

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 6 (1950)

Heft: [1]: Giornate mediche italo-svizzere = Journées médicales italo-suissees = Italienisch-schweizerische medizinische Tagung

Artikel: La tubercolosie dei genitali femminili

Autor: Voza, Francesco

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-309024>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Clinica Ostetrico-Ginecologica della Università di Cagliari
Direttore: Prof. *Francesco Vozza*

La tubercolosi dei genitali femminili

Francesco Vozza

La vastità dell'argomento e per converso la brevità del tempo a disposizione obbliga a toccare soltanto i punti più importanti della questione e, soprattutto, quelli tra essi che hanno un riferimento nella nostra personale esperienza.

Frequenza. Come è noto la frequenza della tubercolosi genitale varia a secondo delle direttive che si pongono a base dell'indagine statistica: frequenza rispetto al numero delle ricoverate ginecologiche; rispetto al numero delle pazienti operate; rispetto ai casi sottoposti all'indagine autoptica.

E' chiaro che la frequenza della tubercolosi genitale è sempre superiore a quella che può risultare in base ad una qualunque delle direttive suindicate.

In linea generale la direttiva più seguita nel campo clinico è sempre quella che riporta la frequenza al numero delle ricoverate ginecologiche. Nelle cliniche italiane la frequenza desunta in base a tale criterio oscillava in passato tra il 2 ed il 3% ed in complesso s'identificava con quella segnalata dagli autori stranieri, che si sono occupati dell'argomento.

In questi ultimi tempi, pressochè da ogni parte, viene segnalato un aumento di tale frequenza, ed in misura così rilevante che dai più si pensa che essa non possa essere messa del tutto in rapporto con un maggiore affinamento della diagnosi o con un più largo impiego dei mezzi di ricerca rivolti a chiarire la reale natura dei processi infiammatori genitali. Tale segnalazione dell'aumentata frequenza della localizzazione genitale della tubercolosi, anche se più spiccata nei paesi che più ebbero a soffrire dalle condizioni create dalla guerra, sembra di ordine pressochè universale e probabilmente da mettersi in rapporto con un aumento della tubercolosi nel suo insieme e, forse, con una maggiore malignità assunta dal suo decorso in conseguenza delle condizioni create dalla guerra.

Per quanto concerne il mio attuale posto d'osservazione, un tale aumento è così evidente da non lasciare adito a dubbi. Nella Clinica di

Cagliari la frequenza della tubercolosi genitale è stata sempre molto elevata, tanto che il fatto ha richiamato l'attenzione di molti dei colleghi che mi hanno preceduto nella direzione dell'Istituto. Ora, mentre nel decennio 1923-1933 le pazienti affette da tbc. genitale figuravano con una frequenza media di poco superiore al 4% rispetto al totale delle ricoverate, nell'ultimo decennio 1938-1948 essa si è quasi raddoppiata, raggiungendo il 7,9% e, quel che più conta, nelle ultime 1500 laparotomizzate nel 9,2%, si sono rilevate note deponenti per una localizzazione in atto o pregressa del bacillo di Koch nelle vie genitali.

Se poi si tiene conto che il sempre più largo impiego degli antibiotici (penicillina, sulfamidici) ha ridotto, e tutto lascia presumere che lo ridurrà ulteriormente, il numero delle forme gonococciche e puerperali, risulta chiaro che, oggi più di ieri, e, domani più di oggi, il clinico dovrà prendere in sempre maggiore considerazione la eventuale natura bacillare di ogni forma infiammatoria genitale, che occorre alla sua osservazione. Quando poi si considera che nella stragrande maggioranza dei casi di tubercolosi genitale si tratta di pazienti molto giovani (nel nostro materiale oltre il 50% al disotto dei 30 anni) e, dall'altro, si tien presente l'opera veramente devastatrice che il bacillo di Koch esercita nelle vie genitali, si comprende come il problema da importanza clinica assurge ad importanza sociale, così da reclamare l'entrata in azione di tutti i mezzi di profilassi e di cura, idonei a prevenire e a combattere questo punto raro e punto trascurabile localizzazione del bacillo di Koch.

Patogenesi. Circa le modalità che regolano la infezione dell'apparato genitale da parte del bacillo di Koch e la sua ulteriore diffusione esse possono essere riassunte in poche proposizioni:

1° Nella pressochè totalità dei casi si tratta di un'autoinfezione, che prende il suo punto di partenza da un'altro focolaio esistente nello stesso organismo. Da una statistica di *Brocq, Moulounghet e Gibert*, riflettenti il materiale di *Spaeth, Simmonds, Reclus* ed altri, su 434 casi di tbc. genitale controllate all'autopsia, solo in 45 (9,4%) la localizzazione genitale appariva isolata, mentre nei restanti esistevano altre localizzazioni nell'organismo. Bisogna tener presente che tubercolosi isolata non significa tubercolosi primaria, in quanto il focolaio primitivo può non essere stato reperito o perchè troppo piccolo o perchè passato a guarigione.

La etero-infezione primaria ascendente, se non può essere negata in via assoluta, deve essere così rara se *Veit* nel Congresso internazionale di Roma del 1902 affermava che ammontavano a non più di 15 i casi di tubercolosi genitale esistenti nella letteratura mondiale, in cui si poteva parlare con un certo fondamento della loro derivazione da un etero-infezione primaria. Più recentemente (1921) *Pestalozza* affermava che

non vi era nella letteratura un solo caso che presentasse i requisiti sufficienti a farlo considerare tale.

2° Quando l'autoinfezione è limitata al solo apparato genitale, il bacillo di Koch vi giunge per via ematica. Nei casi, invece, di tubercolosi associata genito-peritoneale, l'infezione segue, nella maggior parte dei casi, la via discendente, nel senso che il primo ad essere infettato per via ematica è il peritoneo, e di quì il bacillo di Koch raggiunge l'apparato genitale o per continuità, o per via linfatica, o più raramente, per la stessa via ematica. Non si può negare tuttavia l'esistenza di casi, in cui il primo ad essere infettato per via sanguigna è l'apparato genitale e, di quì, per via ascendente, l'agente specifico può giungere al peritoneo.

3° La sezione del tratto genitale primitivamente colpita è, il più spesso, la tuba e, di quì, il processo procede a tappe per via discendente nelle restanti sezioni. E' possibile, tuttavia, anche constatare in alcuni casi una diffusione ascendente del processo, quando la prima localizzazione bacillare ha avuto luogo nella parte più bassa del tratto genitale. Del pari ammissibile è la ulteriore disseminazione dei bacilli attraverso le vie linfatiche, dopo che essi inizialmente siano giunti, per via ematica, in una qualunque sezione del tratto genitale.

Cause che possono favorire la localizzazione genitale della tbc. Dobbiamo subito fare rilevare come i processi morbosi più svariati, qualunque sia la loro sede, possono influenzare, sia direttamente il focolaio tubercolare attivandolo, sia indirettamente abbassando i poteri di resistenza dell'organismo, per cui in definitiva può aversi la diffusione dell'infezione specifica in altre sedi e, quindi, anche agli organi genitali.

Entrare minutamente nella discussione di queste cause significherebbe far passare tutta la patologia, senza dire nulla che non sia stato già detto e che non possa essere facilmente intuibile.

Ci soffermeremo soltanto sul gruppo di cause che hanno il loro punto di partenza dalla sfera genitale. Esse sono quelle che interessano di più, in quanto la loro influenza può esercitarsi, sia abbassando la resistenza generale, facendo così assumere un andamento evolutivo ad una forma fino ad allora circoscritta e torpida e, sia, favorendo la localizzazione nella sfera genitale. La loro importanza è resa evidente dal fatto che la tubercolosi genitale è nella maggioranza dei casi una malattia, che si inizia o, anche se precedentemente acquisita, si rende clinicamente manifesta nel periodo dell'attività sessuale della donna.

Ora, che la *pubertà* possa agire in questo modo lo dimostra il fatto che, in tale periodo, veramente critico della vita femminile, pressochè tutti gli organi in genere sono chiamati ad esplicare un'attività quanto mai intensa, ed, in modo particolare, l'apparato genitale femminile, dove si

verificano modificazioni profonde e definitive. L'intensa congestione utero-ovarica, con la sua iperemia passiva, crea in questo periodo, poi, condizioni che possono richiamare in tale sede il bacillo di Koch. Ma la pubertà può agire, non solo favorendo la primitiva localizzazione del processo, ma anche attivandone una preesistente. E' merito soprattutto degli autori italiani (*Namias, Calza, Bianco, Pestalozza, Alfieri, Ferroni, Resinelli, Merletti, Truffi, Gaifami*, ecc.) d'aver richiamato l'attenzione su questo punto, dimostrando, anzi, come la tubercolosi in tale periodo determini a carico della sfera sessuale le conseguenze fra le più gravi, e, che possono andare dalla semplice ipoplasia uterina all'atresia della cavità con o senza piometra.

Ma non è solo il momento in cui si stabilisce la funzione mestruale ma anche il semplice susseguirsi di essa, attraverso il processo di iperemia passiva che vi ingenera, può esercitare un'azione funesta ai fini della diffusione e della riattivazione di un processo specifico. E' noto, infatti, come nel periodo premestruale e mestruale si renda assai spesso manifesta una tubercolosi latente e si aggravi la sintomatologia delle forme già manifeste.

Queste periodiche poussées evolutive sono facilitate dal fatto che in tale particolare momento della vita sessuale femminile i poteri di difesa dell'organismo sono affievoliti. Pertanto la congestione periodica mestruale crea, oltre alla possibilità di un aggravamento, anche le condizioni per la diffusione di un processo tubercolare esistente in altra sede: e, una volta che i bacilli siano entrati in circolo, è resa possibile anche la loro localizzazione nelle vie genitali.

Accade non del tutto eccezionalmente di dover constatare l'influenza quanto mai dannosa che sull'andamento di una tubercolosi genitale possono esercitare i traumatismi. Sono soprattutto i piccoli interventi ginecologici vaginali (dilatazione, discissione), applicati incautamente allo scopo di rimuovere la sterilità, in casi, in cui il rapporto di essa con una tubercolosi latente non era stato messo in luce, quelli che talora sono seguiti dall'insorgenza di spinte evolutive, qualche volta minacciose per la stessa vita delle pazienti.

Da alcuni autori francesi (*Grimault, Sauvé, Moulounghet*, ecc.) è stata messa in luce l'influenza nefasta che in casi di tubercolosi latente genitale qualche volta possono esercitare i rapporti sessuali. Sotto questo punto di vista sarebbero particolarmente sospette le forme infiammatorie acute, che, nell'assenza di ogni causa, insorgono subito dopo il matrimonio in donne che hanno gentilizio ed anamnesi personale tarati per la tubercolosi e presentano il reperto di una ipoplasia genitale. Casi del genere ne abbiamo osservati anche noi: essi vengono considerati erroneamente

all'inizio come di origine gonococcica e solo col tempo è possibile riportarli alla loro vera natura.

Anatomia patologica. Per brevità di tempo ci limitiamo a ricordare alcune forme meno note.

La *forma papillare* della tbc. salpingea descritta per la prima volta dal nostro *Gaifami* e successivamente confermata nei dettagli da *Fränkel*, *Montanelli*, *Ferroni*, *Cappellani* e da altri. Essa è caratterizzata dalla presenza nel lume tubarico, ed in modo particolare nelle vicinanze del padiglione, di papille, talora così vegetanti da assumere l'aspetto di una neoplasia maligna, cosichè solo l'esame istologico può renderne possibile la diagnosi differenziale.

E' noto come le trombe in preda ad un processo infettivo abbiano la tendenza ad aderire con i padiglioni tra loro ed è naturale che questo debba avvenire più facilmente nei processi ad andamento cronico e, quindi, particolarmente nelle forme tubercolari. Spetta agli studiosi italiani (*Cora*, *Gaifami*, *Vercesi*, *Ferroni*, *Alfieri*, *Dellepiane*, *Merletti*, *Cappellani* ed altri) di aver analizzato tali forme nelle loro particolarità anatomo-cliniche.

Con l'*Alfieri* si possono distinguere due gruppi di casi. Un primo, in cui i due padiglioni combaciano e comunicano ampiamente tra loro (*piosalpinge bilaterale direttamente confluyente*) ed un secondo, in cui le due trombe vengono a comunicare tra loro attraverso l'interposizione di una cavità comune (*piosalpinge bilaterale indirettamente confluyente*).

Se poi i due padiglioni aderiscono solamente, senza comunicare fra loro, abbiamo il *piosalpinge adeso*; ed, infine, se tra le due estremità tubariche chiuse s'interpone una sacca abbiamo la forma di *piocele intertubarico*.

Sintomatologia. La sintomatologia della tubercolosi genitale, come del resto quella di numerose altre localizzazioni dovute al bacillo di Koch, oltre a non avere per il polimorfismo delle sue manifestazioni un andamento clinico caratteristico, decorre non di rado in maniera del tutto asintomatica. Occorre di frequente, infatti, al ginecologo di dover visitare delle pazienti che vengono a consultarlo per una sintomatologia vaga o, magari, per la sola amenorrea e sterilità, che a loro giudizio non trovano alcun punto di appoggio nelle loro condizioni generali e locali, pregresse o di stato, e, in cui, invece, col riscontro vaginale si riescono a mettere in luce lesioni, talora di tale rilievo, da lasciare presumere che non si siano potuti stabilire se non attraverso un lungo periodo di evoluzione della forma morbosa.

Ma, lasciando da parte queste forme a decorso asintomatico, sta di fatto che nè i sintomi generali (caratteri della febbre, sudorazione not-

turna, dimagrimento, stanchezza, malessere generale, ecc.) nè i sintomi locali (dolore, irregolarità mestruali, ipoplasia uterina, sterilità, leucorrea) nè i dati derivanti dal riscontro vaginale sono tali da permettere nella grande maggioranza dei casi di differenziarla da altre affezioni ginecologiche ed in particolar modo dalle forme infiammatorie ad andamento cronico, legate all'azione di altri microorganismi. Che, anzi, data la notevole maggiore frequenza di queste ultime di fronte alle prime (12-15%), è su di esse che viene richiamata inizialmente l'attenzione del curante. Ora appunto in questa scarsa tendenza del medico a pensare alla possibile origine bacillare di una infiammazione genitale è da trovarsi la ragione per cui tanto spesso esso passi misconosciuta. Il sospetto clinico, quindi, deve essere la base e il punto di partenza per la diagnosi e questo non deve arrestarsi alla diagnosi clinica ma estendersi anche a quella anatomico-patologica, in quantochè, anche per giungere a quest'ultima, occorre non di rado sussidiare l'osservazione macroscopica esauriente del pezzo con un'indagine istologica diligente ed accurata. Nel nostro materiale in $\frac{1}{3}$ dei casi la diagnosi di natura fu possibile farla solo in base all'esame istologico, in quella di *Moulounghet* nella metà dei casi e in quelli di *Williams* addirittura nei $\frac{2}{3}$.

Diagnosi. Premesso questo concetto, passiamo rapidamente in rassegna i dati più importanti attraverso i quali si può giungere alla diagnosi. Sorvoliamo sui dati derivanti dell'indagine condotta sul gentilizio e sull'anamnesi personale remota e prossima, nonchè su quelli derivanti dall'esame clinico generale accurato, in quanto troppo note per trovar posto in una rassegna così rapida.

In linea generale vanno considerate sempre fortemente sospette di natura tubercolare tutte quelle forme che evolvono in pazienti con integrità dell'imene, nonchè quelle forme infiammatorie, nelle quali, oltre ad essere negativi gli esami batteriologici, non è dato rilevare manifeste lesioni a carattere acuto o cronico a carico delle basse vie genitali.

Molti autori hanno dato importanza al fatto che nelle forme specifiche è dato di rilevare una più larga partecipazione del peritoneo pelvico al processo infiammatorio ed, in linea generale, un reperto obbiettivo più imponente di quello che non comportino e l'epoca dell'inizio della forma morbosa e l'entità delle sofferenze lamentate dalla paziente. Anche la scarsa influenza che la comune terapia esercita sulle forme specifiche, in contrapposto a quello che in generale è dato rilevare nelle forme legate all'attività di altri germi, è stato considerato elemento che deve indurre in sospetto sulla possibile natura bacillare del processo infiammatorio. Nello stesso dubbio devono indurre lo stabilirsi di fistole nella evoluzione di processi infiammatori genitali a lungo decorso, nonchè il rilievo di

lesioni bacillari a carico degli organi circostanti (tbc. delle vie urinarie, tbc. anorettale, ecc.).

Indubbiamente un sussidio di valore decisivo può venire dalle indagini di laboratorio. Non parliamo delle localizzazioni basse (vulva, vagina, collo dell'utero), in cui un esame bioptico acquista un valore decisivo. In passato *Kroenig*, *Cornill*, *Martin* ed altri avevano proposto nei casi sospetti il raschiamento diagnostico della cavità uterina, ma gli evidenti pericoli connessi a tale pratica avevano fatto cadere tale proposta. Recentemente la biopsia dell'endometrio, realizzata per aspirazione, è stata riproposta da *Laffont*, *Ezes*, *Bernard* e pare che essa non sia seguita da complicate. Che, anzi, sarebbe risultato (*Bedrine*) che l'endometrio partecipi assai più di quello che non fosse ritenuto in passato alla flogosi specifica annessiale.

Quale sia il sussidio che la celioscopia possa dare nella diagnostica delle forme tubercolari genitali noi non siamo in grado di poterlo dire.

Indubbiamente maggior valore hanno le indagini batteriologiche condotte sul liquido estratto mediante puntura esplorativa (*Wieloch*) da una raccolta annessiale saccata, quando si possa mettere in evidenza il bacillo di Koch, o direttamente con la coltura di esso e con l'esame del sedimento, ovvero, indirettamente, mediante la sua inoculazione in animali recettivi.

Da tener presente che nei casi dubbi un reperto batteriologico del tutto negativo (pus sterile) è un dato che depone in favore della natura bacillare di esso.

Valore di orientamento, nell'assenza di un reperto batteriologico positivo, hanno i dati ottenuti con l'esame del liquido estratto mediante puntura esplorativa, quando da esso risulti che si tratti di un essudato, tanto più se il sedimento è costituito prevalentemente da linfociti.

Bacialli, con ricerche sistematiche condotte con tutto il rigore tecnico necessario, ha dimostrato come la ricerca del bacillo di Koch nel sangue delle donne affette da tbc. genitale non apporti nessun sussidio diagnostico, in quantochè i risultati sono costantemente negativi.

Nè maggior valore per la diagnosi di tbc. genitale hanno tutto quel complesso d'indagini proposte per la tbc. in genere (sierodiagnosi di Calmette, di Besredka, di Wassermann; termoprecipitazione di Civalleri, reazione di Darany, sieroagglutinazione di Arloing e Courmont, urocromoreazione di Morz-Weiss, uroreazione di Wildbolz, ecc.). Forse unica eccezione può essere fatta per il rilievo della mancanza di una iperleucocitosi (*Dutzmann* e *Pankow*) in una forma infiammatoria febbrile, ed, ancora più, la presenza di una linfocitosi relativa può dare un discreto contributo di conferma ad una diagnosi, che aveva già un buon fonda-

mento clinico. Questo, secondo qualche autore, tanto più se la mancanza di una leucocitosi si accompagna ad un aumento della velocità di sedimentazione dei globuli rossi.

Ad un punto di mezzo fra la diagnosi clinica e quella operatoria vera e propria va messa la diagnosi mediante la laparotomia esplorativa.

Con la laparotomia esplorativa, sussidiata dalla biopsia, oltre a venir chiarito ogni dubbio, si può passare, quando le condizioni lo permettano, dalla fase diagnostica a quella curativa. Naturalmente, essendo connesso ad essa, sia pure un minimo di pericoli, questo mezzo deve essere impiegato solo quando il ginecologo abbia motivo di ritenere che dall'attesa possa venir pregiudizio alla salute, e peggio ancora, alla vita stessa della donna affidata alle sue cure.

Da quanto siamo venuti esponendo risulta come, fra i sussidi diagnostici incruenti, non uno sia decisivo e, fra i sintomi clinici, non uno sia probativo in modo assoluto.

Malgrado ciò, però, alla diagnosi di tbc. genitale si può, in una alta percentuale dei casi, giungere qualora da parte del clinico si tenga conto di tutto il corteo sintomatologico generale e locale, sussidiandolo con l'esame generale diligente ed accurato dell'ammalata e completandolo con quelle indagini di laboratorio, che, se condotte con la necessaria accuratezza, lo agevoleranno nel compito diagnostico, senza peraltro determinare conseguenze spiacevoli.

Tutto questo implica di necessità che l'attenzione del ginecologo sia rivolta a pensare a questa, che non è poi una forma morbosa così eccezionale, come si sarebbe indotti a credere dalla relativa rarità, con cui la sua diagnosi viene posta nella pratica.

Direttive terapeutiche. Per poter trarre i migliori risultati dai mezzi a nostra disposizione nella cura della tbc. genitale occorre che venga richiamata l'attenzione del curante sui seguenti punti essenziali:

1° Valutazione delle condizioni generali.

2° Ricerca dell'eventuale esistenza di altri focolai specifici nell'organismo, valutandone il loro grado di attività.

3° Rilievo anatomo-clinico il più preciso possibile delle alterazioni esistenti a carico dell'apparato genitale.

I mezzi a nostra disposizione nella cura della tbc. genitale sono: la terapia medicamentosa generale e locale, l'elioterapia naturale, possibilmente complementata dalla climatoterapia, la roentgenterapia e l'intervento operativo.

La terapia medica generale, come è evidente, non può avere che un valore indiretto, nel senso di influire sul focolaio genitale attraverso le modificazioni indotte nello stato generale. Ne consegue che se è un mezzo

adiuvante ottimo, anche perchè può creare le condizioni per l'entrata in causa di altri sussidi terapeutici più specificatamente indicati, tuttavia solo eccezionalmente può aver ragione da sola della forma morbosa. Pertanto, a secondo delle peculiarità del singolo caso e del momento in cui la paziente occorre all'osservazione, potrà essere chiamato in causa tutto il bagaglio terapeutico (calcio, ferro, arsenico, iodio, fosforo, vitamina D, ecc.), di cui si è solito servirsi per combattere la tubercolosi in genere nei vari stadi. Si ricorrerà, inoltre, per quello che tali mezzi possono dare alla chemioterapia, alla sieroterapia, alla vaccinoterapia, ed alla tuberculinoterapia.

Un cenno particolare meriterebbe di essere fatto circa l'impiego della streptomina, ma l'esperienza è finora così scarsa, e, per giunta così contraddittoria, da non essere ancora nelle condizioni di poter trarre dal suo uso deduzioni di una certa attendibilità.

Per quanto concerne la terapia locale si può dire che il suo impiego nella cura della tbc. genitale nelle sue localizzazioni alte non differisce nelle grandi linee da quella che comunemente si pratica nei casi in cui il processo infiammatorio è dovuto all'azione di altri microorganismi. Quindi, in un primo tempo, impiego di tutti i mezzi con cui siamo soliti combattere le forme annessiali acute, con l'unica differenza, nella risultante, che nelle forme specifiche la defervescenza procede con maggiore lentezza e solo raramente si riesce ad ottenere un'apiressia completa. Ed è appunto questo particolare comportamento delle forme specifiche, in contrapposto a ciò che, di solito, si ottiene nelle forme banali, quello che assai spesso fa sorgere il primo sospetto sulla vera natura del processo in esame.

Nelle forme croniche, in cui decorso e reperto obbiettivo ginecologico non si differenziano gran che da quello che è dato rilevare in un processo infiammatorio comune, trova impiego la cura solvente con tutte le sue disponibilità.

Elioterapia naturale ed artificiale – climatoterapia. Non v'ha dubbio che l'elioterapia naturale, specie se realizzata in un clima adatto, se sapientemente diretta e diligentemente perseguita, costituisce uno dei mezzi di cura più efficaci. Essa può essere impiegata sia isolatamente che preventivamente o complementariamente agli altri mezzi di cura. Anche se le forme di peritonite ascitica, precedute o meno dalla puntura evacuatrice o dalla laparotomia esplorativa, sembrano essere quelle che più si avvantaggiano dal suo impiego, tuttavia, si può dire che non vi è forma di tbc. genitale che non possa trarre da essa larghi e talora insperati e definitivi successi. Quanto, del resto, si possa ottenere dall'elioterapia naturale non è proprio il caso di soffermarsi qui, dove per merito soprattutto di

Rollier, di *Bernard* e di *Rochat*, ne sono state fissate le direttive e ne è stata codificata la tecnica.

Purtroppo le difficoltà di ordine economico, spesso insormontabili, si oppongono all'impiego dell'elioterapia naturale complementata dalla climatoterapia, che ne costituisce un elemento potenziatore di primaria importanza, per cui il più delle volte bisogna accontentarsi di quella che essa può dare in condizioni di ambiente non sempre adeguato.

Di gran lunga più modesti sono i risultati ottenuti con la *elioterapia artificiale*. E ciò per il fatto che, a determinare il successo di quella naturale, intervengono numerosi altri fattori, oltre quelli strettamente legati all'influenza benefica esercitata dai raggi solari, e costituiti dalla vita all'aria aperta in un clima adatto, dal riposo e dalla dieta corroborante, sotto una vigile e continua sorveglianza medica.

Roentgenterapia. Per quanto si debba a *Biséler* la prima introduzione della roentgenterapia nella cura della tbc. genitale, ed al di lui primo lavoro ne siano seguiti altri (*Ausset e Bernard, Wetterer*, ecc.), spetta indubbiamente ad uno svizzero, il *Bircher* (1907), di aver richiamato su di essa l'attenzione dei ginecologi.

Anche per nostra esperienza risulta che sono soprattutto le forme produttive, estese al peritoneo pelvico ed inglobanti gli organi circostanti, quelle che si avvantaggiano dall'azione dei raggi X, meno le forme colliquate caseose, per quanto anche in questi casi un cauto tentativo può essere fatto, realizzando talora anche risultati favorevoli. Sono proprio, cioè, quei casi, in cui l'intervento operativo è controindicato, in quanto gravato da una maggiore mortalità e, non di rado, accidentato da complicanze immediate e postume di non trascurabile importanza (disseminazione bacillare, shock postoperatorio, emorragie secondarie, occlusione intestinale precoce e tardiva, fistole, ecc.), quelli che si avvantaggiano dal suo impiego.

Circa la tecnica e la posologia della irradiazione, in questi ultimi anni si è andato realizzando un certo accordo. Tramontato il concetto di *Wintz*, che aveva creduto di poter fissare una cosiddetta dose della tubercolosi, corrispondente a mezza dose eritema, da somministrarsi in una sola seduta, oggi, invece, quasi tutti gli autori sono d'accordo sulla somministrazione di dosi deboli e spaziate (*Iselin, Heidenhein, Lang, Martius, Gauss, Uter, Schmitz, Weibel, Vogt, Mueller, Sessa, Bortini, Bolaffio, Giraudi*, ecc.).

La tecnica da noi abitualmente impiegata è stata quella della somministrazione di piccole dosi, spaziate a distanza di 6-8 giorni, in modo da somministrare in 3 sedute complessive una dose profonda utile di 220-240 R.

Questa linea di condotta noi la riteniamo di obbligo nei casi ad evoluzione rapida e, forse ancora di più, in quelli dove esistono larghe masse essudatizie (*Dellepiane*). In tali circostanze, infatti, irradiazioni protratte e troppo ravvicinate, attraverso il rapido assorbimento del materiale produttivo disintegrato, porterebbero ad influenzare dannosamente la resistenza generale, creando in definitiva le condizioni per una più rapida progressione del processo locale, per giungere, in qualche caso, fino al passaggio in circolo dei bacilli (*D'Aprile*). L'unica questione ancora aperta è se sia necessario giungere, attraverso deboli e successive irradiazioni, fino alla soppressione definitiva della funzione ovarica (*Braun, Vogt, Bolaffio, Wintz, Sluys, Gibert, Fleskamp, Wetterstrand, Merletti, Fraenkel, Gragert, van der Velde, ecc.*) ovvero se, come più recentemente si pensa, basti arrestarsi alla castrazione temporanea (*Guthmann, Martius, Pankow, Utler, Gauss, Lang, Stephan, Keller, Döderlein, Seitz, Hundek, Weibel, Wesseling, Bortini, Seitz, Gambarow, Müller, Möhler, Schmitz, Wagner, Jaschke, Kermauner, Schrönhof, ecc.*).

La soluzione di questo quesito terapeutico deriverà dalla peculiarità del singolo caso. In ogni modo nulla vieta di arrestarsi alla castrazione temporanea, salvo poi a trasformare questa in definitiva, qualora, alla ricomparsa della funzione mestruale, segua il riacutizzarsi o l'aggravarsi della forma morbosa.

In alcuni casi, però, la roentgencastrazione definitiva potrà essere consigliata di primo acchitto dalla età assai vicina alla menopausa delle pazienti, dalla coesistenza di fibromiomi uterini o, qualunque ne sia la causa, dal fatto che la forma morbosa si accompagna a perdite sanguigne particolarmente profuse (casi eccezionali), o che risulta, infine, essere stata la mestruazione in passato causa di manifesto peggioramento della sintomatologia, così subbiettiva come obbiettiva.

In linea inversa la roentgencastrazione temporanea va sempre tentata nei casi che evolvono in soggetti molto giovani.

Molto limitato, per giudizio concorde, è l'impiego che il radium trova nella cura della tbc. genitale, e ciò in quanto, per applicarlo con quelle cautele che questa forma morbosa richiede, occorrerebbero tali quantità di questo costoso prodotto, che non sono nelle possibilità comuni. D'altro canto l'applicazione endo-uterina del radium richiede, di necessità, la preventiva dilatazione del canale cervicale, con un traumatismo, quindi, tale da poter dar luogo a gravissime complicanze. Il caso di *Povlosky* di morte per bacilleemia, in seguito ad impiego del radium per curare una tubercolosi del corpo uterino forse non è unico, certamente ad esso ne seguirebbero molti altri se questo metodo fosse più largamente impiegato.

Per ragioni ovvie tale pericolo però non esiste per la tubercolosi del

collo, ed è appunto nella cura di questa localizzazione che il radium può essere impiegato. *Eymer* ha registrato con esso, infatti, tre successi nei tre casi trattati, *Takezy* due sui due casi trattati, e *Gal* due sui tre casi da lui osservati, in quanto che il terzo guarì spontaneamente.

Terapia chirurgica. Ma la terapia medica con tutte le sue possibilità non può e non deve fare passare in seconda linea quella chirurgica. Questa, infatti, limitata ai casi adatti e contenuta nei confini delle sue possibilità, resta uno dei mezzi di terapia più efficaci.

L'esperienza dimostra che essa riesce particolarmente utile nelle forme stabilizzate e raffreddate, strettamente localizzate all'apparato genitale, ed in cui allo spegnimento dello processo sono residue delle raccolte (ascesso freddo tubarico, piovario, raccolte tubovariche, ecc.). Ed i risultati immediati concordano in questo senso, in quanto, mentre l'asportazione chirurgica dei tratti ammalati è in queste condizioni relativamente semplice, viceversa, nei casi, in cui partecipano più o meno estesamente al processo il peritoneo pelvico e gli organi circostanti, l'intervento, oltre ad essere gravato da una più alta mortalità, comporta la possibile insorgenza di quelle complicanze immediate e postume, cui abbiamo innanzi accennato.

Le difficoltà di poter contenere la terapia chirurgica nei limiti che l'esperienza ha dimostrato necessaria ed efficace sta nel fatto che assai spesso manca la possibilità, non solo di una diagnosi precisa del tipo e dell'entità delle lesioni, ma anche della stessa loro natura, per cui, ad addome aperto l'operatore si trova a dover fronteggiare situazioni, che non erano state assolutamente previste.

Ne consegue che, anche da parte dei fautori della terapia medico-attinica, si praticano ancora oggi assai più interventi di quelli che essi stessi non vorrebbero.

In queste condizioni occorre che il ginecologo sappia trovare in sè l'umiltà, che lo faccia retrocedere dinnanzi ad interventi che si annunziano suscettibili di complicanze immediate e tardive. E, pertanto, aperto l'addome, prima di accingersi all'atto operatorio vero e proprio, egli deve attentamente analizzare la situazione e non accorgersi della gravità di esso quando, dopo aver rimosso aderenze ed organi, non gli rimane da fare altro che proseguire in un intervento, oltre che difficile anche penoso, e, che lo lascia alla fine scontento e tormentato.

In questi casi bisogna sapersi arrestare alla laparotomia esplorativa oppure limitare l'intervento a quel minimo, che, pur giovando all'ammalata, non ne mette in gioco la vita o l'esponga a particolari complicanze, tanto più che è possibile in un secondo tempo fare entrare in gioco altri mezzi di cura, capaci di aver ragione della forma morbosa.

Nessun dissenso si può dire oggigiorno sulla opportunità di preferire la via addominale a quella vaginale, riservando solo quest'ultima a casi in cui esistano indicazioni particolari. Solo la prima, infatti, può mettere l'operatore in condizioni di rendersi esatto conto delle molteplici e complesse lesioni che è dato rilevare, talora anche insospettabilmente, e di poterle dominare con quella delicata ed accurata completezza che il caso richiede. La via vaginale, oltre ad essere cieca, talora insufficiente, spesso pericolosa, priva le pazienti di quel vantaggio, non di rado notevole, che loro deriva dalla semplice esposizione delle lesioni specifiche all'influenza vantaggiosa dell'aria e della luce.

La stessa via vaginale deve essere seguita con grande parsimonia anche quando si tratta del semplice svuotamento di raccolte aggredibili dal basso, inquantochè, data la facile infezione della sacca, non di rado si stabiliscono dei seni fistolosi di lunghissima durata e, talora, addirittura ribelli a qualsiasi trattamento.

Un punto, su cui in questi ultimi tempi si è andato sempre più fissando l'attenzione degli operatori, è se convenga o meno estendere anche ai casi di tbc. genitale quell'indirizzo conservatore, oggi sempre più affermantesi nella ginecologia moderna (*Alfieri*).

Ora non v'ha dubbio che la corrente conservatrice ha guadagnato sempre più terreno in contrapposto a quella demolitrice, un tempo assolutamente dominante.

Gli argomenti che conservatori e demolitori si oppongono sono tutti tali da non potersi respingere; occorre quindi che il ginecologo nella sua condotta si lasci guidare dalle condizioni particolari del singolo caso. Così si sarà tendenzialmente conservatori negli interventi praticati in pazienti giovani, ed, in contrapposto, tendenzialmente demolitori nelle donne piuttosto avanti negli anni, ed, ancor più decisamente, in quelle vicine alla menopausa. Si sarà inoltre demolitori in tutti quei casi, in cui, dall'anamnesi o dall'osservazione dell'ammalata, risulta che la mestruazione abbia esercitato e si presuma possa continuare ad esercitare in avvenire un'influenza dannosa, non solo sulle condizioni locali, ma anche su quelle generali.

Tuttavia, però, il conservatorismo non dev'essere eccessivamente spinto, per cui in condizioni di facile o possibile asportabilità, una volta abbracciata la terapia chirurgica, nessun dubbio, a nostro modo di vedere, può sussistere sulla necessità di asportare organi manifestamente ammalati. Ed in modo particolare ci riferiamo alle trombe, la cui conservazione, oltre a non rispondere ad alcuna funzione utile, favorisce lo stabilirsi delle recidive e fa persistere le condizioni di ulteriore diffusione del processo. Pertanto, mentre i tentativi rivolti a conservare la funzione

mestruale appaiono, entro certi limiti, giustificati, non così si può dire di quelli rivolti a conservare la fertilità. Troppo scarsi sono, infatti, i casi descritti nella letteratura di gravidanze stabilitesi in pazienti operate con criteri conservativi, per giustificare una linea di condotta suscettibile di incognite future.

Nei casi di tbc. isolata del corpo dell'utero noi abbiamo in linea generale preferito la terapia chirurgica.

Secondo queste direttive sono stati trattati i casi occorsi alla nostra esperienza. Di essi, 172 si riferiscono al periodo di permanenza nella Clinica di Milano e su di essi abbiamo riferito in una precedente monografia. Successivamente se ne sono aggiunti altri 183, rilevati nel periodo intercorso nella direzione degli Istituti di Ferrara e di Cagliari. Essi costituiscono un complesso di 355 casi, che, per essere stati trattati secondo le stesse direttive, possono essere riuniti insieme. I casi sottoposti ad intervento operativo sono stati in tutto 226.

In 14 casi (6,19%) l'intervento rimase esplorativo, in quanto la visione diretta della natura e della entità delle lesioni ci convinse di poter meglio esse rispondere ad un trattamento roentgen.

Nei 212 trattati chirurgicamente, dedotti i 14 in cui l'intervento rimase esplorativo, si lamentò la perdita di 7 pazienti (3,30%), mentre in altre 11 (4,71%) residuarono seni fistolosi, di cui 4 chiusi durante lo stesso periodo di degenza in Clinica.

In 24 dei casi operati aveva preceduto un trattamento roentgen, che aveva migliorata le condizioni locali, ma, che, per il residuo di raccolte annessiali ben delimitate, aveva reso successivamente necessario l'atto operativo, realizzato, però, in condizioni assai più favorevoli di quello che certamente non sarebbe stato se una tale direttiva non fosse stata seguita. In altre 14 il trattamento roentgen fu complementare, e richiesto da condizioni diverse (persistenza di focolai specifici sull'intestino e sul peritoneo, successiva comparsa di essudati pelvici, fistolizzazioni, ecc.).

I casi trattati esclusivamente con la roentgenterapia sono stati 71: si ebbe la guarigione clinica in 28 pazienti; notevole miglioramento in 26; poco influenzate ne furono 12, mentre 5 decedettero per l'aggravarsi delle condizioni locali e generali.

Tutti i casi, nei limiti delle possibilità di ognuno, furono esposti all'azione benefica dell'aria e della luce e sussidiata da quella terapia medicamentosa generale e locale, richiesta dalle particolari condizioni di ciascuno di essi.

Da ciò si può desumere che nella tbc. genitale non si tratta di essere fautori della roentgenterapia o dell'intervento operativo, ma bensì di seguire un sano eclettismo. Solo lo studio minuto ed accurato di ogni

singolo caso, oltre che dal punto di vista locale anche da quello generale, sarà quello, che, oltre a permettere di fare una diagnosi precisa, fornirà gli elementi per far preferire l'una o piuttosto che l'altra direttiva terapeutica, isolata o associata, salvo, beninteso, a ricorrere, poi, nei casi opportuni, e dove occorra anche contemporaneamente, a tutti gli altri mezzi, che sono a nostra disposizione per combattere questa, che non è poi una localizzazione rara e trascurabile del bacillo di Koch.

Riassunto

Le deficienze alimentari e la carenza delle norme di profilassi in rapporto con le condizioni create dalla guerra hanno portato ad un indubbio aumento della frequenza della tbc. genitale con evidente spostamento del rapporto intercorrente tra il numero delle forme specifiche e quello delle forme infiammatorie da causa ginecologica od ostetrica, nel senso di un reale aumento delle prime in confronto ad una reale diminuzione delle seconde (quest'ultima evidentemente in rapporto all'introduzione degli antibiotici nella profilassi e nella cura delle forme infettive acute). Questo risulta da un complesso di dati convergenti di valore incontrovertibile, tuttavia quando si voglia fissare in cifre la reale frequenza della tbc. genitale ci si imbatte in difficoltà insormontabili in quanto i casi trattati con le cure mediche e con la fisioterapia, per mancare di un controllo biptico, non possono essere messi sullo stesso piano dei casi operati. Negli ultimi 1500 interventi laparotomici praticati per cause ginecologiche si poté mettere in evidenza nel 10% circa dei casi la esistenza di dati deponenti sicuramente per la esistenza di un processo specifico genito-peritoneale, anche se esso non fu sempre la causa esclusiva che indusse all'atto operativo.

D'autore si fa un dovere di riferire largamente sul problema patogenetico, sulle cause che possono in linea generale favorire la localizzazione genitale del bacillo di Koch e su quelle che particolarmente intervengono per la sua localizzazione piuttosto nell'una che nell'altra sezione dell'apparato genitale. Poi si pone anche il dovere di trattare i diversi aspetti anatomo-patologici a cui la localizzazione del bacillo di Koch può dar luogo nelle diverse sezioni del tratto genitale. Un altro cenno in tema di riassunto forse merita di essere fatto per le forme di piosalpinge bilaterale direttamente o indirettamente confluyente, descritte soprattutto dagli autori italiani, e che, per essere risultati nei casi finora descritti sempre di natura bacillare, sembrano rivestire un'importanza particolare ai fini diagnostici.

Il problema basilare che nettamente si ricollega poi con quello dell'esatto impiego dei diversi mezzi a nostra disposizione nella cura della

tbc. genitale è sempre, e più che mai, quello diagnostico. Il sospetto clinico dev' essere la base per giungere alla diagnosi, tanto più che, una volta emesso tale sospetto, noi possediamo un complesso di mezzi che ci consentono quasi sempre di risolvere il problema. Purtroppo ancora oggi questo sospetto insorge quando l'impiego di alcune pratiche terapeutiche, efficaci se tempestivamente impiegate, è superato dall'estensione e dai caratteri assunti dal processo morboso. A tal uopo sarebbe quanto mai augurabile che il medico generale collaborasse più intimamente col ginecologo onde permettere a quest'ultimo di giungere il più precocemente possibile alla diagnosi. Emerge la necessità assoluta in tutte le forme infiammatorie ginecologiche di integrare i dati desunti dall'esame clinico con le più accurate ricerche di laboratorio (prove biologiche, esame batteriologico, biopsia per le forme accessibili, ecc.) onde scoprire la reale natura del processo morboso che ha condotto all'atto operativo, anche per le ulteriori cure complementari che si riterrà opportuno di dover esperire. L'indagine bioptica dev' essere estesa al controllo sistematico di tutte le forme infiammatorie operate, in quanto, anche dai dati desunti dalla nostra esperienza personale, è risultato che in $\frac{1}{3}$ circa dei casi di tbc. genitale solo l'indagine istologica ha permesso di giungere alla diagnosi precisa di natura. Inoltre in qualche caso, in cui si ravvisa nell'attesa motivo di pregiudizio per la salute della paziente (dubbio se trattasi di una forma specifica a sintomatologia discreta – forme pseudoneoplastiche della tbc. genitale o piuttosto di una neoplasia; necessità di dover praticare una röntgenterapia sino alla castrazione in donna assai giovane, ecc.) può trovare giusto impiego la laparotomia esplorativa, corredata, però, sempre dall'indagine bioptica.

La linea di condotta terapeutica (elio e climatoterapia, röntgenterapia, intervento operativo; impiegati in maniera isolata o associata) viene analiticamente discussa sulla scorta di circa 350 casi di osservazione personale.

Zusammenfassung

Die durch die Kriegsverhältnisse bedingte mangelhafte Ernährung und die Unzulänglichkeit der prophylaktischen Maßnahmen haben zweifellos zur erneuten Zunahme der Genitaltuberkulose beigetragen; gleichzeitig konstatiert man eine wesentliche Verschiebung des Verhältnisses zwischen der Zahl der spezifischen und der Zahl der entzündlichen Formen mit gynäkologischem und geburtshilflichem Ursprung, und zwar im Sinne einer Zunahme der ersten und einer Abnahme der zweiten Formen (diese Erscheinung ist zweifellos auf die Anwendung von Antibiotica in der Prophylaxe und Therapie der akuten Infektionsformen

zurückzuführen). Diese Entwicklung geht aus einer großen Zahl einheitlicher statistischer Angaben hervor, deren Wert nicht zu bestreiten ist; trotzdem stößt man auf unüberwindbare Schwierigkeiten, wenn man versucht, die wirkliche Frequenz der Tuberkulose durch Zahlen auszudrücken, denn die medizinisch und physiko-therapeutisch behandelten, nicht bioptisch kontrollierten Fälle können mit den operierten Fällen nicht auf einen Nenner gebracht werden. Bei 10% der letzten 1500 Laparotomien, die aus gynäkologischen Gründen ausgeführt wurden, konnten bestimmte Zeichen eines spezifischen genito-peritonealen Prozesses nachgewiesen werden, selbst wenn dieser nicht immer der ausschließliche Grund für die Operation war.

Der Autor läßt sodann nicht nur die Erörterung der pathogenetischen Probleme, sondern auch die Besprechung der Gründe folgen, die in der Regel die Lokalisation der Tuberkelbazillen im Genitale begünstigen können, und endlich auch jener Ursachen, die im einzelnen die Ansiedlung in den einen Abschnitten des Genitaltraktes mehr fördern als in den andern. Er setzt sich außerdem auch mit den verschiedenen pathologisch-anatomischen Bildern auseinander, die die Lokalisation der Tuberkelbazillen in den verschiedenen Genitalorganen hervorrufen. Insbesondere soll hier auch an die bilaterale direkt oder indirekt zusammenfließende Pyosalpingitis erinnert werden, die vor allem von italienischen Autoren beschrieben wurde und die, obwohl sie bazillärer Natur ist, in allen bis heute beschriebenen Fällen von großer Bedeutung für die Diagnose zu sein scheint.

Das grundlegende Problem, das in der Folge eng mit demjenigen der richtigen Auswahl der im Hinblick auf die Genitaltuberkulose zur Verfügung stehenden therapeutischen Mittel zusammenhängt, ist immer – und heute mehr als je – dasjenige der Diagnose. Das klinische Bild soll die Grundlage der Diagnosestellung bilden, um so mehr als wir – wenn einmal ein bestimmter Verdacht gefaßt ist – eine Summe von Mitteln besitzen, die es fast stets erlauben, das Problem zu lösen. Dieser Verdacht taucht jedoch – wenigstens heute noch – meistens erst dann auf, wenn der in bezug auf die Ausdehnung und den Verlauf der Krankheit richtige Zeitpunkt zur Anwendung bestimmter Therapeutica – die, im rechten Augenblick gegeben, wirksam sind – verpaßt ist. In dieser Beziehung wäre es wünschenswert, wenn die allgemeine Medizin enger mit der Gynäkologie zusammenarbeiten würde, damit die Diagnose möglichst frühzeitig gestellt werden kann. Um die wahre Natur der Krankheit, die zur Operation geführt hat, herauszufinden und um die notwendige Ergänzungsbehandlung festzulegen, ist es in Anbetracht all der gynäkologischen Entzündungen absolut notwendig, den klinischen Be-

fund durch gründliche Laboratoriumsuntersuchungen zu vervollständigen (biologische und bakteriologische Untersuchungen, bei den dazu geeigneten Fällen Biopsie usw.). Die bioptische Kontrolle muß systematisch auf alle operierten Entzündungsformen ausgedehnt werden, denn die Ergebnisse unserer eigenen Versuche zeigen, daß ungefähr in einem Drittel der Fälle von Genitaltuberkulose nur die histologische Untersuchung die Natur der Krankheit mit Sicherheit nachzuweisen vermag. Übrigens kann bei einigen Fällen, bei denen man aus Angst vor einer Gesundheitsschädigung der Patientin vorzieht, zuzuwarten (Ungewißheit zwischen der Diagnose einer spezifischen Form mit wenig auffälliger Symptomatologie – pseudo-neoplastische Formen der Genitaltuberkulose – oder einer Neoplasie; Notwendigkeit einer Röntgenkastration bei einer jüngeren Frau usw.), eine Probelaparotomie angezeigt sein, unter der Bedingung, daß sie immer unter bioptischer Kontrolle geschieht.

Die therapeutischen Maßnahmen (Helio- und Klimatherapie, Röntgentherapie, einfache oder mit andern Maßnahmen verbundene chirurgische Eingriffe) werden an Hand von 350 vom Autor selber beobachteten Fällen besprochen.

Résumé

L'alimentation déficiente et l'insuffisance des mesures prophylactiques par suite des conditions créées par la guerre, ont certainement contribué à une recrudescence de la tuberculose génitale; on note simultanément un déplacement évident du rapport entre le nombre des formes spécifiques et celui des formes inflammatoires d'origine gynécologique ou obstétricale, dans le sens d'une augmentation des premières et d'une diminution réelle des secondes (due, de toute évidence, à l'emploi des antibiotiques dans la prophylaxie et le traitement des formes infectées aiguës). Cette évolution est mise en lumière par un complexe de données statistiques convergentes de valeur indiscutable; toutefois si l'on veut exprimer par un chiffre la fréquence réelle de la tuberculose génitale, on se heurte à des difficultés insurmontables vu que les cas traités médicalement et par la physiothérapie, non soumis à un contrôle biopsique, ne peuvent être mis sur le même plan que les cas opératoires. On a pu mettre en évidence, dans le 10% environ des 1500 derniers cas de laparotomie faite pour raison gynécologique, des signes certains d'un processus spécifique génito-péritonéal, même si celui-ci n'a pas toujours été la cause exclusive qui a motivé l'intervention.

L'auteur se pose alors la tâche d'aborder le problème pathogénique et de discuter les causes qui peuvent en général favoriser une localisation génitale du bacille de Koch, et celles qui interviennent plus parti-

culièrement pour sa localisation dans une partie du tractus génital plutôt que dans une autre. De même il relève la nécessité, de s'arrêter aux aspects anatomo-pathologiques variés que peut engendrer la localisation du B.K. aux divers organes génitaux. Il convient aussi de mentionner la pyosalpingite bilatérale directement ou indirectement confluente, décrite avant tout par les auteurs italiens et qui, bien que de nature bacillaire dans tous les cas décrits jusqu'ici, semble présenter une importance particulière pour le diagnostic.

Le problème fondamental, qui concorde par la suite étroitement avec celui de l'emploi judicieux des divers moyens thérapeutiques dont nous disposons à l'égard de la tuberculose génitale, est toujours, et plus que jamais, celui du diagnostic. L'intuition clinique doit être à la base de l'acte diagnostique, d'autant plus qu'une fois une présomption acquise, nous possédons un ensemble de moyens qui permettent presque toujours de résoudre le problème. Toutefois, aujourd'hui encore, cette présomption ne surgit trop souvent que lorsque certaines thérapeutiques, efficaces si elles sont utilisées à temps, sont déjà périmées, vu l'extension et l'allure prises par le processus morbide. Dans ce but il faut souhaiter que la médecine générale collabore plus intimement avec la gynécologie, afin que cette dernière parvienne au diagnostic le plus rapidement possible. Il devient absolument nécessaire, en présence de toutes les inflammations gynécologiques, de compléter les données de l'examen clinique par des recherches de laboratoire approfondies (épreuves biologiques, examen bactériologique, biopsie pour les formes accessibles, etc.), afin de découvrir la vraie nature du processus pathologique qui a conduit jusqu'à l'opération, comme aussi de fixer les traitements complémentaires que l'on jugera opportun de prescrire. L'examen biopsique doit être étendu systématiquement à toutes les formes inflammatoires opérées, car il résulte des données réunies dans notre expérimentation personnelle, que dans un tiers environ des cas de tuberculose génitale, seul l'examen histologique permet de déterminer avec précision la nature de l'affection. En outre, dans quelques cas où l'on préfère attendre, par crainte d'un préjudice pour la santé de la malade (diagnostic incertain entre une forme spécifique à symptomatologie discrète – forme pseudo-néoplasique de la tuberculose génitale – ou une néoplasie; nécessité d'une radiothérapie jusqu'à castration chez une femme assez jeune, etc.) une laparotomie exploratrice peut être indiquée, à condition d'être toujours associée à l'examen biopsique.

La conduite thérapeutique (héliothérapie, climatothérapie, radiothérapie, intervention chirurgicale, seules ou associées) est discutée d'après environ 350 cas observés personnellement par l'auteur.

Summary

Malnutrition and inadequate prophylactic measures resulting from conditions created by the war have certainly contributed to a recrudescence of genital tuberculosis. Simultaneously, an obvious change can be observed in the relationship between the number of specific forms and the number of inflammatory forms of gynaecological or obstetrical origin, the former being increased and the latter significantly decreased (from all evidence, as a result of the use of antibiotics in the prophylaxis and treatment of acute infectious forms). This development is brought to light by a mass of converging statistical data of unquestionable value. However, if one wants to express the real frequency of genital tuberculosis by means of a figure, insurmountable difficulties are encountered since cases treated medically and by physiotherapy not controlled by biopsy cannot be put in the same category with operated cases. In approximately 10% of the last 1500 cases of laparotomy carried out for gynaecological reasons, it has been possible to detect sure signs of a specific genitoperitoneal process, even if the latter was not always the exclusive reason for operating.

The author made it his task to go into the pathogenetical problem and to discuss the causes which can, as a rule, favour genital localization of Koch's bacillus and those which are responsible more especially for its localization in one part of the genital tract rather than another. He then brought into prominence the necessity to dwell upon the various anatomo-pathological aspects which may produce localization of Koch's bacillus in different genital organs. Mention has also been made of directly or indirectly confluent bilateral pyosalpingitis which had been described chiefly by Italian authors and which, despite the bacillary nature of all cases so far described, appears to present particularly important diagnostic features.

The fundamental problem, which, after all, agrees closely with that of the judicious use of the various therapeutic measures we have at our disposal for genital tuberculosis, remains, more than ever, that of diagnosis. Clinical intuition must form the basis for diagnostic procedure, the more so because once a probable diagnosis has been made, we possess a large number of means which nearly always enable the problem to be solved. However, even to-day, this probable diagnosis is too often reached only when certain forms of treatment, which would be effective if applied in time, are no longer of use, witness the increase and development in morbidity. It is therefore to be hoped that general medicine will collaborate more closely with gynaecology so that the latter may reach a diagnosis as rapidly as possible. It is absolutely necessary, in all

gynæcological inflammations, to supplement the data obtained from clinical examination with thorough researches in the laboratory (biological tests, bacteriological examination, biopsy for accessible forms, etc.), in order to discover the true nature of the pathological process which leads to operation, as well as to determine the complementary treatments which it will be judged opportune to prescribe. The biopsy must be extended systematically to all operated inflammatory forms, since the combined data obtained in our personal experiments show that, in about one third of the cases of genital tuberculosis, only histological examination enables the nature of the disease to be determined with precision. In addition, in certain cases where it is preferable to wait for fear of prejudicing the health of the patient (uncertain diagnosis between a specific form with a not very pronounced symptomatology - pseudo-neoplastic form of genital tuberculosis - and a neoplasm; necessity for castration radiotherapy in a rather young woman, etc.), and exploratory laparotomy may be indicated, on condition that it is always associated with a biopsy.

The therapeutic procedure (heliotherapy, climatotherapy, radiotherapy, surgical interventions, singly or combined) is discussed in the light of about 350 cases observed personally by the author.