

CITEVA PROBLEME ÎN LEGĂTURĂ CU TUBERCULOZA ȘI MAI ALES CU FTIZIA DIN VIRSTA PUBERTĂRI

Deutsch M., Velicsek I., Glück H.

Pubertatea este o vîrstă, care din punct de vedere al ftiziei prezintă o importanță deosebită, fapt care cere măsuri adecvate atît din punct de vedere profilactic, cît și curativ.

Frecvența ftiziei cît și a diferitelor forme de tuberculoză în această vîrstă este bine cunoscută. Prognosticul ftiziei pubertare înaintea introducerii colapsoterapiei a fost foarte grav. După statistica lui *Kahn* și *Kurt* mortalitatea înaintea acesteia a fost între 72—80%. *Simon* urmărind 445 de cazuri observă o mortalitate de 85%. După introducerea colapsoterapiei situația se ameliorează. Statistica lui *Dufourt* prin observarea a 70 de cazuri, găsește o scădere a mortalității la 47%, producîndu-se vindecări la 38,5%.

Prognosticul tuberculozei din vîrsta pubertară s-a schimbat și mai mult odată cu introducerea antibioticelor în arsenalul terapeutic. Folosirea antibioticelor pe scară largă a adus un important aport, nu numai curativ, dar și profilactic. Prin vindecarea mai rapidă și în număr mai mare a acestor bolnavi diminuează posibilitatea de propagare a infecției, cu atît mai mult cu cît acești bolnavi se găsesc în diferite colectivități, compuse din persoane, care după vîrsta lor prezintă o receptivitate mare.

Studiind cazurile de tuberculoză din vîrsta pubertară după evidența dispensarului nostru și cazurile tratate în staționar în perioada dintre anii 1951—1955, adică în ultimii cinci ani, am ajuns la o serie de concluzii, cunoașterea cărora este importantă în ceea ce privește lupta anti-tuberculoasă aplicată la această vîrstă.

La prelucrarea datelor noastre statistice am socotit ca pubertari, băieții între vîrsta de 14—18 ani, iar fetele între 13—17 ani.

Analizînd numărul cazurilor de tuberculoză din vîrsta pubertară în ultimii cinci ani, am constatat că aceste cazuri reprezintă 8,9% din totalul bolnavilor noi, luați în evidență în acest interval de timp.

Din totalul cazurilor de tuberculoză din vîrsta pubertății ftizia reprezintă 37,9%.

În ceea ce privește evoluția cazurilor de ftizie pubertară se constată o scădere progresivă a mortalității, după cum urmează:

În 1951	mortalitatea este de	43,7%.
În 1952	„	„ 11,1%.
În 1953	„	„ 10,5%.
În 1954	„	„ 6,6%.
În 1955	„	„ 0, %.

Decesele s-au produs în medie la 15 luni după luarea în evidență a bolnavului. Menționăm, că deși cazurile din anul 1955 au putut fi urmărite numai timp de 6—18 luni, analizînd fiecare caz în parte, el reprezintă un prognostic bun.

Scăderea mortalității se datorește influenței favorabile a tratamentului cu antibiotice și mai ales a hidrazidei.

Studiînd toate cazurile de tuberculoză din vîrsta pubertății din evidența noastră, am putut constata că numărul fetelor este aproximativ egal cu cel al băieților, deci sexul nu are o importanță deosebită în declanșarea tuberculozei la această vîrstă. Astfel dintre bolnavii noi luați în evidență am găsit 53,6% fete și 46,4% băieți. În schimb în ceea ce privește ftizia raportul între cele două sexe se schimbă considerabil. Noi am găsit 65,1% fete și 34,9% băieți. Deci ftizia la sexul feminin s-ar produce aproximativ de două ori mai des decît la sexul masculin.

Luînd în considerare acest procentaj, credem că dispensarelor antituberculoase le revin sarcini importante în ceea ce privește supravegherea fetelor de vîrstă pubertară și mai ales a colectivităților de fete ca școli, cămine, internate, etc.

Analizînd mai departe fișele, precum și foile de observație a acestor bolnavi, ne frapază procentajul mare a prezenței antecedentelor bacilare în familiile lor. Procentajul antecedentelor la toate formele de tuberculoză din vîrsta pubertară este de 30,7%. La ftizia pubertară acest pro-

taj se ridică la 51,5%. Trebuie să menționăm că în multe cazuri acești bolnavi tineri din anumite motive subiective negă antecedentele bacilare ale rudelor apropiate, sau sînt cazuri în care nici nu le cunosc. Astfel putem considera că acest procentaj în realitate este mai mare. Datele acestea dovedesc clar că tuberculoza la această vîrstă se ivește de preferință la contactii tbc., iar formele grave de ftizie în majoritatea cazurilor se găsesc la acei tineri a căror părinți sau frați au decedat de tuberculoza pulmonară, sau suferă și în prezent de această boală.

Deci acești bolnavi provin în majoritatea lor dintr-un mediu cu un contact intens și prelungit din fragedă tinerețe.

Studiind gradul de rudenie în cazurile cu antecedente tbc. în familie găsim:

- părinți decedați de tuberculoză 38,2%
- frați decedați de tuberculoză 18,2%
- părinți suferind de tuberculoză 23,5%
- frați suferind de tuberculoză 20,1%

Luînd în considerare cele arătate mai sus dispensarelor antituberculoase le revin sarcini importante în urmărirea contactilor tineri și a acelor, a căror părinți sau frați au decedat de tuberculoză. Este necesară examinarea radioscopică sistematică a acestora, mărirea rezistenței lor prin tonizare, trimiterea la colonii de vară, prevenții etc.

Urmărind pînă azi toate cazurile de tuberculoză primară luate în evidență între anii 1951—1953 constatăm că 9,9% au făcut ftizie. Acest procentaj dovedește potențialul evolutiv al bolii la această grupă de vîrstă. Acest fapt ne obligă la introducerea unui tratament mai îndelungat cu antibiotice și o cură igienico-dietetică mai prelungită, precum și urmărirea permanentă prin control radioscopic cel puțin odată lunar în vederea depistării ftiziei în faza cît mai incipientă.

Din 100 cazuri de ftizie pubertară, care au fost internate în ultimii cinci ani în staționarul nostru, 16% au fost găsite prin depistări radiologice individuale sau colective. Cazurile acestea au prezentat în momentul depistării leziunii cavitare extinse cu baciloscopia pozitivă. Tinerii aceștia au trăit timp mai îndelungat (săptămîni, chiar luni) în colecivități cu alți tineri de seama lor la o vîrstă cu receptivitate mare.

Dăm mai jos cîteva cazuri din observațiile noastre:

1. I. M. de 15 ani, de profesie Inginer, ocazia examenului radioscopic efectuat în vederea căutării focarului infectant la un copil în vîrstă de un an cu reacția Mantoux intens pozitivă. Ca antecedente erodocolaterale amintim că are o verișoară, care suferă de tbc. pulm. fc. policav. bilaterală.

Bolnava se internează imediat după depistare în staționar cu diagnosticul de tuberculoză pulmonară infiltrativă excavată stînga BK pozitiv, fără acuze subiective. Urmează un tratament complex timp de șapte luni administrîndu-i-se 35 gr streptomycină, 1000 tablete hidrazidă și se instituie un pneumotorax artificial stîng, care se completează cu Jacobaeus. Bolnava părăsește spitalul cu o stare generală bună, colaps total eficient, cavitățile închise, BK negativ. În prezent starea generală este bună, colapsul se menține eficient, baciloscopia constant negativă.

2. D. E. de 17 ani elevă. A fost descoperită cu ocazia unei depistări radiologice întreprinsă la elevele de la școala frecventată de bolnavă. Ca antecedente familiale este de remarcat că părinții bolnavei au decedat de tuberculoză.

Boala a avut un debut complex asimptomatic. Se internează în spital cu diagnosticul de tuberculoză pulmonară fibrocavitară cavități stînga, BK pozitiv. Se instituie un pneumotorax artificial stîng, care se completează cu Jacobaeus. I se administrează 30 gr streptomycină, 500 tablete hidrazidă. Părăsește spitalul după 4 luni cu o stare generală bună, colaps total eficient. BK constant negativ.

3. T. V. de 17 ani, de profesie strungar, este descoperit cu ocazia examenului radioscopic efectuat la dispensarul nostru în vederea găsirii focarului infectant al celor trei frați mai mici ai bolnavului, care s-au îmbolnăvit de complexe primare active. Negăsind focarul infectant la cohabitanții permanenți, am căutat și acele rude cu care au fost numai în contact intermitent. Astfel am ajuns la fratele cel mai mare, care a lucrat ca strungar la o fabrică vizitînd familia numai odată pe săptămîină.

În momentul descoperirii bolnavul pre-

zenta leziuni extinse policavitare, BK pozitiv. Este sanatorizat în total de 9 luni, i se instituie un pneumotorax artificial drept, care se completează cu Jacobaeus. Se administrează 50 g streptomincină, 220 g PAS și 500 tablete HIN. În prezent bolnavul are o stare generală bună, este în cîmpul muncii, prezentînd numai leziuni fibrozate.

Analizînd aceste cazuri găsim că acești tineri sînt depistați cu forme avansate de ftizie, eliminînd bacili în cantitate mare, prezentînd astfel un pericol mare pentru colectivitatea din care provin. Aceste forme, deși cu leziuni extinse, sînt relativ destul de recente și se pretează foarte bine la tratamentul cu antibiotice.

O sarcină primordială a dispensarelor antituberculoase este deci intensificarea depistărilor radiologice în colectivitățile formate din tineri de vîrstă pubertară, chiar dacă prin aceasta se vor neglija anumite grupe de vîrstă ca cei din a doua copilărie, cînd există o rezistență mare față de infecția tuberculoasă. Pe lângă depistările periodice acești tineri și mai ales fetele trebuie supravegheate și individual la apariția oricărui simptom morbid, făcîndu-se radioscopie pulmonară, fiindcă de multe ori ftizia are ca debut o simptomatologie minimă și foarte variată, necaracteristică.

Este necesară executarea intradermo-reacției la toți tinerii pubertari, vaccinarea celor anergici, tratarea cu antibiotice și observarea celor hiperalergici.

Concluzii:

Vîrsta pubertară fiind o vîrstă ftzioge-

nă prezintă sarcini epidemiologice importante:

1. Este necesară examinarea radioscopică a colectivităților de vîrstă pubertară cel puțin de două ori pe an și supravegherea lor sistematică, dînd prioritate celor de sex feminin.

2. Urmărirea și dispensarizarea tinerilor de vîrstă pubertară, care sînt contacți, sau au antecedente bacilare în familie.

3. Urmărirea mai intensă a acestor bolnavi aflați în evidența dispensarului, indiferent de formă de boală și ridicarea permanentă a rezistenței lor.

4. Pe lângă depistarea radiologică este importantă și depistarea biologică, vaccinarea cu BCG a celor anergici, dispensarizarea și tratarea cu antibiotice a celor hiperalergici.

5. Nici o grupă de vîrstă nu dă un randament așa de mare la depistări radiologice ca vîrsta pubertară.

Bibliografie

Dufourt et Dumarest: Sur la pathogénie et l'évolution de la phthisie chez l'enfant et l'adolescent. Le poumon 1948 Nr. 2.; 2. Grubea Lupascu, Dungețeanu, Breuer: Date asupra tuberculozei infantile din sanatoriile noastre pentru copii tuberculoși. Cercetări de Ftiziologie Volum II.; Saim: Tuberculoza în vîrstă pubertată. Revista de Ftiziologie Nr. 1/1953.; Sorchina E. Z.: Clinica perioadei precoce a infecției tbc. primare la copiii de vîrstă școlară. Probl. de tbc. Nr. 3/1952.

НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ В СВЯЗИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ И В ОСОБЕННОСТИ С ХАХОТКОЙ В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

М. Де йч, И. Величек, Х. Глюк

Авторы указывают на значение периода полового созревания во фтизиогенезе. На основе статистических данных доказывается снижение заболеваемости чахоткой в период полового созревания в течение последних пяти лет, вызванное внедрением антибиотиков в терапевтический арсенал. В период полового созревания частота случаев чахотки у девочек в 2 раза больше чем у мальчиков.

Рассматривается значение внутрисемейной инфекции для фтизиогенеза в период полового созревания. Авторы обращают внимание на значение рентгенологического обследования по меньшей мере дважды в году коллективов подростков в период полового созревания, а также непрерывного наблюдения за этими коллективами.

В заключениях отмечаются обязанности противотуберкулезных диспансеров в связи с чахоткой у подростков в период полового созревания.

QUELQUES PROBLEMES RELATIFS A LA TUBERCULOSE ET SURTOU A LA PHTISIE DE L'AGE DE PUBERTÉ

M. Deutsch, J. Velicsek, H. Glück

Les Auteurs montrent l'importance de l'âge de puberté dans la phtisiogénèse. Ils prouvent par des données statistiques la diminution de la morbidité par la phtisie pubérale pendant les dernières cinq années, grâce à l'introduction des antibiotiques dans l'arsenal thérapeutique. La phtisie pubérale est deux fois plus fréquente chez les jeunes filles que chez les garçons.

Les Auteurs analysent l'importance des infections interfamiliales dans la phtisiogénèse de l'âge de puberté. Ils attirent l'attention sur l'importance des dépistages radiologiques au moins deux fois par an dans les collectivités de jeunes gens à l'âge de puberté et de la surveillance permanente de ces collectivités.

Ils montrent dans leurs conclusions les charges des dispensaires antituberculeux dans le problème de la phtisie pubérale.