

Prin examen local se poate frecvent constata scurtarea și îngroșarea ligamentelor sacro-uterine, iar la examenul cu valvele, colul prezintă o lividitate pronunțată, avînd — uneori — orificiul extern întredeschis.

Acest tablou este asemănător cu sindromul „Taylor congestion fibrozis” și cu sindromul „Yooung Cervical Sindrom”. Drept cauză s-a incriminat producția crescută a hormonilor foliculari sau distonia neuro-vegetativă pe fondul unei „dispoziții” locale.

W. A. Freund a fost primul care a atras atenția asupra scurtării trecătoare a ligamentelor parametrale. Mai târziu, această problemă a fost reluată și de alți autori. În concepția ulterioară aceste scurtări algice ale ligamentelor parametrale au fost interpretate ca fiind urmarea pe de o parte, a unor fenomene spasmodice ale mușchilor netezi, pe de alta a tulburărilor de circulație. A. Mayer a denumit acest sindrom „scurtarea spastică a ligamentelor”. H. Martius a descris-o ca o afecțiune aparte, denumită de el „metropathia spastica”, în care elementele de bază erau scurtarea ligamentelor asociată cu dureri în regiunea sacrală și cu latero-deviația uterului dureros la mobilizare.

În literatura anglo-saxonă aceste fenomene au fost considerate drept tulburări vasculare de origine neuro-vegetativă, deoarece ele sînt însoțite de migrene, stări de stază și tulburări ale organismului.

Autorii francezi (Rouget, Jacquemier, Ducellier, Varnier, Pinard etc.), au fost primii care au demonstrat capacitatea erectilă a organelor genitale feminine în cursul coitului acordînd un rol de seamă hiperemiei funcționale genitale. Și vechii ginecologi au menționat rolul fiziologic important al descinderii și elevării uterului, cu ocazia contactului sexual, însă ei au atribuit acest fenomen sporirii greutății uterului datorită hiperemiei ce apare cu această ocazie.

Intr-adevăr, colul crește în greutate — aidoma corpului cavernos — fiind tras în jos de către ligamentele sacro-uterine. Congestia îndelungată a colului — „corp-cavernos” — explică imaginea de stază și beanta cronică a orificiului extern uterin. Astfel rezultă o incitație permanentă a glandelor cervicale, datorită conținutului vaginal, acid în jumătatea inferioară — care, la rîndul său, determină scurgerea cronică a mucusului cervical alcalin. În acest mod, se naște un cerc vicios, care are drept consecință scăderea capacității de apărare a vaginului. Durerea și leucoreea determină bolnava să apeleze la medic.

La persoanele hipoplazice — datorită insuficienței primare a ligamentelor — se produc fenomene spastice chiar și la solicitări de minimă intensitate.

Această retracție spastică a ligamentelor diferă, însă, radical de sindromul descris mai sus, al cărui fond este reprezentat de disfuncția aparatului sacro-cervico-uterin.

Klink utilizează termenul de „parametrozis” pentru situațiile în care excitația cronică a țesutului conjunctiv colagenic produce modificări arhitectonice peste limitele morfo-fiziologice și care se manifestă prin dureri în ambele flancuri ale etajului inferior abdominal și în regiunea lombo-sacrală.

Echilibrul statico-dinamic al micului bazin este tulburat și în unele situații ca de ex.: prin suprasolicitarea parametrelor din entero-ptoze cînd coloana visce-

rală apasă blocul conjunctiv-muscular al micului bazin, în deficiența primară a sistemului ligamentar (hipoplazii), în scăderea accentuată a greutății corporale, determinând insuficiența musculaturii planșeului pelvi-perineal, în cazurile de relaxare a breșei fiziologice a ridicătorilor anali (rupturi vechi etc.) toate acestea constituind „porți herniare” la exercitarea presiunii intra-abdominale. Tabloul de mai sus are o evoluție lentă — uneori de mai mulți ani — constituindu-se de cele mai multe ori la intervale diferite după naștere, în funcție de troficitatea de bază a țesuturilor.

În climacteriu, baza etio-patogenetică a fenomenului o constituie transformările tisulare consecutive involuției elementelor elastice ale ligamentelor și ale musculaturii.

Durerile surde, trenante, din regiunea lombo-sacrală apar în regiunile ligamentelor, după diferite agresiuni. Există situații când durerile — deja existente — se exacerbează datorită creșterii presiunii intra-abdominale sau altor cauze ca: diferite congestii din micul bazin, prezența modificărilor patologice de la nivelul colului uterin, cu ocazia ovulațiilor sau în perioada premenstruală, în condiții „a frigore”, ca efecte ale unor factori neuro-psihiici etc. Durerea determină vasoconstricție, iar ischemia realizată accentuează senzația de durere, într-un adevărat cerc vicios. Iritația centrilor neuro-vegetativi din etajele superioare duce la meteorism, la senzație de „plenitudine”, acuze cardiace etc. Consecutiv se poate instala constipația care mărește congestia. Sint frecvente iradiările dureroase spre lojele renale, care pot fi atât de exprimate încât să creieze bănuiala calculozei renoureterale, sarcinei extrauterine, apendicitei acute, dar — mai ales — a existenței unei anexite acute. Aceste fenomene algice duc deseori la frigiditate, stări depresive scăderea dispoziției de muncă etc.

Fibrele conjunctive și musculare — după cum menționăm mai sus — nu se sfîrșesc la limitele uterului. Ele pătrund în miometru, formînd acolo trasee spiralete prin care se pot propaga excitații hipertrofizante venite din elementele parametrale modificate („parametrotice”). În urma acestui fenomen complex se produce — mai tîrziu — așa numitul „uter metric” („uterus metricus”).

Din cauza protecției mai eficace față de infecțiile germinative și a scăderii numărului avorturilor criminale (septice) precum și în urma modului mai igienic de viață, boala inflamatorie a parametrelor (parametrita) a devenit mai rară, față de parametropatiile neinflamatorii descrise mai sus. Totuși trebuie să se țină cont de ea în cazurile în care se deschid „breșe parametrale” ocazionate de: rupturi cervicale la naștere, perforații uterine, resturi ovulare intrauterine, peritonizări incomplete în cursul operațiilor ginecologice, puncții în Douglas efectuate în condiții de sterilitate îndoielnică, infiltrații terapeutice parametrale etc.

Sechelele acestor situații morbide sint cunoscute: cicatrici nodulare, organizate, rigide, care oferă un „status palpatoric” aproape caracteristic și care trebuie diferențiat de tumorile ovariene maligne ptozate în Douglas, sau de endometrioze. Acestea, însă mai constituie obiectul expunerii noastre.

Față de cele de mai sus, considerăm necesar a aminti cîteva indicații balneoterapeutice ginecologice mai puțin utilizate.

O astfel de indicație o constituie cisto--rectocelul mai puțin pronunțat. Aici, scopul tratamentului este evitarea operației sau utilizarea balneo-terapiei din cauza inoperabilității din diverse motive. Dar putem să apelăm la balneo-terapie și după operații plastice, pentru evitarea recidivelor. Trebuie avut în vedere faptul că — în producerea cisto-rectocelului intervine insuficiența concomitentă a sistemului ligamentar al parametrelor și a musculaturii planșeului pelvi-perineal. Nu este necesar să accentuăm că, în aceste cazuri așteptăm influențe pozitive asupra țesuturilor prin diverse stimulări biologice — inclusiv hormonale — din partea băilor sărate și a nămolului. Trebuie ținut seama de efectul imediat — local, dar considerăm necesar a reaminti principiul — din ce în ce mai puternic susținut — potrivit că-

rua tratamentul prin băi sărate trebuie completat și cu alți factori, deoarece nu mai astfel — în mod complex — balneoterapia va da randamentul scontat.

— Gimnastica ritmică medicală prezintă o reală importanță pentru exercițiul și stimularea țesuturilor.

— Din punct de vedere al echilibrului neuro-vegetativ, trebuie subliniată importanța curei de aer.

— Trebuie să mai accentuăm un aspect important: sfaturile dietetice bine precizate. Este cunoscut că un număr important din aceste ginecopate suferă de constipație, fapt care influențează negativ — în mod secundar — starea organelor din micul bazin.

Problema normalizării tranzitului intestinal nu constituie — din păcate — o preocupare suficientă, în cursul tratamentului conservator ambulant, mai mult, uneori această problemă importantă se neglijează chiar și în secțiile spitalicești.

— Nu mai puțin importantă este și rezolvarea toaletei vaginale. Bolnavele care au beneficiat de balneo-terapie trebuie ținute în observație continuă: se va urmări respectarea indicațiilor primite în stațiune, referitoare atât la măsurile de igienă generală și locală, cât și la recomandările dietetice și cele privind regimul de viață și muncă.

— La congresele de balneo-terapie s-a dezbătut în repetate rânduri și indicațiile balneologice ale climacteriului. După Baatz, balneo-terapia în climacteriu constituie un așa zis „tratament de complexitate, de totalitate”.

Principalele arme ale balneo-terapiei sînt: apa sărată, nămolul și turba. Modul de acțiune: hiperemie reflexă cutaneoviscerală pe teritoriul hipogastrice, stimularea ovariană, rezorbție oestrogenică. Efectele băilor sărate: schimbarea transamineralizantă a metabolismului electrolitic, reactivarea neuro-vegetativă a organismului. Cultura fizică medicală are la această categorie de pacienți o importanță psihică mare. Sedarea sistemului nervos simpatic se face prin climatoterapie adecvată.

În legătură cu balneo-terapia ginecopatelor, de mult s-a ridicat problema dacă este bine ca ele să fie însoțite, în stațiune, de soții lor, sau este mai util ca soțiile să petreacă singure acest timp? Această problemă a fost reluată la o conferință recentă de balneologie. În general, părerile s-au conturat în sensul că prezența soțului — în perioada tratamentului de rezorbție — este nefavorabilă. Dar, în cazul tulburărilor funcționale, efectele balneo-terapiei trebuie exploatate imediat și în consecință, îngrădirile aduse vieții conjugale nu sînt indicate. Aprecierea stării psihice este indispensabilă. În principiu — exceptînd cazurile în care se urmărește o terapie rezorbantă — soțul e bine să-și însoțească soția la stațiune. Aceasta se referă mai cu seamă la cazurile de sterilitate, unde perioada optimă de concepție se poate stabili cu oarecare aproximație, în funcție de fazele ciclului menstrual.

Perioada propice balneo-terapiei este cea post-menstruală. Rezultatele sînt mai puțin favorabile în faza premenstruală.

De asemenea, trebuie avut în vedere faptul că efectul balneo-terapiei își atinge apogeul la 10—12 zile după instituirea terapiei, deci efectul curativ poate fi așteptat numai după această perioadă.

În încheiere trebuie să accentuăm că — pentru obținerea succesului terapeutic — colaborarea intensă a medicului practician ginecolog și a ginecologului clinician cu specialistul balneolog din stațiune este indispensabilă.