

Tuberculosi genital prepuberal i en la pubertat

pel

Dr. P. NUBIOLA

En tot el referent a tuberculosi genital de la dona hi ha feina llarga a fer i dificultats a dojo. Ens cal i tot començar per la demostració d'existir malaltia tuberculosa de l'aparell genital femení abans de la pubertat.

I

Els autors no neguen la possibilitat de localització fímica genital en la infantesa, però li donen mínima importància de freqüència, en parlen quan en parlen, com troballes d'autòpsia o relacionant-ho amb la tuberculosi d'altres òrgans abdominals. No obstant i això, ens veiem obligats a afirmar que *és malaltia molt freqüent*.

Tant els pediatres com els obstètrics sostenim, mentre els nous no ho contradiguin, que a base dels coneixements actuals trobem molt petita excepcional proporció de tuberculosi hereditària, de lesions bacillars del fetus o del nou-nat.

Es sabut també que la malaltia tuberculosa en els primers temps de la vida, dóna lloc a generalització de la mateixa, quan menys en les dues terceres parts dels casos. Coneguda és així ma-

teix la relativa freq ncia de localitzacions men ngies, etc.; volem, amb això, fer present que dels casos en què la malaltia és inoculada en època primerenca en els infants, no és probable que es fixi en els genitals, i quan ho fa no s'atura i  s motiu de lesions complexes en òrgans abd mino-p lvics i en la serosa peritoneal.

La iniciació tuberculosa genital ocorre en la nena preferentment amb certesa. Oh! quina benaurada comoditat la del metge mera, però més enllà dels dos o tres primers anys de la vida i molt lluny encara de què l'infant es trobi en època puberal, sense negar la possibilitat de què el fet sigui més tard  precisament en la pubertat o en començar el període sexual.

La malaltia no comença en tots els casos de la mateixa manera. En la major part ve anunciada per un *episodi patològic* m s o menys *febril i a arat s*, en els altres es *sorna uera*, sense que se'n tingui esment d'haver-se iniciat. En el darrer cas es tracta de criatures malaltisses, mal nodrides, de funcions digestives alterades i també ocorre que la localització tuberculosa s'estableix a seguit d'una malaltia de les corrents en la infantesa i va minant a la pacient en  o que apart com carga i trebancosa convalescència.

En la majoria dels casos hem dit que hi ha un *episodi patològic* inicial; ens referim a una mena de *malaltia febril* amb més o menys cargada convalescència i que costa a la malalta de restablir, quina etiologia, quin diagnòstic no queden establerts en cap moment amb certesa. Oh! quina benaurada comoditat la del metge que assisteix i cura! una gastriqueta m s o menys freda, una tifoidea m s o menys borda, una grip indeterminada, una infecció de ventre, una apendicitis de segona categoria o una malaltia de budells. No s'ha sabut com ha començat, no s'ha entès quin és el procés patològic, no s'ha vist clar quan es va acabar, si queda reacció t rmica de poques dècimes, una ebr cula o febreja m s o menys persistent o irregular no se'n fa cas, es recreen reforçants i si la pacient s'empeny en no reforçar-se se li aconsella un canvi d'aires.

La noia no s'ha mort, l'episodi patològic sembla exhaurit i s'oblida, però la tuberculosi genital que el produí ha fet el seu fet. Les conseqüencies solen ésser les següents: a) Lesions extenses tuboov riques que determinen l'anul aci  funcional dels esmenats òrgans, anatòmicament desapareixen gairebé dins d'un magma fibrós, són casos greus afortunadament poc freqüents. b) En

la majoria de casos la malaltia queda en latència, amb possibilitat de qu  tard o d'hora faci un altre episodi: c) Extensió del procés fent-se una pelviperitonitis tuberculosa, un abs s pelvià o una peritonitis generalitzada.

El nombre de casos que hem observat de les tres categories exposades ens permet fer aquestes afirmacions i de la contingència b) que hem posat com a la m s freqüent no li costar  gaire tenir-ne l'evidència a qui estudi  els fets clínics que hem exposat i els que hi afegim en aquesta comunicació.

II

Recordint-se les dades ben concloents dels tisi legs respecte de la tuberculosi latent en l'organisme humà, tal com avui es coneix la q estiu; tingui's esment de les manifestacions nasals, oculars, cutànies i ganglionars que en el transcurs de la vida de l'infant demostrin a bastament la persistència en ell de la malaltia o de la causa tuberculosa; afegeixi's la freqüència de produccions linfoides del nasofarinx i d'adenopaties traqueobronquials; doncs bé, poques vegades fan falta en la història ben formada dels casos en què més tard establim el diagnòstic de tuberculosi genital. Afavorint la persistència de la malaltia en l'organisme i la seva intensificació en la nena, trobem el raquitisme, les malalties de la infantesa, la mateixa grip, l'avitaminosi i totes les conseqüències de l'alletament artificial d'una puericultura deficient, a m s de l'herència limfàtica i la lu tica.

Amb la freqüència extraordinària del contagi, tots els indicats factors ajuden a què l'organisme claudiqui a l'escomesa de l'agent causal i facin possible la localització genital que més tard trobem ben establerta.

La fixació i evolució de la tuberculosi en els genitals de la prepúber, és un fet del que ha de constar convèncer. Per aix  estimem útils les següents raons:

I.^a Es un *prejudici* considerar l'aparell genital com un compost d'òrgans rudimentaris en tot el temps anterior a la pubertat. Precisament són òrgans de treball actiu des dels primers temps de la seva formació embrionària. Ja en la vida fetal existeix el que s'ha anomenat *destrucció incessant dels òvuls*; més tard hi

ha que fixar-se en què la constitució anatòmica genital de la púber és un fet avantpuberal, tant l'ovari com la trompa adquireixen relativament notable desenvolupament abans d'acabar-se la infantesa. A més l'òrgan ovàric exerceix una tasca complexa i doble: per una part, preparar tots els elements necessaris per la propera i periòdica ovulació, per l'altra, a més de regir tota la morfogènia dels òrgans genitals i també els mamaris, establir en l'organisme tots els atributs sexuals. Quant als fets anatòmics pot recordar-se que el pes de l'ovari als cinc o sis anys és cinc o sis vegades major que en la naixença, quan des d'aleshores fins a la pubertat solament hi ha ovaris en la segona infantesa que tenen la longitud de l'òrgan adult. També la trompa s'allarga i desplega en la nena seguint l'evolució de l'esquelet pelvià. No es pot, doncs, passar per alt aquest fet del valor anatòmic i funcional dels genitals interns en època anterior a la pubertat.

2.^a Existeix un fet clínic molt interessant tant com innegable; la tuberculosi genital, àdhuc en el període sexual de la vida, és molt més freqüent en la dona que en l'home, almenys amb caràcter semblant; els mateixos motius d'això existeixen abans que després de la pubertat.

3.^a Les manifestacions anatòmiques tuberculosos que toquem en casos vistos després de la pubertat, gairebé totes són de molt temps abans, l'exploració ho demostra per quant el seguit d'adherències, retraccions lligamentoses, infiltracions fibroses no s'han fet en dies, ni setmanes; per altra part, *sobta* que una pacient amb tanta lesió no acusi estat actual de malaltia i ens diu que fa temps, fou malalta i l'interrogatori ben portat aviat demostra l'*episodi* patològic de què havem parlat, la malaltia indeterminada que en els primers anys de la vida, més freqüentment en la segona infantesa, va establir un canvi, una pertorbació intensa de què la malalta va refer-se, però no va curar. Hem dit amb tota intenció un *canvi* i no malaltia, perquè en molts casos, en especial aquells d'iniciació sornaguera es fa un canvi apart de beneficiació de l'organisme, la nena que era prima i desmenjada, s'engreixa, en ocasions massa i tot, i sembla tota una altra, més tard es veurà el que haurà passat en els genitals, malgrat el canvi i l'aspecte florit de la pacient.

Hem parlat de preferències genitals femenines de la tuberculosi i creiem important indicar la influència notable en aquest fet

de l'excitació sexual física o imaginativa. Les impressions referents a la sexualitat que arriben a la sensibilitat més afinada, més atenta i desperta en la noia que en el noi, tenen influència en l'àrea dels genitals interns.

La noia té per tot el sexual major receptivitat i per altra part, hem vist també massa sovint l'existència de pràctiques d'onanisme en casos de tuberculosi genital femenina per a deixar de donar importància a tal factor, que no sols pot ésser motiu que ho afavoreixi, és també circumstància que influeix en el curs de l'afecció i àdhuc dificulta el seu tractament.

III

Es molt possible que totes les raons exposades topin amb una objecció que de primer antuvi pot semblar important. Si la tuberculosi genital femenina és tan freqüent, perquè no se'n tenen demostracions objectives abundats?

L'objecció queda esvaïda sols considerant el curs clínic, l'evolució de la malaltia i el caràcter de les mateixes lesions tuberculosos genitals. Per millor comprensió sintetitzarem la nostra exposició en forma de conclusions.

1.^a El nombre de casos fortament greus, que ocasionen grosses complicacions i arriben a causar la mort, són pocs. La gravetat intensa no sol dependre de l'evolució del procés en trompa, ovari o matriu, sinó de l'extensió del mateix als òrgans veïns, al teixit cel·lular de la pelvis, a la serosa peritoneal, o el cas es fa greu per generalització secundària de la malaltia o invasió aguda pulmonar.

2.^a En les autòpsies de malalties no tuberculosos, o de tuberculosi no genital, no solen consignar-se existència de lesions genitals tuberculosos, tot el més s'indica que s'ha trobat una trompa dura o supurada, un ovari enganxat a la pelvis i més o menys quístic o existència de grans adherències dels budells amb els òrgans pel·vikans. Realment és així, doncs, que l'anatomia patològica de la tuberculosi genital és minsa i usualment lesions de poc volum.

3.^a L'existència de lesions tuberculosos quan s'obra l'abdomen per dita o altra indicació (molt freqüentment per apendicitis més o menys veritable, també per retroversió uterina) parla el cirurgià que no és ginecòleg d'*adherències*, de *trompes enganxades*, petits *quistos ovàrics* i s'abstenen de tocar-ho o treuen el que troben

menys difícil d'extirpar, i no sospiten que pugui tractar-se de tuberculosi genital i, si ho sospiten, no procuren d'aclarir tal naturalesa de la lesió observada.

4.^a El curs de l'acció genital tuberculosa és insidiós, apart dels períodes d'agudeses o rebrot subagut, i existeix més percussió en l'estat general que no pas *loco dolenti*; àdhuc en els casos d'ésser l'afecció dolorosa el dolor pot no ésser precisament en la regió anxial, en ocasions és en l'anex oposat (per això jo l'he anomenat *dolor paradògic*) o s'irradia a la regió lumbo sacra, etc. En moltes ocasions s'hi afegeixen emmascarant la causa veritable els trastorns deguts a la *retrolateroversió uterina* que entenem vinculada a l'evolució de la malaltia de què tractem. També en molts casos es produeix una colitis secundària o concomitant que fa considerar la pacient com a malalta de l'aparell digestiu.

El períodes d'agudització són de tard en tard i semblen deslligats, per tant, un de l'altre, entremig el curs de l'afecció és *mansoi*, pot així arribar-se a l'època puberal, la pubertat és més o menys influïda i, si no és cas important que en tal temps doni força trastorns o estableixi una menarquia accidentada, serà més accidentada, serà més tard quan s'agreuja amb els primers coits o encara més tard després d'una gestació interrompuda.

5.^a L'evolució de la tuberculosi genital prepuberal àdhuc tendint a la curació, és causa d'important repercussió en l'anatomia i la fisiologia genital, senyalem especialment: infantilisme de genitals, interns i també externs, retrolaterodesviació uterina, adherència dels anexes a la pelvis, amenorrea o menorràgies perllongades i tota mena de pertorbacions menstruals, afrodísia, dispaurènia i esterilitat. Quan el clínic es troba amb els fets que diem fa un diagnòstic del que és aparent, procura corregir les alteracions anatòmiques, tracta els símptomes, especialment els desordres de la menarquia i es basteix una explicació patogenètica del cas més o menys raonable, però que poques vegades és la veritable.

6.^a Quan es fa un diagnòstic d'una *anexitis* en l'edat adulta, hauria de catalogar-se de quina mena d'anexitis es tracta. Es sabuda la patogènia de l'afecció, serà gonocòccica, flogística sifilitica, pot ésser també tuberculosa. En tots els casos, si hom busca la filiació del procés i recerca l'origen, es trobarà una invasió gonocòccica genital, una infecció pueperal o *post abortum*, una malaltia sèptica, una sífilis. Quan no hi ha res en genitals externs, ni en ma-

triu, ni en l'aparell urinari, quan no hi ha sífilis, quan encara hi ha himen, quan no s'ha sofert després de la pubertat cap malaltia infectiva, de què vénen aquestes lesions d'un o dels dos anexos i quines lesions! que sembla algunes vegades com si haguessin abocat ciment a la pelvis, què seran?

Tinc molt d'interès en recollir i en extractar unes dades publicades enguany per Constantí Daniel ("La tuberculose génitale de la femme". París, S. Doni, 1932), que reforcen els meus arguments:

a) De 167 lesions extirpades per acte quirúrgic per Labbé se'n demostraren 31 tuberculosos per examen anatomopatològic.

b) Segons les publicacions modernes, les xifres varien de 5 a 33 per cent de la totalitat de les salpingitis. Aquesta diferència es deu a què uns fan el diagnòstic clínic i altres l'anatomopatològic.

c) Respecte de la tuberculosi uterina Keogh del John Hopkins afirma "gran part de metritis banals no són altra cosa que de tuberculosi uterina encara que clínicament no ho semblessin".

d) Per Williams 75 per 100 de les tuberculosis genitals solament es queden demostrades per l'examen histològic, si el resultat no és positiu s'han de fer encara inoculacions i també cultius en agar sang glicerinat o bé serodiagnòstic, citodiagnòstic i injeccions de tuberculina.

e) Daniel, escriu: "Quan en una verge es manifesta una lesió inflamatòria dels anexos, sobretot si té antecedents tuberculosos, és probable que l'esmentada lesió sigui fímica."

IV

A tot el dit volem encara afegir-hi més comprovants, una prova ben senzilla és la història clínica del cas completada encara per la comprovació terapèutica.

Cal bastir amb tota cura la *història clínica*, i serà d'una lògica convincent. Hi trobarem, si es procedeix d'una manera acurada i minuciosa, els *antecedents*, amb freqüència el focus familiar, les manifestacions personals en la infantesa, l'*episodi patològic indefinit*, la repercussió en l'evolució orgànica, el seguici linfòide i ganglionar, el *curs actual* de la pacient que té o ha passat molt recentment una malaltia febril (altre episodi) o que presenta símptomes generals o digestius de patogènia fosca, adinàmia, emmagriment, febrícula (jo vaig escriure d'aquest assumpte a "Ars mèdica" de

Barcelona, amb el títol “El problema bacillar anxial” per secundar a Marañón que havia fet uns discursos i després va fer un llibre sobre “El problema de la febrícula”). Les *lesions* apreciables per *tacte rectal* (recordi's que parlem del cas prepuberal o en la pubertat) que són prou demostratives: úter fix, soldat a un anex o a la paret pèlvica posterior, un anex gros o nuós, dur, relativament poc dolorós, infiltració i retracció de lligament ampla, o de tot el teixit cel·lular pelvià. La *comprovació* per la *terapèutica*, o sigui els resultats que s'obtenen amb un tractament ben dirigit en pocs mesos, després d'anys de durada de l'afecció, el millorament general —cosa ben visible—com en quant a les lesions que si s'arriba a temps retrograden, i si és un cas avançat es produeix una afecció fibrosa perifocal que ofega el focus.

Pot constituir una *contraprova* de la tuberculosi genital prepuberal no diagnosticada la apreciació de les conseqüències que en deriven en arribar el període sexual: menarquia prematura o accidentada, menorràgies i metrorràgies, pubertat retardada seguida de períodes d'amenorrea, retroversió més o menys adherida, anafrodísia especialment pel coit normal, i esterilitat, això quan no s'estenen i compliquen lesions requerint treballoses exeresis greus o el procés covat en genitals s'escampa generalitzant-se. També cal dir la difícil curació espontània dels casos, l'estat de latència persistent que pot durar tota la vida.

De tot l'esmentat em limito a extractar unes petites conclusions d'aplicació a la pràctica corrent:

Primera. En tot cas de malaltia aguda o subaguda de la nena o de la noia, àdhuc lluny encara de l'època puberal, sempre que el diagnòstic i el curs clínic no quedin a bastament esclarits, el metge ha de pensar en la possibilitat d'una malaltia tuberculosa genital.

Segona. Quan l'organisme infantil femení es trobi en un estat no ben fisiològic i s'observi febreta no trobant justificació de fet patològic que ho motiví, es tractarà d'una lesió rectal combinat amb palpació, obtenint que el dit arribi a la regió anxial i per això cal que passi més amunt de l'ampolla rectal, i

Tercera. Igual conducta s'ha de seguir en els casos de menarquia prematura, especialment quan subsegueixen retards menstruals o menorràgies. D'una terapèutica encertada i en bon moment, depenen, sinó la vida, la salut i, sobretot, l'esdevenidor sexual de la malalta.