

UN CAZ DE TUBERCULOZA CONGENITALA

M. Deutsch, I. Micu

Problema tuberculozei ereditare e și astăzi mult discutată. Cazurile certe observate pînă în prezent sînt puțin numeroase, fapt care ne-a determinat să comunicăm cazul nostru.

Copilul F. P. în vîrsta de 19 zile din Tarna Mare, raionul Oaș, este internat în serviciul de pediatrie Satu Mare la data de 21. IX. 1954, pentru precizarea diagnosticului. (Diagnostic de gardă gripă, bronhiopneumonie.) E vorba de un nou născut la termen, cu greutatea la naștere de 2650 gr., alimentat exclusiv la sin, la intervale regulate pînă în momentul internării, vaccinat B.C.G. la 8 zile.

În antecedentele eredo-colaterale reținem că o soră a tatălui a decedat după un an de la data nașterii, în urma unei tbc. pulmonare, însă nu a coabitat cu familia copilului. Boala pentru care s-a internat debutează cu 3 zile înainte de internare. Ni se spune că debutul a fost brusc cu temperatură, inapetență scădere în greutate, tulburări digestive, manifestate prin scaune diareice de culoare verde-brună.

În momentul internării, avem un copil predistrofic cu o greutate de 2500 gr. Tegumentele și mucoasele palide, cu cianoză periorală, pe tegumente se mai remarcă prezența a două abcese subcutane și a soorului în cavitatea bucală. Sistemul ganglionar prezintă axilar în dreapta doi ganglioni de mărimea unor boabe de mazăre. La examenul aparatului respirator, relații normale, cardiac nimic patologic, ficatul și splina în limite normale. La examinările efectuate în primele zile obținem următoarele: rad. pulm. ne arată prezența unor umbre nodulare micro-și macronodulare de intensitate subcostală, cu limite șterse, diseminate în ambele cîmpuri pulmonare de la virfuri spre baze. În restul parenchimului pulmonar se observă o hipertransparență a parenchimului sănătos. Radiografia nu s-a putut efectua. Prin puncția lombară executată în a 6-a zi de inter-

nare obținem un Pandy pozitiv, elemente $\frac{4}{3}$, restul examinărilor din lichidul cefalo rahidian nu s-au efectuat, obținându-se o cantitate insuficientă. Reacția la tuberculină a fost neg. în diluția 1/10.000. Tabloul sanguin a arătat următoarele: hematii 3.910.000 75% hemoglobina, 0,9 valoare globulară, leucocite 20.600.

Pe baza rad. pulmonare tipice se pune diagnosticul de granulie, începându-se tratamentul specific din momentul internării cu streptomycină și cu hidrazidă. În urma tratamentului, copilul continuă să fie somnolent, se mențin tulburările digestive, scade mult în greutate până la 2100 gr., febra care prezenta un caracter neregulat, scade în liză până la afebrilitate, inapetența se menține tot timpul, iar în a 7-a zi de la internare apar raluri crepitante însoțite de prezența sindromului de dispnee și sucomba la data de 14 octombrie, în vîrsta de 6 săptămîni și după 26 zile de tratament masiv cu antibiotice.

La ex. anatomo-patologic efectuat la data de 15. X. 1954 (Bul. 357/160) se constată următoarele: La inspecția pulmonului se observă prezența unor noduli reliefați de culoare galbenă, de mărimea unor boabe de mei, iar la secțiunea pulmonului se constată aceiași noduli de culoare albă-gălbuie, aceste granulații fiind împrăștiate uniform în ambii pulmoni. La secțiunea pulmonului nu s-a putut constata prezența unui complex primar. Ficatul și splina prezintă și ele atît la suprafață cit și la secțiuni aceiași noduli albi-gălbui, de mărimea bobului de mei. Macroscopic nu s-a putut pune în evidență nici la nivelul aparatului digestiv prezența unui complex primar. Examele histopatologice și de laborator nu s-au efectuat întrucît examenul macroscopic a fost absolut caracteristic.

În fața acestor fapte, noi am considerat că a fost vorba de o infecție congenitală depistării focarului infectant. La rad. efectuată părinților nu am găsit însă decît o pahipleurită consolidată la tată, iar la mamă care se spune că era sănătoasă în momentul internării radioscopic nu s-au putut observa leziuni bacilate. De asemenea nici la persoanele coabitante nu s-a putut depista prezența tuberculozei.

La 8 zile după internare, mama copilului acuză febră, dureri abdominale, tuse și este internată de medicul de gardă la serviciul de boli contagioase cu dg. de salmoneloză, unde infirmîndu-se diagnosticul de febră tifoidă și în urma consultului cu ftiziologul și pediatrul, se efectuează o rad. pulmonară, care pune în evidență o granulie, însoțită de adenopatie hilară bilaterală în resorbție. Examele de spută la mamă, în repetate rînduri, atît directe cit și prin metoda flotației, au rămas negative.

În fața acestor fapte, noi am considerat că a fost vorba de o infecție congenitală pe cale transplacentară bazîndu-ne pe următoarele criterii:

1. Apariția rapidă, precoce la 14 zile după naștere a granuliei la un copil născut la termen, însă suponderal, cu leziuni anatomo-radiologice constatate radioscopic, tipice de granulie.

2. Absența alectului primar, pulmonar sau digestiv atît radioscopic cit și anatomo-patologic, care exclude posibilitatea unei infecții primare post-partum pe cale respiratorie sau în timpul nașterii, fie prin ingerarea fie prin aspirarea lichidului amniotic infectant.

3. Lipsa unui focar infectant bacilifer în mediul ambiant al copilului, confirmate prin controlul tuturor coabitărilor.

4. Forma de boală analogă a mamei și copilului împreună cu negativitatea permanentă a sputei mamei, care exclude posibilitatea de infecție post-partum.

5. Leziunile anatomo-patologice ale copilului de tip granulic difuz, amintite de Dufourt, interesînd toate organele, instalate precoce și care au dat o evoluție rapidă care nu poate fi explicată printr-o infecție post-partum.

6. Negativitatea I. D. R.-ului, în momentul constituirii leziunilor anatomo-radiologice, contribuie și ea la excluderea unei infecții post-partum.

7. Gravitatea acestui caz în ciuda tratamentului masiv cu antibiotice și depistarea relativ precoce dovedesc încă o dată calea congenitală a infecției.

În urma acestor considerente, socotînd că infecția copilului s-a produs încă în timpul vieții intrauterine foarte probabil în ultimele luni de sarcină, faptul

n-a împiedicat ducerea la termen a sarcinii. Pare verosimil că infecția s-a produs transplacentar dacă ținem seama atât de argumentele susamintite, cât și de considerentul că granulia mamei s-a instalat în a 4-a săptămână de la naștere fiind precedată de o fază bacilemică probabil în ultima lună de sarcină, fapt demonstrat și prin persistența adenopatiei, evoluția la început fiind larvată, torpidă și ulterior accelerată de sarcină și traumatism în naștere, granulia devenind tipică.

Sosit la redacție: 21 septembrie 1956.