

Moise B74/

52

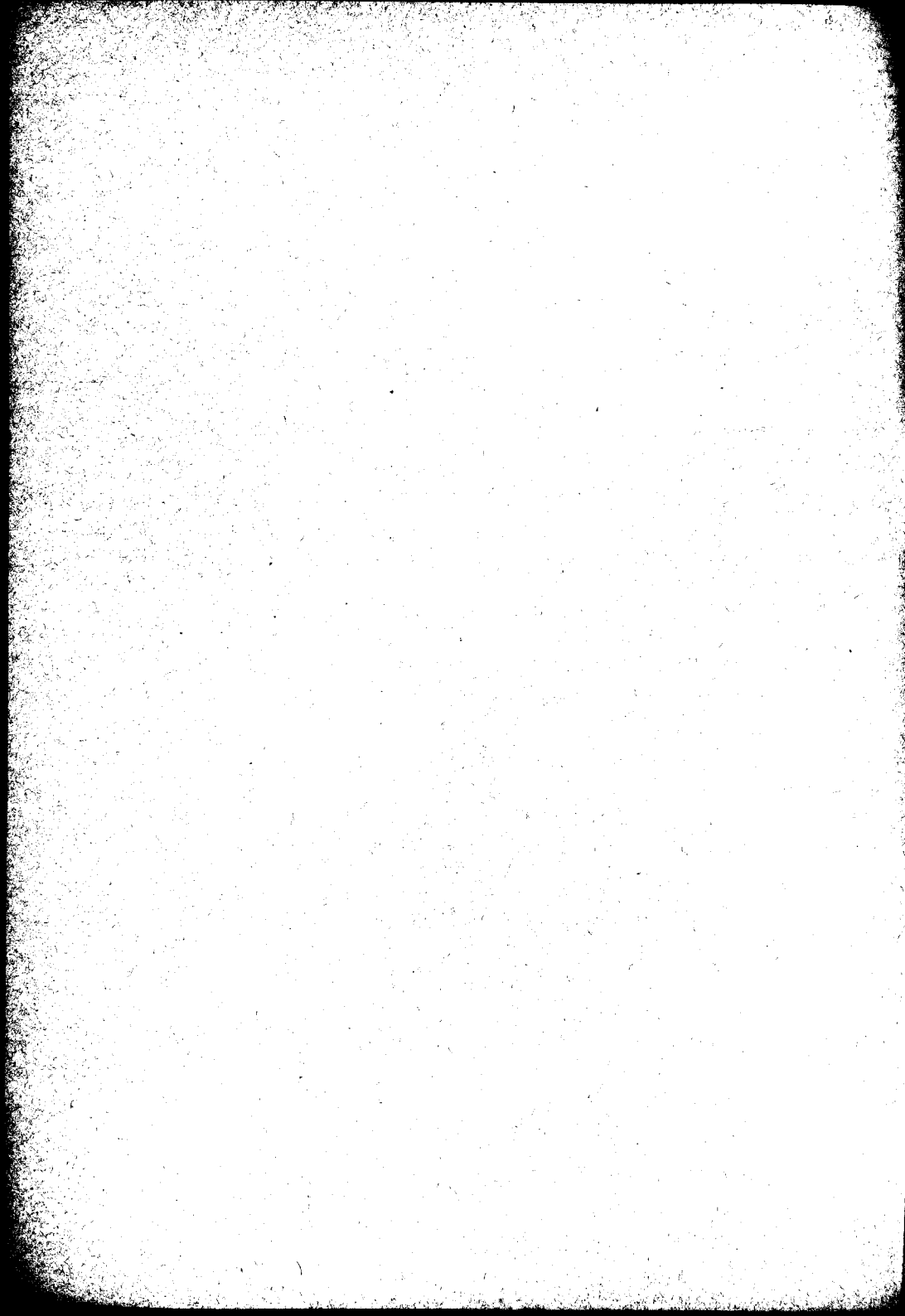
PAOLO GAIFAMI

LA RIVELAZIONE CONIUGALE
DELLA TUBERCOLOSI GENITALE
FEMMINILE.

Estratto dal BOLLETTINO E ATTI
DELLA R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA
Anno LXVIII (1942-XX) - Fasc. 4



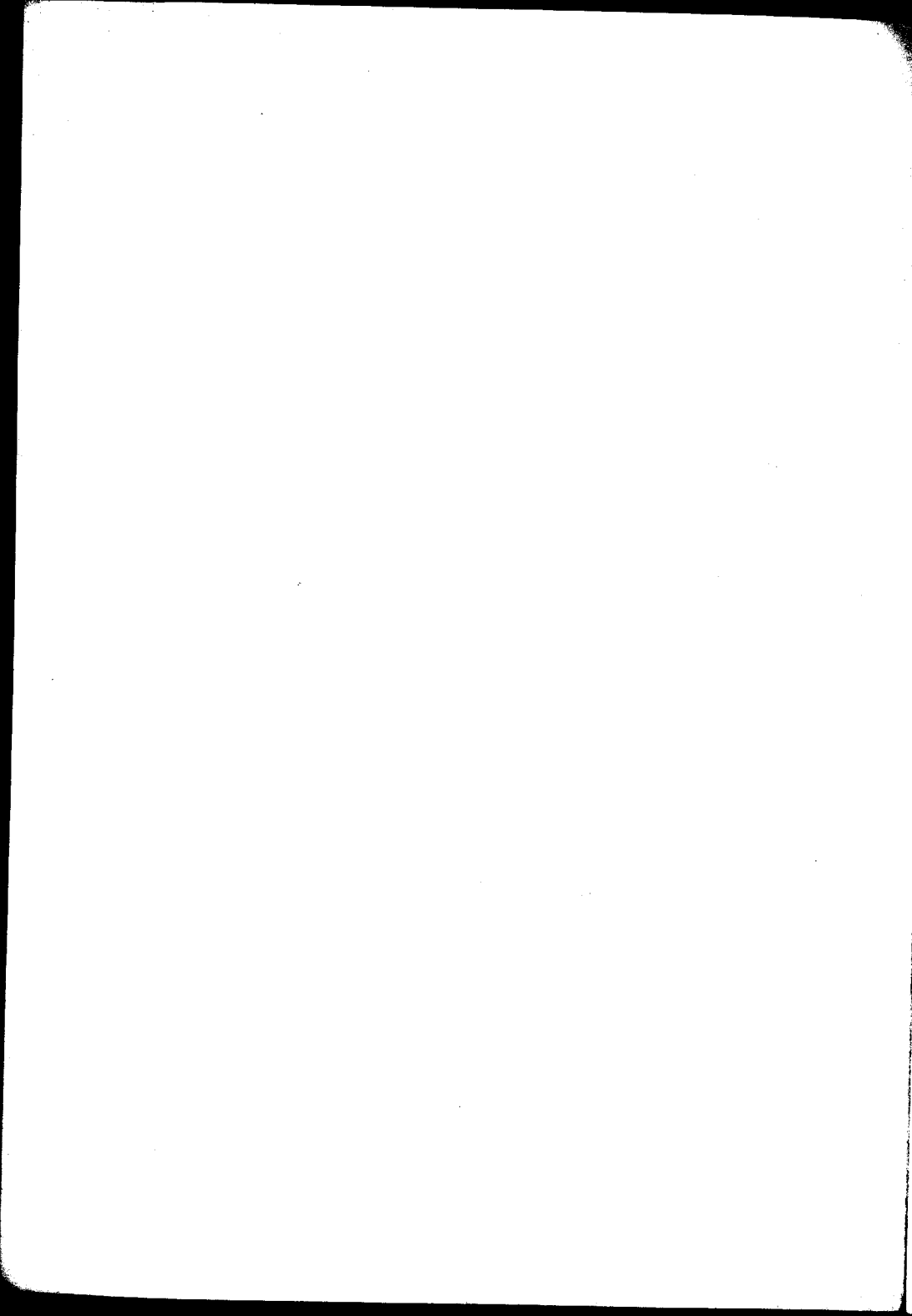
DITTA TIPOGRAFIA CUGGIANI
ROMA - VIA DELLA PACE, 35
1942-XX



PAOLO GAIFAMI

LA RIVELAZIONE CONIUGALE
DELLA TUBERCOLOSI GENITALE FEMMINILE

*Relazione alla Seduta del 25 aprile 1942-XIX
della Reale Accademia Medica di Roma*



« La tubercolosi genitale nell'infanzia e nel periodo prepubere è assai più frequente di quanto comunemente si ritenga ». Così concludeva PESTALOZZA nel 1921 sulla base di proprie osservazioni anatomiche e cliniche e sulla scorta di una vasta letteratura mondiale, nella quale metteva in evidenza i notevoli contributi italiani, dalla osservazione di MORGAGNI (1719) di una endometrite tubercolare associata a peritonite in una ragazza di 14 anni, alla monografia di NAMIAS (1857), che fra altro descrive una piometra tubercolare in una bimba di 12 anni.

PESTALOZZA riteneva quindi utile « diffondere nella coscienza dei medici pratici e degli specialisti di pediatria la conoscenza di tali possibilità morbose tutt'altro che rare, anche perchè le forme locali della tubercolosi possono lasciare dei postumi, la cui influenza potrà farsi sentire largamente nella ulteriore vita sessuale della donna e perchè la guarigione in taluni casi non è che apparente, rimanendo il tocolao genitale allo stato di latenza con la possibilità di riaccensioni del processo morboso dopo la pubertà ».

Profondamente convinto delle affermazioni del mio Maestro, io non ho mai perduto occasione di contribuire alla loro maggiore diffusione, anche fuori del nostro ambiente ginecologico; così ho fatto nella Settimana medica di Salsomaggiore del 1937, su « La preparazione materna » del 1939, su « Le Forze Sanitarie » del 1941; così desidero fare oggi, profittando dell'invito del nostro Presidente FRUGONI di iniziare la seduta odierna.

Io vi prospetterò alcuni degli aspetti del tema della tubercolosi genitale femminile prepubere, guardandoli dallo speciale punto di vista delle ripercussioni che la vita sessuale può dare; talora infatti è proprio la vita coniugale che dà la rivelazione della malattia fino allora insospettata per il suo silenzio clinico.

Possiamo avere due gruppi per così dire di rivelazioni: quelle dirette e quelle indirette.

La ripercussione più evidente e più immediata si ha nella forma di tubercolosi cervicale, che per fortuna è abbastanza rara. Per lo più localizzazione se non primitiva però preminente, dà nelle giovani di solito soltanto una leucorrea insistente densa tenace spesso compagna di

oligomenorrea o addirittura di una amenorrea, che non viene vinta dalle varie cure ormoniche più o meno opportunamente tentate senza esame ginecologico; dopo il matrimonio si hanno delle perdite sanguigne atipiche per lo più non gravi, ma a ripetizione, che richiamano l'attenzione della famiglia e fanno rivelare il focolaio specifico cervicale, se chi visita la donna ha dimestichezza con il quadro disegnato da PESTALOZZA nitidamente, come « una formazione fungoide, che si irradia dal contorno dell'orificio esterno per estendersi quasi sempre simmetricamente alla superficie della porzione vaginale; a mazzi di papille, dalla consistenza vellutata, non friabili come le masse cancerose », « sulla portio il muco è tenacemente radicato fra le vegetazioni papillari, e non si riesce a rimuoverlo nemmeno con batuffoli di cotone ».

Chi è famigliare con codeste linee diagnostiche non ha di solito esitazione; ma la maggior parte dei medici non lo è ed allora si assiste ad equivoci di valutazione: talora si parla di erosioni semplici, tal'altra addirittura di cancro.

Uno dei primi casi, che io ho veduto come rivelato dalle nozze, venne da me per una perizia di parte; il marito, dopo i primi inconvenienti emorragici, aveva portato la moglie da un ginecologo, che, opportunamente, fece una biopsia delle masse fungoidi della portio; senonchè l'istologo non aveva all'aspetto della lesione diagnosticò un cancro ed allora il marito, invece di pensare a curare la moglie, iniziò processo per annullamento di matrimonio, dato che avrebbe dovuto restare con la moglie senza utero, essendo stata suggerita la isterectomia totale. Io vidi la signora, rettificai la diagnosi facilmente, guidato anche dal fatto che era amenorroica da oltre un anno; *ad abundantiam* rifeci l'esame istologico, che confermò la tubercolosi con la forma ipertrofica atipica dell'epitelio di rivestimento delle papille, consueto in queste forme. Non ho più seguito la vicenda giudiziaria, che poteva ugualmente essere elegante, dato che sono ben rari i casi in cui si può avere un esito ottimo anche funzionale con la semplice amputazione della portio o solo delle masse fungose, come in uno di PESTALOZZA seguito dopo pochi anni da una gravidanza, ma rimasto isolato.

Molto più frequente la rivelazione di una progressa tubercolosi genitale derivante dal sopravvenire a poca distanza dal matrimonio di sofferenze dolorose pelviche, di febbri, di irregolarità mestruali, in donne prima credute genitalmente sane. Qui il riaccutizzarsi di un processo non ancora spento, anche se era asintomatico, è dovuto al fattore traumatico direttamente portato sulla lesione ginecologica. Non occorre sempre che ci siano delle grosse raccolte nel fondo del Douglas, come nei casi di piocele (ne illustrai uno in questa sede 20 anni fa); il traumatismo sessuale

risulta dannoso anche nei casi di minori lesioni anatomiche, per la ipoplasia genitale che spesso accompagna questa localizzazione, con brevità della vagina, angustia e rigidità dei fornicî, aderenze e rigidità degli annessi caduti e fissati dietro l'utero. Molte di queste giovani erano già delle dismenorriche, irritabili, asteniche, pseudoenterocolitiche, con mestruazioni spesso scarse ed irregolari, e speravano magari di migliorare col matrimonio, secondo il consiglio semplicistico dei famigliari e talora anche di qualche medico ed invece il trauma sessuale ha fatto moltiplicare le loro molestie. Altre apparentemente sembravano sane, ma qualche tempo dopo le nozze sono colpite da una sindrome clamorosa pelvica febbrile a lunga durata: sono questi i casi più delicati da individuare nella loro etiologia, perchè evidentemente il primo sospetto dei famigliari e dello stesso medico va verso un contagio blenorragico. La ragazza, dicono i genitori, stava bene prima di sposarsi, ora si è ammalata; la colpa è del marito. Il *post hoc* è qui troppo suggestivo ed è difficile far intendere ragione specialmente in certe classi sociali. Peggio è nei casi in cui il marito ha davvero qualche residuo attivo di una pregressa gonorrea ed allora il quadro clinico si complica anche perchè l'esperienza documenta che la blenoraggia acquista maggiore gravità e tenacità di decorso sui genitali ipoplasici. La difficoltà di orientamento etiologico è ancor maggiore nelle forme ormai antiche, quando non aiuti l'anamnesi sia lontana che recente (pregresse peritoniti sierose o pleuriti, amenorree prolungate) oppure un reperto tipico ginecologico (salpingite nodulare, sactosalpingi cilindriche, pioceli terminali). A volte solo l'intervento operativo chiarisce la causa prima di certe annessiti a decorso cronico, che finiamo per operare dopo anni di sofferenze e di cure mediche o fisiche inefficaci e troviamo allora focolai di caseosi o di calcificazione, e l'esame istologico della salpinge asportata vi dimostra la presenza di lesioni specifiche, o troviamo qualcuna di quelle forme più tipiche della tubercolosi quali il sactosalpinge confluyente o convergente o le forme cilindriche di sactosalpinge. Altre volte la documentazione sicura obbiettiva manca, ma il criterio clinico è già probativo.

Ricordo un caso seguito per molti anni, di una giovane sposa che dopo il matrimonio aveva avuto per oltre un anno delle altissime febbri con formazione di enormi masse occupanti tutta la pelvi. Per molto tempo si era accusato il marito di essere stato il colpevole dell'infezione; ma attraverso varie vicende, e una quantità di consulti, il decorso successivo chiarì la vera natura del male, mitigatosi dopo parecchi anni di soggiorno al mare e di elioterapia e cure calciche e iodiche e l'esame ginecologico fece alla fine rilevare un residuo di salpingite nodosa interstiziale.

Dalla possibilità di queste riaccensioni *post matrimoniali* derivano non solo problemi clinici spesso difficili ma anche problemi delicati di deontologia; bisogna sapersi destreggiare per non creare ingiustificati dissapori famigliari e per non suscitare allarmi esagerati, di fronte alla diagnosi di « tubercolosi ». Molte volte converrà tenere per sè il sospetto, senza nemmeno avvertirne l'ammalata nè il marito.

Bisogna però anche con questa reticenza mettere bene in guardia l'ammalata dei pericoli che la minacciano ove facesse cure incongrue allo scopo per esempio di togliere i dolori o la sterilità: bisogna evitare che si imbatta in qualche medico, che vede solo il fatto meccanico stenotico e promette con laminarie o dilatazioni un figlio e invece provoca una peritonite.

La modalità più frequente di rivelazione coniugale di una pregressa tubercolosi genitale femminile è solo *indiretta*: è il *desiderio della maternità*, che porta le donne alla visita ginecologica e questa fa riconoscere o sospettare l'antica localizzazione specifica o i postumi della tossiemia tubercolare che abbia agito sul trofismo genitale nel delicato periodo dello sviluppo. L'avviamento alla diagnosi è anzitutto dato dall'anamnesi, se bene raccolta e se chiara, il che spesso non è.

Certo sarebbe comodo trovare dei precedenti di polisierosite o di peritonite sierosa o di sapere che le mestruazioni sono cominciate molto tardi e poi sono state scarse e saltuarie; più chiaro ancora, quando non c'è stata mai mestruazione (casi di piometra o di atresia cervicale).

Purtroppo in moltissimi casi anche la ricerca più minuziosa, quale facciamo dopo che un intervento operativo rivelò una tubercolosi insospettata, non ci illumina affatto. PESTALOZZA insegnava a diffidare dei racconti di certe infezioni intestinali a lungo decorso nell'infanzia, come di certi tifi o paratifi o malarie infantili non documentate; egli pensava con ragione che sotto tale etichetta diagnostica si possono nascondere delle infezioni tubercolari.

Se l'anamnesi non è sempre chiarificatrice, così succede anche a volte del reperto ginecologico. Quasi sempre coesiste una ipoplasia uterina; a volte si apprezzano bene delle forme nodulari, dei piosalpingi a salsicciotto o terminali, dei sactosalpingi confluenti; a volte il reperto dà solo una certa rigidità dei fornici e degli annessi. Qualche aiuto può venire dalla salpingografia per differenziare ad esempio un sactosalpinge blenorragico da uno tubercolare; nella tubercolosi la impervierà interessa per lo più anche la porzione interstiziale ed istmica e si accompagna al quadro radiografico di un utero ipoplastico, mentre nella blenorragia l'occlusione è solo terminale ampollare e l'utero può avere forma e volu-

me normali. A volte la tromba è bensì malata, ma poco grossa e può sfuggire; eppure è sede di stenosi. Anche non potendo precisare la etiologia è sempre bene se ne affacci il sospetto, perchè questo deve servire a farci più guardinghi nei tentativi di correzione vaginale di un utero con stenosi cervicale o con antiflessione esagerata.

L'orientamento diagnostico sarà poi utile anche ad evitare delle cure ormoniche stimolatrici destinate all'insuccesso sull'infecundità, se questa è sostenuta da lesioni anatomiche irreparabili, come l'atresia uterina o più spesso l'atresia tubarica.

Proprio in questi giorni un caso eloquente è stato visto in Clinica al Centro della sterilità; una giovane sottoposta alla consueta biopsia endometriale per lo studio della fase ormonica, venne con sorpresa trovata portatrice di una tipica tbc. dell'endometrio del tutto asintomatica.

L'ultima eventualità rivelatrice di una tbc. insospettata è la più incresciosa; è quando il pensiero di una pregressa localizzazione genitale sorge dopo manualità condotte allo scopo di accertare le cause della infecundità o allo scopo, per lo meno presunto, di curarla. Appartengono alla prima categoria le manovre per la insufflazione utero tubarica e per la salpingografia; alla seconda gli interventi di dilatazione del canale cervicale, di discissione, di intubazione, di riduzione vaginale della retroflessione. Che questi in apparenza innocui e semplici interventi possano essere seguiti da complicazioni acute gravi è ormai notizia acquisita nel nostro campo e proprio qui l'opera di PESTALOZZA è stata importante nel segnalare quante volte ne fosse derivato un danno per la riacensione di processi tbc. spenti, non identificati dal medico pratico, che si arresta semplicisticamente alla constatazione del reperto finale dell'utero stretto, rigido, storto, senza risalire alla presumibile causa primitiva. Casi del genere sono certo molti: nel 1939 ne ho pubblicati ben due di cui uno mortale documentato con il reperto autopsico e avendo allora aperto le colonne della *Clinica Ostetrica* a chi aveva casi analoghi, subito se ne sono descritti parecchi, soprattutto importanti quelli di D'ERCHIA, il quale, d'accordo del resto con la prassi nostra, concludeva doversi associare nei casi non chiarissimi l'intervento vaginale e quello addominale, per evitare complicazioni.

Non è strano, se pur meno frequente, che le stesse manovre di ricerca della pervietà tubarica possano essere pure di nocumento.

Ne sto seguendo un caso ancora in evoluzione; una giovane sposa con anamnesi apparentemente negativa e desiderosa di prole, l'anno scorso aveva subito una delle solite dilatazioni del collo uterino senza vantaggio, ma alme-

no senza danno, il che ci rese anche più correvi a fare la prova della pervietà tubarica, preliminare ricerca prima di proporre altre cure. Fu usato l'apparecchio di Bonnet chimografico; le trombe risultarono chiuse. Dopo qualche giorno, rientrata la signora in Toscana, si iniziò un processo febbrile con decorso subito tempestoso per reazione peritoneale; una grossa sacca pelvica fu aperta per vagina, ma non cadde del tutto la febbre, anzi si istituì dopo qualche tempo una fistola retale alta, lo stato generale decadde; scrivendone al medico curante io affacciai il pensiero di un terreno tubercolare dato che l'andamento non era quello più consueto delle flogosi da piogeni comuni (non isolati del resto dal pus della sacca) ed il medico conveniva in tale mia supposizione, anche avendo rintracciato nella anamnesi una antica sofferenza pleuropolmonare. D'altronde che questa giovane fosse in antecedenza genitalmente sana era escluso dallo stesso reperto della impervietà tubarica e dalla sterilità durante già otto anni. Ma resta ugualmente il dispiacere di aver recato del male, sia pur involontariamente a chi era mossa solo dal desiderio di un figlio.

Non si è dunque mai abbastanza cauti! Quelle paure che ci trattengono dai piccoli interventi vaginali nella sterilità devono esserci presenti anche per le semplici indagini diagnostiche. Troppe volte la tubercolosi è alla base della infertilità femminile e troppe volte possono aversi delle riaccensioni, come già dopo il semplice trauma sessuale, ben più dopo manovre diagnostiche o presunte curative.

In tema di sterilità femminile non conviene dunque mai esser troppo disinvolti o faciloni, soprattutto si intende nelle sterilità primarie, che sono quelle in cui più si può pensare ad una influenza diretta o indiretta di una tubercolosi giovanile.

Questo monito finale è uno degli scopi che mi ero prefisso dalla mia conversazione odierna, assieme con la riaffermazione del concetto di PESTALOZZA che veramente alla tubercolosi femminile prepubere non si pensa abbastanza mentre è più frequente di quanto non si creda dai medici generici.

« Molte volte le manifestazioni più clamorose non si avranno che in età più avanzata, ma nella grande maggioranza dei casi la malattia si è innestata nell'organismo nei primi anni di vita ».

RIASSUNTO. — Molte forme di tubercolosi genitale femminile diventano palesi solo dopo il matrimonio; talora per emorragie dovute alla esistenza di una tubercolosi della portio, più spesso per sofferenze pelviche che possono all'inizio simulare flogosi blenorragiche se non siano bene interpretate. Altra volta la rivelazione di una pregressa misconosciuta tbc viene dal desiderio di maternità, che porta la donna dal ginecologo; e purtroppo a volte il vecchio processo si acutizza dopo manovre a scopo diagnostico o terapeutico nei casi di sterilità. Bisogna pensarci, ricordando che la frequenza di postumi di tbc genitale femminile è più frequente di quanto non sia creduto dai medici generici.

347030

