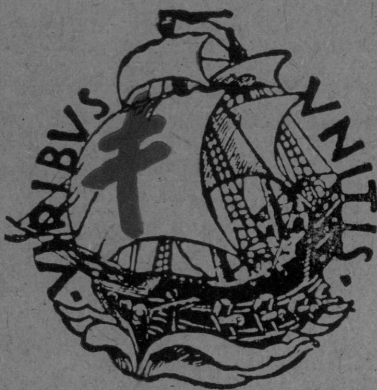


CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA « LUIGI MANGIAGALLI »
DELLA R. UNIVERSITA' DI MILANO

PROF. EMILIO ALFIERI
Direttore

La profilassi pre-natale nella lotta contro la tubercolosi

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno IX, n. 6 - giugno 1938-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO « EUROPA » - ROMA

CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA « LUIGI MANGIACALLI »
DELLA R. UNIVERSITA' DI MILANO

PROF. EMILIO ALFIERI

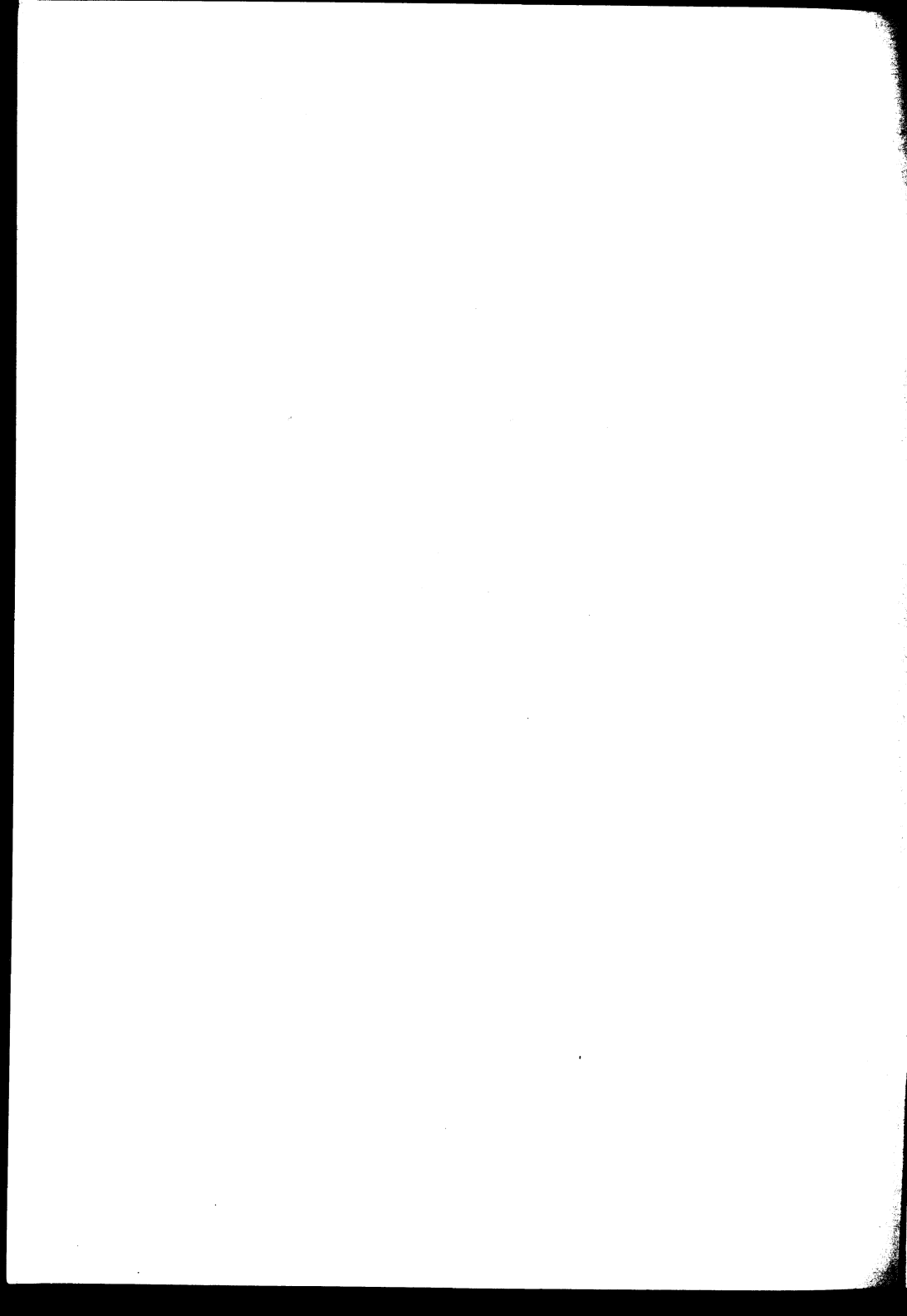
Direttore

La profilassi pre - natale nella lotta contro la tubercolosi

Estratto dalla Rivista « Lotta contro la tubercolosi » - Anno IX, n. 6 - giugno 1938-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO « EUROPA » - ROMA



Quando in Italia si abborda il problema dell'assistenza delle madri tubercolose e della loro prole, la mente corre tosto con senso di devozione e di riconoscenza ad un grande Maestro, a noi lombardi particolarmente caro perchè di Lui moltissimi fummo allievi affezionati, a LUIGI MANGIAGALLI, che per primo iniziò tale movimento, non solo con incitamenti verbali, ma ancor più con azione costruttiva e benefica. Ed è come successore di Lui e come continuatore della Sua opera nell'Istituto stesso da Lui fondato, che oggi sono stato designato dalla nostra Presidenza a tracciare, sui frutti dell'esperienza del passato, le direttive per una più ampia, più profonda, più efficace e più complessa attività diretta alla soluzione integrale del problema, che è alla base della lotta sociale contro la tubercolosi.

Dopo i Suoi insegnamenti, dopo l'immensa letteratura ormai accumulata sui rapporti fra tubercolosi e funzioni di maternità, dopo gli stessi contributi miei e della mia Scuola (ARMANINI, MIGLIAVACCA, CASTELLI, ecc.) sulla base di numerose e metodiche osservazioni cliniche, e specialmente dopo la recentissima brillante relazione del VERCESI all'ultimo Congresso Nazionale della nostra Federazione a Tripoli, non è più il caso di ritornare a porre in discussione le necessità fondamentali di una profilassi prenatale della tubercolosi, basata sul riconoscimento e sul trattamento precoce, ininterrotto ed illuminato delle gestanti colpite da affezioni morbose specifiche e sulla necessità del pronto allontanamento dei nati, dall'ambiente familiare e dalle madri capaci di contagiarli, provvedendoli nel contempo, oltre che di un allattamento adatto, anche di tutte quelle premurose cure, di cui in condizioni normali l'amore materno per provvida e santa legge di natura è prodigo verso il frutto delle proprie viscere.

(1) Relazione svolta al Convegno regionale della Sezione lombarda della F. I. N. F. per la lotta contro la tubercolosi, Brescia, 12 giugno 1938-XVI.

Ormai è assodato, che oltre l'85 % delle gestanti colpite da processi tubercolari dell'apparato respiratorio può, con un'opportuna assistenza e senza grave suo danno, portare a termine la gravidanza, dando alla luce bambini di regola immuni dall'infezione e da tare ereditarie specifiche, ma tutt'al più dotati di un certo grado di debilità congenita, modificabile quasi sempre con vigili norme assistenziali, e presentanti alla nascita uno sviluppo ponderale in circa il 75 % dei casi al disotto di quello normale fisiologico.

Ed è pure oggi universalmente riconosciuto, che sono applicabili alla donna durante la gestazione tutti gli stessi trattamenti curativi, che la terapia tisiatica ha escogitato ed usa con vantaggio al di fuori di essa, col solo avvertimento che i risultati che ne potranno derivare sia per la madre che per il prodotto del suo concepimento, saranno tanto più manifesti ed utili, quanto più precocemente essi saranno stati applicati ed attentamente perseguiti, non solo per tutta la durata della gestazione, ma anche per non breve tempo dopo il suo espletamento; e quando al controllo vigile dell'andamento della forma morbosa si sarà associato quello non meno importante del decorso della gravidanza, del parto e del puerperio in condizioni il più possibile fisiologiche.

Nè in fine è trascurabile di far subito rilevare, che le stesse norme assistenziali e curative, di cui tanto si è parlato e si parla sia a vantaggio della madre che del neonato a proposito delle lesioni tubercolari dell'apparato respiratorio (bronco-polmonari, pleuriche e laringee) complicanti le funzioni di maternità, devono essere con uguale indirizzo e con pari sollecitudine applicate anche quando il processo morboso specifico ha sede extra-polmonare; non solo per la frequente origine secondaria di tali localizzazioni meno comuni, ma anche e soprattutto, perchè non raramente gli organi od apparati colpiti al di fuori della sfera respiratoria possono per i loro rapporti diretti od indiretti con l'esterno divenire essi pure fonti di contagi, meno palesi ma altrettanto pericolosi degli escreti derivanti da lesioni bronco-polmonari. E di ciò si deve tener conto, in modo particolare per la loro speciale frequenza, nei casi di tubercolosi urinaria; senza per questo trascurare nè le localizzazioni intestinali, nè i focolai osteo-articolari o linfoghiandolari fistolizzati e secernenti.

Ma oggi il compito, che a me è stato particolarmente affidato, non è di trattare davanti a Voi in modo dottrinale e clinico il problema della profilassi prenatale della tubercolosi in generale; ma bensì quello di tracciare le linee fondamentali d'un programma profilattico concreto, da proporre come norma fondamentale d'azione nella lotta, che ciascun Consorzio Antitubercolare della regione lombarda sta ingaggiando, con indirizzo unitario di collaborazione e di coordinamento sia coi Consorzi vicini, che con gli altri Enti assistenziali interessati, quali in modo particolare l'O.N.M.I. e l'I.N.F.P.S.

Le direttive programmatiche, che verrò a Voi esponendo, egregi Consoci, e che la Vostra Presidenza regionale ha in massima già approvate, non sono il risultato di semplici considerazioni teoriche, ma il frutto dell'esperienza fatta in alcuni dei meglio organizzati centri di assistenza per le madri tubercolose e

per i loro nati, tra i quali quello di Milano, fondato dal MANGIAGALLI e da me perfezionato con la collaborazione illuminata ed attiva dei colleghi CASTELLI, BRUSA, SALVINI e BELLI, occupa uno dei posti principali. Ciò non pertanto, esse non sono, nè vogliono essere, definitive.

So bene infatti che in Lombardia il problema è già da alcuni anni entrato nella coscienza di tutti i Presidenti e di tutti i Direttori di Consorzi, come si è imposto all'attenzione di tutti i Direttori di Maternità e di Sezioni Ostetriche; e che quasi dovunque si vanno già attuando provvedimenti diretti alla sua risoluzione, tenendo anche giustamente conto delle condizioni particolari delle singole Provincie. E per ciò appunto mi attendo, che da ciascuno di Voi vengano suggerimenti e consigli nuovi, i quali potranno valere ad integrare le proposte mie; così da renderne da una parte più completa e più facile l'attuazione, e dall'altra più reali e più efficaci i risultati; perchè solo dalla collaborazione volenterosa di tutti, senza artificiosi contrasti o deprecabili antagonismi, può derivarne quella soluzione totalitaria del problema, destinata veramente a salvaguardare le generazioni future dalla più diffusa e più grave malattia sociale.

Nè va tralasciato di osservare, che se anche la lotta ingaggiata su larga base e condotta in profondità dovrà richiedere al suo inizio contributi finanziari non piccoli, non si dovrà per questo temere di sobbarcarvisi, con la convinzione che il capitale impiegato a prevenire, od almeno a limitare, il flagello, non sarà mai dato a fondo perduto, ma sarà sicuramente destinato a produrre nell'avvenire non trascurabili frutti. E quale frutto infatti potrebbe esser più desiderabile, oltre ad una non lieve diminuzione delle attuali ingenti spese di cura, di quello di assicurare alla nostra discendenza una vita sana, robusta e produttiva?

* * *

Il VERCESI nella sua relazione al Congresso di Tripoli ha assegnato alla profilassi prenatale della tubercolosi due grandi campi d'azione, dei quali il primo, più generico, dovrebbe comprendere «la massa imponente delle gravidanze nei soggetti fisicamente defedati»; e l'altro, a fisionomia più specifica, riguarda «la massa, numericamente meno cospicua ma qualitativamente più preoccupante, delle madri tubercolose, sulle quali noi dobbiamo concentrare tutti i mezzi terapeutici ed assistenziali atti a proteggere, nel periodo dello sviluppo intra-uterino, il prodotto del concepimento visto negli aspetti della sua vulnerabilità prenatale, delle sue attitudini e possibilità difensive, del suo destino post-natale». Nè del problema potrebbe aversi una comprensione più larga, e direi quasi veramente totalitaria.

Ma è evidente, che la prima parte di tale attività, più sociale che propriamente medica, per quanto fondamentale per la conservazione ed il miglioramento della stirpe di fronte a tutti i pericoli derivanti dalle più svariate cause morbigene, e fra queste in prima linea per gravità e diffusione dalla

infezione tubercolare, non fa parte propriamente del campo specifico della difesa prenatale contro la tubercolosi. E per ciò noi dovremo limitarci qui a fissare le direttive per la nostra azione nella seconda indicata dal VERCESI, di attività profilattica rispetto al prodotto del concepimento, ma che è in realtà curativa ed assistenziale rispetto alla madre ammalata, che lo porta nelle sue viscere.

Malgrado ciò non mi pare, che anche con un programma d'azione così ristretto ci si possa disinteressare della preparazione della giovane donna al normale ed utile svolgimento delle funzioni di maternità, mediante *la bonifica prepuberale e prematrimoniale, tanto delle giovanette a costituzione organica deficiente senza note di specificità* ma da considerare particolarmente recettive alla tubercolosi, quanto di *quelle con tare o precedenti specifici*, sia pure superati o silenti.

In rapporto col primo di tali problemi, mi limito però solo a far rilevare che esso non rappresenta che una parte, del resto importantissima, di quell'ammonimento che già diversi anni or sono io ho formulato a proposito delle norme di allevamento e di educazione delle nuove generazioni femminili, e cioè che: «bisogna abituarsi a vedere ed a preparare già nella bambina la futura madre». Con tale intento entrano in campo qui specialmente tutte le norme d'igiene, sia della prima che della seconda infanzia, ed in modo particolare dell'età prescolastica e scolastica, e quelle regolatrici del lavoro femminile in armonia anche col voto da noi già ripetutamente espresso, per ottenere che sia possibilmente evitato di far coincidere la data dell'ammissione al lavoro con quella della crisi puberale.

La bonifica prematrimoniale delle giovanette con tare o precedenti specifici dipende invece in prima linea dal riconoscimento precoce e dal trattamento su vasta scala, pronto ed intenso, delle manifestazioni morbose anche più lievi o sospette, e dalla stabilità della guarigione per esso ottenuta, come sufficiente garanzia contro la possibilità di riattivazioni pericolose in conseguenza di eventuali gravidanze; e porta implicitamente con sé la considerazione dei criteri che si devono seguire nella *concessione del matrimonio ai giovani* di entrambi i sessi, *ma in particolare alle giovanette*, con affezioni tubercolari in atto, silenti od anche guarite. Problema scottante e di difficile soluzione nella pratica, al quale ha di passaggio accennato anche il VERCESI nella sua relazione, ma solo per metterne in rilievo l'importanza sia di fronte ai singoli che allo Stato, senza proporre alcuna soluzione, e riallacciandolo a quello delicatissimo del «certificato prematrimoniale», di cui ha lasciato al tempo il compito di maturare o meno la realizzazione.

Con tutto ciò già oggi il medico coscienzioso ed onesto non potrà a meno di sconsigliare il matrimonio alla ragazza affetta da forma specifica in atto, **anche se con manifestazioni lievi**; per differirlo ad un'epoca, in cui ogni segno di attività sia sicuramente e da tempo spento, sempre peraltro mantenendo la paziente sotto un vigilante controllo, in particolare al manifestarsi dei

primi sintomi di concepimento, e senza interromperlo per tutta la durata della gestazione ed ancora per il decorso completo del puerperio.

Il termine minimo del periodo di attesa, dopo la guarigione clinica medicolosamente accertata, è generalmente indicato in due anni, prima di concedere con sufficiente tranquillità l'esperimento d'una fase gravidica.

* * *

Poste queste necessarie premesse al concretamento fondamentale del nostro programma d'azione, la prima tappa deve riguardare *la ricerca e l'accertamento delle gestanti tubercolose* simultaneamente espliciti in due campi diversi, dei quali il primo comprende le donne già notoriamente tubercolose, in cui sopravviene la gravidanza; e l'altro invece interessa quelle gestanti che, presentandosi all'ostetrico o ad un Consultorio per accertare il loro stato gravidico e per averne i necessari consigli igienici o per richiedere un'adeguata assistenza, vengono riconosciute contemporaneamente affette, od anche solo sospette, di un'affezione specifica.

A) *Il reclutamento delle tubercolose divenute gravide* viene fatto oggi, di regola, dai Dispensari antitubercolari, sia comunali che consorziali, oppure anche fra le donne assistite dall'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale, siano esse direttamente assicurate contro la tubercolosi, oppure anche mogli di un assicurato.

Più raramente invece il primo rilievo diagnostico vien fatto dal medico privato di famiglia.

In ogni caso, prima di qualsiasi provvedimento curativo od assistenziale, la paziente deve di regola passare attraverso al Centro Comunale o Provinciale di accertamento diagnostico per un più preciso esame e per un giudizio più rispondente alle peculiari particolarità ed alle speciali esigenze del caso; e quindi, a seconda dei rilievi fatti, anche in rapporto con le condizioni della famiglia e dell'ambiente domestico (assistenti sanitarie visitatrici) oltre che in dipendenza della forma e della gravità del processo morboso, la paziente stessa potrà essere:

a) lasciata al suo domicilio, se questo sia apparso sufficientemente confortevole, sotto la vigilanza e la cura di un medico tisiologo, o meglio con la garanzia di visite dispensariali periodiche, associate od alternate con visite ostetriche per accertare la normale evoluzione dello stato gravidico;

b) o più spesso dovrà essere inviata nella Sezione Materna di un Sanatorio per l'assistenza e le cure speciali del caso, fino all'imminenza del parto;

c) quando non appaia invece più opportuno, d'indirizzarla al Reparto per gestanti tubercolose di una Clinica ostetrica o della Maternità Provin-

ziale: 1) se risultino necessari un adeguato periodo di osservazione ed ulteriori accertamenti sul carattere più o meno vivacemente evolutivo del processo morboso, allo scopo di stabilire un indirizzo terapeutico più o meno conservativo, quale può essere fondatamente reclamato dalle particolari esigenze del caso; 2) oppure per l'assistenza ostetrica necessaria al parto imminente; 3) oppure anche per complicazioni o provvedimenti di carattere essenzialmente ostetrico (per esempio aborto o parto prematuro spontaneo, albuminuria ed altre affezioni gravidiche diverse).

B) Il rilievo di lesioni tubercolari in donne presentatesi al controllo dell'ostetrico per il loro stato di gravidanza, può avvenire:

a) nei Consultori Ostetrici dell'O.N.M.I. od in quelli istituiti dalla Cassa Nazionale di Maternità;

b) negli Ambulatori Ostetrico-Ginecologici annessi a Cliniche ed a Maternità;

c) oppure anche fra le ricoverate per ragioni ostetriche nelle sale della Clinica o della Maternità.

E' evidente, ed è anche facilmente comprensibile, che però la massa principale delle gestanti tubercolose viene oggi reclutata fra le frequentatrici dei Dispensari antitubercolari, piuttosto che fra quelle dei Consultori materni; ma non si può peraltro tacere, che sorge il dubbio che anche fra queste ultime peraltro gli accertamenti di lesioni specifiche, sia pur lievi ma non per ciò meno importanti, dovrebbero essere più frequenti di quanto attualmente appare, se con maggior costanza e finezza l'ostetrico si volesse sistematicamente assicurare delle condizioni dell'apparato respiratorio, come abitualmente usa interessarsi di quelle dell'apparato circolatorio e della funzionalità renale. Nè a tale proposito si deve temere di apparire troppo allarmisti o meticolosi; chè, anzi, la necessità della visita del fisiologo dovrebbe ritenersi di assoluto rigore, non solo in casi di lievi sintomi obbiettivi sospetti, ma pur anche in quelli con dati anamnestici non del tutto tranquillizzanti.

Qui resta solo da vedere se, a seconda della organizzazione nelle diverse Provincie, sia più opportuno che l'ostetrico, per una diagnosi più sicura e per la determinazione delle conseguenti direttive terapeutiche, indirizzi la paziente al fisiologo addetto al Reparto per tubercolose della Clinica o della Maternità con annesso Ambulatorio Tisiatrico, al quale in tal caso si dovrebbero concedere funzioni dispensariali con l'autorizzazione anche di effettuarne il ricovero nella sua Sezione; oppure se non sia invece più opportuno, salvo eccezioni, di esigere di regola il controllo del Centro di Accertamento diagnostico comunale o provinciale prima di attuare qualsiasi provvedimento assistenziale o curativo.

Io non sento di avere al riguardo sufficiente competenza ed autorità per contribuire a far prescegliere l'una piuttosto che l'altra linea di condotta: temo però che l'esigere dalle pazienti, già turbate dal rilievo inaspettato di

una forma morbosa preoccupante e per cognizione comune forse eccessivamente temuta, il passaggio successivo in Istituti diversi per una serie di visite di accertamento possa avere talora conseguenze non favorevoli, provocando nella gestante ammalata un ben comprensibile stato di agitazione, e distogliendola da quella docile e paziente arrendevolezza di fronte ai consigli ed alle cure del medico, che è condizione prima indispensabile per un efficace trattamento terapeutico.

Già l'esperienza da noi acquisita ci ha dimostrato quanto sia difficile di tenere sotto ininterrotto e prolungato controllo le pazienti, specie quando l'indirizzo curativo consigliato non è quello da loro desiderato. Ed il frapporre un troppo lungo lasso di tempo o troppe difficoltà fra il primo rilievo clinico e l'inizio del trattamento non può che favorirne la frequente tendenza a sottrarsi alla nostra vigilanza, rendendo vani i nostri sforzi, sia in senso profilattico, che curativo.

Nè va taciuta la necessità, che venga stabilita come norma indiscutibile, e non come semplice aspirazione preferenziale, che l'associarsi della gravidanza con una lesione tubercolare attiva, sia pure iniziale e non grave, rappresenta in ogni caso giustificato motivo d'urgenza per l'applicazione dell'adeguato provvedimento terapeutico, ivi compreso il ricovero, sia nelle Sezioni materne sanatoriali, che in quelle per gestanti tubercolose della Clinica o della Maternità. Nè sarebbe forse inopportuno per quest'ultime scegliere una nuova denominazione che, tralasciando la terminologia specifica, potesse evitare, sia per l'interessata che per i suoi parenti, pericolosi allarmi o stati di depressione sfavorevoli.

* * *

Le gravi tubercolose lasciate in seno alla famiglia, per la lievità della forma morbosa non contagiante e per la possibilità d'un trattamento efficace anche nell'ambiente domestico sufficientemente confortevole col concorso di un'adatta nutrizione e senza la necessità di un lavoro affaticante, devono esser dopo un rigoroso accertamento diagnostico controllate, assistite e curate senza interruzione nei *Dispensari*, ed eventualmente anche vigilate a domicilio mediante visite ripetute delle Assistenti sanitarie; come pure sarà per esse necessario il controllo periodico dell'andamento della gravidanza presso un Consultorio ostetrico.

Il Dispensario e le Assistenti visitatrici dovranno pure interessarsi con particolare premura delle puerpere recenti dimesse dai Reparti speciali delle Cliniche Ostetriche e Maternità, o lasciate a domicilio con prognosi favorevole dai Centri di accertamento diagnostico, specie quando dal tisiologo competente venga loro concesso anche l'allattamento, sia pure in forma ridotta e sotto vigilanza.

* * *

Quelle invece che presentano lesioni tali per natura, grado e diffusione da richiedere l'allontanamento dall'ambiente della loro casa, aggravate talora dalla deficienza dell'alloggio, o dalla mancata possibilità di una nutrizione sufficiente ed opportuna, o dalla necessità di un riposo tranquillo e confortevole, od anche per particolari condizioni familiari, devono essere prontamente inviate, salvo i pochi casi in cui appaia subito necessario di porre in discussione la necessità della interruzione della gravidanza, alla *Sezione Materna di un Sanatorio*.

A tale proposito l'esperienza nostra, acquisita nel grande centro urbano milanese, ci ha convinti, che la Sezione Materna Sanatoriale non è necessario nè opportuno che venga allestita e debba funzionare come un vero Comparto ostetrico, il quale, per rispondere a tutte le necessità di un'assistenza ostetrica talvolta anche gravemente operativa, dovrebbe esigere un'attrezzatura di ambiente e di personale specializzato completo, col risultato pratico di dover mantenere dispendiosamente in vita un sonnecchiante duplicato della Maternità; ma basta che risulti molto più semplicemente di una sala sanatoriale un po' appartata e ridente, dove debbono essere raggruppate le tubercolose, sia in istato di gravidanza, che in periodo di puerperio relativamente recente dopo la dimissione dai Reparti specializzati delle Cliniche o delle Maternità, sotto la vigile sorveglianza di un'ostetrica ed in casi particolari sotto il controllo di un Consulente ostetrico, oltre che sotto le cure del Tisiologo, adeguate alle singole condizioni morbose delle pazienti.

Ma sopra tutto indispensabile è, che alla Sezione Materna Sanatoriale sia data la possibilità di trovarsi sempre e rapidamente collegata, mediante un pronto servizio di automezzi, col Reparto speciale della Clinica o Maternità, specialmente per i casi ostetrici più urgenti.

Del resto l'esperienza fatta a Milano ha dimostrato, che tale allacciamento non è affatto difficile, quando le distanze fra Sanatorio e Maternità non siano notevoli ed agevoli vi siano le vie di accesso: tanto che si è potuto fare a meno, sia nel Sanatorio di Vialba, che in quello di Garbagnate, d'istituire uno speciale Reparto Ostetrico; nè a Garbagnate in diversi anni, salvo eccezioni, si è sentito il bisogno di visite del Consulente Ostetrico *in loco*, e neppure venne ancora avvertita la necessità di sostituire con altra l'ostetrica inizialmente adibita al servizio nella Sala Materna, quando essa venne spontaneamente ad abbandonare il suo posto.

Ciò non pertanto, io non sono convinto che sia bene, e neppure prudente, di lasciare la Sala sanatoriale delle gestanti e puerpere assolutamente senza vigilanza ostetrica: e le ragioni della mia convinzione sono intuitive. Poichè, se è fondamentalmente indispensabile sorvegliare, ed eventualmente curare coi mezzi adeguati, la forma morbosa specifica che dallo stato gravidico può trarre motivo ad una sua più o meno vivace riattivazione o diffusione; non

è d'altra parte men vero che, anche al di fuori di ogni complicazione polmonare o della possibilità di interferenze dannose fra stato gravidico ed affezione morbosa in atto (aborto, parto prematuro, ecc.), la gravidanza esige anche per se stessa di esser sempre vigilata nel suo decorso per la possibile sopravvenienza di condizioni patologiche (albuminuria, emorragie, ecc.), le quali possono assumere significato tanto più grave e temibile quando colpiscono un organismo già per altre cause defedato e sminuito nei suoi poteri generali di difesa.

Per questo ritengo indispensabile, che alla vigilanza delle gestanti e delle puerpere per tutta la durata dello stato puerperale venga nel Sanatorio adibita un'ostetrica esperta, la quale, oltre ad esercitare sulle ricoverate la necessaria sorveglianza, le istruisca e le guidi nelle norme igieniche che il loro stato particolare richiede; allo stesso modo e con gli stessi scopi, pei quali noi con tanta convinta insistenza raccomandiamo a tutte le gestanti e puerpere sane di sottoporsi al controllo dei Consultori Ostetrici dell'O.N.M.I.

Nè può essere trascurata la designazione di un Consulente Ostetrico, che debba trovarsi in condizioni di rispondere con la necessaria prontezza alla chiamata dell'ostetrica nei casi, anche se rari, in cui la sua presenza sia richiesta in Sanatorio per complicazioni urgenti in ammalate intrasportabili.

* * *

Il *Reparto per gestanti, partorienti e puerpere tubercolose* funzionante nella Maternità della Provincia o nella Clinica Ostetrico-Ginecologica della zona deve avere annesso un *ambulatorio ostetrico-tisiatrico* con funzioni dispensariali, per poter esplicare senza interruzioni e con unità di indirizzo anche la necessaria azione di controllo e di cura sulle tubercolose gravide o puerpere dimesse dal reparto con la concessione del soggiorno e del trattamento nell'ambiente della loro famiglia. Il Reparto deve esser bene ubicato ed aerato, possibilmente con terrazze a *solarium*; deve avere una completa attrezzatura di ambiente, oltre che di mezzi di ricerca e di cura, e dev'essere sufficientemente isolato dal resto della Maternità o della Clinica, in modo particolare per quanto riguarda lo smaltimento dei detriti, la disinfezione delle stutacchiere e della biancheria, e l'uso delle suppellettili della mensa.

Il suo funzionamento dev'essere affidato in modo continuativo e non solo in veste di consulente, oltre che all'Ostetrico, ad un Tisiologo capace, avente a sua disposizione la possibilità di ogni ricerca, sia clinica che radiologica, e di ogni trattamento curativo adatto ai singoli casi (pneumotorace, frenico-exeresi, ecc.) compatibilmente con lo stato di gravidanza o di puerperio.

Ma a questo proposito una prima questione, che si presenta da risolvere, è quella se il Reparto specializzato per gestanti tubercolose debba essere unico nell'ambiente urbano del Capoluogo ed anche nel territorio più o meno

esteso della Provincia; oppure invece, se debba ritenersi più vantaggioso e più pratico che ogni Maternità, sia del centro che della provincia stessa, abbia un proprio Reparto per gestanti tubercolose.

La questione è già stata posta per Milano alcuni anni or sono; quando l'Autorità prefettizia richiese ai diversi Istituti pubblici di assistenza ostetrica della città, se fossero provvisti di tali reparti specializzati e come funzionassero. In quella occasione io non mancai di far rilevare, sia come direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica universitaria, che come direttore-consulente dell'Asilo «Regina Elena», che non mi pareva opportuno, per tante ovvie ragioni non esclusa quella economica, di disseminare le gravide tubercolose in tanti piccoli reparti quante erano le diverse Maternità, Cliniche e Sezioni Ostetriche pubbliche di Milano; ma che invece doveva ritenersi più vantaggioso, più utile e più agevole di raggrupparle in un unico ambiente presso la Clinica da me diretta, dove già avevo provveduto alla sua organizzazione nel modo più completo e più efficiente possibile. E così fino ad oggi fu fatto; anche se non mi consta che sia stata ancora emanata alcuna disposizione regolamentare per sancire l'obbligo del ricovero di tutte le gestanti tubercolose nel Reparto unico organizzato allo scopo, con quanto vantaggio è facile intuire, non solo per la cura delle pazienti ma anche, e sopra tutto, per la profilassi sia post-natale che generale della tubercolosi.

Ma la questione non va considerata solo per rapporto alle diverse eventuali Maternità del capoluogo della Provincia, bensì anche in relazione agli altri diversi Comparti Ostetrici eventualmente in funzione nel territorio provinciale.

Come sempre, anche qui esistono argomenti in favore ed altri in opposizione all'opportunità di moltiplicare nella stessa Provincia i Centri di ricovero e di cura per gestanti tubercolose. Principali fra i primi sono la convenienza di evitare un troppo disagiata allontanamento delle madri dalle loro famiglie, e la possibilità di ottenere in centri urbani meno affollati ambienti di soggiorno più rispondenti alle necessità curative specifiche e con diarie di degenza più modeste. D'altro lato, vi contrasta non solo l'esigenza manifesta che i Reparti specializzati siano organizzati con larghezza e provvisti di una completa attrezzatura assistenziale e curativa, e funzionino correttamente con l'opera di sanitari veramente competenti tanto nel campo tisiiatrico quanto in quello ostetrico; ma anche, e specialmente, la necessità assoluta che in immediata vicinanza del Reparto per l'assistenza e la cura delle madri esista e funzioni nel modo più possibile perfetto l'Istituto Provinciale di Assistenza all'Infanzia od una sua Sezione staccata, ma non per questo meno completa ed attiva, per dare pronto ricovero ed efficace assistenza ai piccoli nati, che devono essere allontanati dalle madri senza la necessità di viaggi lunghi o disagiati, specialmente pericolosi durante la stagione invernale.

Da ciò risultano evidenti ed anche preoccupanti, tanto dal punto di vista

assistenziale quanto da quello finanziario, gli svantaggi della frammentazione nella stessa Provincia di tali organizzazioni; e ne deriva la direttiva fondamentale di preferire, come regola, il funzionamento di un unico Reparto specializzato nella Maternità Provinciale principale in istretto allacciamento con l'Istituto Provinciale di Assistenza all'Infanzia (Brefotrofio), risiedenti entrambi nel capoluogo della Provincia; senza peraltro escludere la possibilità o la convenienza, specialmente in base ai risultati dell'esperienza acquisita, di fondare in seguito anche Reparti supplementari in Maternità della periferia, funzionanti a lato di Istituti Sanatoriali dislocati in altri punti della stessa Provincia, particolarmente quando questa abbia una circoscrizione notevolmente estesa, senza rapide ed agevoli vie di comunicazione.

Forse con tal mezzo si potrebbe anche in seguito ottenere un reclutamento più vasto di madri tubercolose dal territorio della Provincia, in confronto di quanto oggi non avvenga; cosicchè, ad esempio, nello stesso Reparto della mia Clinica a Milano il numero delle ricoverate provenienti dai Comuni della Provincia è tuttora minimo rispetto a quelle risiedenti nella metropoli. E con ciò il problema assistenziale e curativo delle madri tubercolose verrebbe a notevolmente avvantaggiarsi verso la sua soluzione totalitaria, rendendo in pari tempo largamente efficiente quello profilattico pre-natale.

I Reparti ostetrico-tisiatrici delle Cliniche e Maternità sono destinati ad accogliere le gestanti e partorienti tubercolose, sia allo scopo di ulteriori accertamenti diagnostici dopo un adeguato periodo di osservazione per trarne fondate direttive terapeutiche specialmente in rapporto con la risoluzione tempestiva del problema della convenienza o meno nel singolo caso della prosecuzione dello stato gravidico; sia per la necessità di una corretta assistenza al parto imminente, o di provvedimenti ostetrici particolari in casi di sopravvenute complicazioni, generali o locali. Più raramente il ricovero può esservi richiesto anche per puerpere recenti, sgravatesi a domicilio od altrove, ma bisognose di cure speciali, sia per quanto riguarda l'assistenza ostetrica in puerperio, che per quanto può aver rapporto con una non rara acutizzazione del processo morboso specifico in dipendenza delle modificate condizioni generali e respiratorie provocate dal puerperio stesso.

In generale, come venne già più volte ripetuto, l'ordinanza di ricovero in caso di gravidanza associata ad affezione morbosa specifica deve avere carattere d'urgenza, anche quando l'affezione stessa appaia lieve e la gravidanza sia da poco iniziata: e ciò perchè la determinazione delle direttive terapeutiche in ogni singolo caso, per riuscire veramente vantaggiosa, è bene che sia stabilita precocemente, anche quando per dare ad essa una base prognostica presuntiva fondata sia necessario un certo periodo di osservazione; e specialmente quando si debba concludere col proporre l'interruzione dello stato gravidico, che quasi mai può essere utilmente attuata se non a gravidanza poco progredita. A termine della gestazione, poi, si sia questa svolta a domi-



cilio sotto una più o meno assidua sorveglianza medica o nella Sezione Materna del Sanatorio, l'opportunità del ricovero nel Reparto Ostetrico per l'assistenza al parto e per le cure speciali ostetriche e medico-fisiche del periodo immediatamente ad esso susseguente, non ha bisogno di dimostrazione.

Ed è intuitivo, che nel Reparto specializzato debbano trovare pure ricovero e cure, tanto le gestanti tubercolose presentanti complicazioni più o meno gravi di natura ostetrica, come albuminuria, emorragie genitali, ecc., quanto le forme più avanzate di tubercolosi sotto la minaccia preoccupante di una interruzione spontanea della gravidanza, alla quale fa poi seguito, con frequenza ed a breve scadenza, l'esito letale. In generale, fatta sola eccezione per questi ultimi casi, il soggiorno nel Reparto dev'essere breve, e limitato od al periodo di osservazione indispensabile per decidere la linea di condotta terapeutica in rapporto con le condizioni particolari di ogni singolo caso, od a quello necessario per l'assistenza al parto ed alle prime settimane di puerperio, od anche per l'espletamento e per il trattamento post-operatorio dell'eventuale provvedimento ostetrico, in alcuni casi indispensabile.

Un soggiorno più lungo non dovrebbe mai essere consigliabile nè utile in un Reparto a carattere necessariamente più clinico che sanatoriale, e quasi sempre situato nell'interno di un centro cittadino. Ed è proprio per questo, che io mi sono sempre dichiarato per principio contrario alla creazione ed al funzionamento di vere Sezioni Sanatoriali nel seno di Cliniche Ostetriche: mentre ritengo, che per i soggiorni e le cure prolungate, si debba invece dare la preferenza alla organizzazione di Sezioni materne nei Sanatori.

In conclusione, i Reparti Ostetrici per gestanti tubercolose devono essere destinati ad accogliere:

- 1) tubercolose a gravidanza poco avanzata, inviate abitualmente dai Dispensari, più raramente da medici privati, ed eccezionalmente da Sanatori, per determinare, d'accordo con l'ostetrico e dopo un adeguato periodo di osservazione, la linea da seguire in rapporto con l'ulteriore evoluzione dello stato gravidico, oppure anche già con l'indicazione di massima della sua interruzione da ulteriormente vagliare e, se necessario, attuare;

- 2) gestanti presentatesi sia ai Consultori dell'O.N.M.I., che all'Ambulatorio Ostetrico-Ginecologico della Clinica o Maternità, o anche già accolte nelle loro sale, o provenienti da altre Maternità minori, nelle quali l'esame generale fatto dall'ostetrico e controllato dallo specialista fisiologo addetto alla Clinica stessa abbia fatto rilevare l'esistenza di note più o meno evidenti di alterazioni specifiche in più o meno manifesta attività, o comunque col pericolo di loro riattivazione;

- 3) gravide tubercolose in imminenza di parto, provenienti tanto dalla Sezione materna dei Sanatori, quanto dai Dispensari, od anche direttamente dal loro domicilio familiare, per essere assistite durante lo sgravio e nelle prime settimane di puerperio;

- 4) gravide tubercolose, che per la gravità delle loro lesioni specifiche

o per sopravvenute complicazioni ostetriche possono reclamare l'attuazione di cure o di provvedimenti ostetrici più o meno importanti ed urgenti;

5) puerpere recenti per l'assistenza e le cure, sia ostetriche che tisiatriche, che generalmente esigono le prime settimane di puerperio.

Come norma generale è bene, che il ricovero delle pazienti provenienti sia dai Dispensari antitubercolari, che dai Consultori ed Ambulatori ostetrici, e specialmente dal domicilio familiare privato, venga preceduto da una visita di accertamento e di controllo presso i Centri diagnostici comunali o consorziali funzionanti nelle diverse provincie; salvo necessariamente in casi di assoluta urgenza o di particolari difficoltà, nei quali allora il responso delle indagini e delle osservazioni fatte dallo specialista tisiologo addetto al Reparto stesso dovrebbe essere accolto col medesimo valore di quello abitualmente formulato dal Centro di accertamento.

Dopo l'espletamento del controllo delle caratteristiche cliniche della lesione e della sua più o meno manifesta tendenza evolutiva, o dopo soddisfatta la necessità dell'assistenza o del provvedimento ostetrico, che hanno consigliato il ricovero nel Reparto specializzato della Clinica o della Maternità, le pazienti dimesse debbono essere dirette od al Sanatorio in prosecuzione di cura, oppure devono far ritorno in famiglia affidate al loro medico privato, possibilmente però sempre sotto il controllo periodico di visite accurate presso un Dispensario, od anche, specie durante la prosecuzione della gravidanza, presso l'Ambulatorio speciale ostetrico-tisiatrico funzionante nella Clinica o nella Maternità.

* * *

Una organizzazione siffatta per le madri tubercolose, sebbene razionale e complessa, non necessita l'istituzione di organismi assistenziali e curativi nuovi, oltre a quelli attualmente già in funzione in tutte le nostre provincie; solo richiede un loro più armonico coordinamento ed una più intima collaborazione.

Anche il funzionamento degli speciali Reparti nelle Cliniche Ostetriche e nelle Maternità non esige un numero grande di posti-letto, dato che il soggiorno in essi delle pazienti viene limitato generalmente al periodo indispensabile per la determinazione di una direttiva proficua di trattamento, o per l'espletamento del necessario provvedimento ostetrico. Tanto è vero, che nella mia Clinica di Milano i 14 letti del Reparto sono stati sufficienti per dare ricovero nel quinquennio 1930-34 (vedi A. CASTELLI, Volume nel *Trentennio di fondazione della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica L. Mangiagalli di Milano*, Fidenza, 1936) ad 811 pazienti, comprendendo fra queste anche 65 ginecologiche affette da forme specifiche tubercolari; e si tenga conto, che di esse ben 200 vi sono rientrate una seconda, 100 una terza e 70 una quarta volta.

Fra le 746 ostetriche con 756 gravidanze, in 2/3 dei casi si trattava di forme lievi, ed in 1/3 circa di forme gravi.

E su 622 pazienti con gravidanze lasciate decorrere indisturbate, 530, cioè l'85,20 % portarono a termine 598 gravidanze dimostrando una influenza sfavorevole sul decorso della forma morbosa specifica solo nell'8,65 % di esse e dando alla luce nel 75,77 % dei casi bambini di peso del tutto normale (54,29 %) od anche superiore alla norma (21,48 %).

Le interruzioni spontanee della gravidanza si osservarono solo nel 14,30 % dei casi, col 6,43 % di aborti ed il 7,87 % di parti prematuri.

L'interruzione artificiale, che era stata proposta e discussa in 273 casi, non venne giudicata legittima ed attuata che 70 volte (9 % circa), mentre ben 199 volte venne respinta, e 4 volte proposta, ma non accettata.

Fra le 70 donne sottoposte ad interruzione, si registrarono a breve distanza da essa 4 morti, pari al 5,7 % di mortalità.

Fra le 622 con gravidanza indisturbata, 3 morirono nel decorso stesso della gravidanza (0,48 %); mentre delle 40 espletatesi con aborto spontaneo, 2 vennero a morte subito dopo, ed altre 5 facevano presumere la morte non lontana. E delle 49 terminatesi con parto prematuro 17, cioè il 34,69 %, cessarono di vivere già durante il puerperio.

Invece, delle 530 che hanno portato normalmente fino al termine le loro gestazioni, solo 18 nella proporzione del 4,17 %, si spensero entro l'anno dal parto.

Fra i bambini la nati-mortalità fu solo dell'1,08 % complessivamente per i parti prematuri ed a termine.

Però, più propriamente, nei parti prematuri spontanei la nati-mortalità fu del 4 %, ma dei nati-vivi poi ben il 66,66 % venne già a morte durante il primo mese: laddove nei parti a termine, con una nati-mortalità del 0,82 %, la mortalità infantile del primo anno fu del 25,11 %.

Nel complesso i risultati sono stati già soddisfacenti; ma è importante notare, che in questi ultimi anni essi sono andati accentuandosi e che nutriamo ancora fiducia di poter migliorarli ed estenderli, intensificando e perfezionando la nostra attività curativa ed assistenziale.

* * *

Dopo avvenuto il parto, ai confini fra l'opera dell'Ostetrico e quella del Pediatra, si presenta il problema dell'assistenza ai neonati da madri tubercolose. Problema, che a Milano già da alcuni anni per mia iniziativa, ma non senza difficoltà, ha avuto la soluzione più logica e più pratica per merito principale dei colleghi BELLÌ, CASTELLI e BRUSA, animati da un alto senso di idealità sociale e di volonterosa e fattiva collaborazione; anche se a tutt'oggi non si possa dire di avere raggiunto, nella sua realizzazione, quell'estensione totalitaria e perfetta, che è nelle nostre aspirazioni.

Non è qui il caso di rifare la storia delle tappe, attraverso le quali l'accordo fra la direzione della Clinica Ginecologica « L. Mangiagalli », quella del Consorzio Provinciale Antitubercolare, e quella dell'Istituto Provinciale di Assistenza all'Infanzia ha potuto divenire completo, operante ed efficiente, anche per l'interessamento della Federazione Provinciale dell'O.N.M.I. ed il concorso generoso, specialmente in casi urgenti e di difficile soluzione, della Commissione delle Dame Visitatrici della stessa Clinica.

Fino a poco fa si era già ottenuto con facilità che, oltre i neonati illegittimi di tubercolose, anche quelli da madri tubercolose legittime aventi domicilio di soccorso nella Provincia di Milano venissero immediatamente accolti dall'Istituto Provinciale di Assistenza alla Infanzia (Brefotrofio) a carico del Consorzio Milanese; ma meno facile riusciva il provvedimento di ricovero per i nati da madri legittime con domicilio di soccorso in altre provincie. Nè sempre le pratiche necessarie in tali casi potevano ottenere presso l'O.N.M.I. quella urgente risoluzione, che le esigenze dei piccoli rimasti senza il latte e le cure materne necessariamente dovevano imporre.

Ma oggi la illuminata liberalità e l'autorevole competenza del collega prof. BRUSA ha ormai superato ogni ostacolo ed eliminato ogni motivo di ritardo nell'attuazione del provvedimento umanitario, che è condizione basale fondamentale per la realizzazione dell'opera profilattica a vantaggio dei piccoli innocenti virgulti, avendo egli adottato la norma di accogliere senza pratiche burocratiche preliminari, nell'Istituto da lui diretto, purchè accompagnato da una dichiarazione dello specialista fisiologo in funzione nel Reparto per gestanti tubercolose della Clinica, controfirmata dal Dirigente ostetrico del Reparto stesso, nella quale si attesti la natura sicuramente specifica dell'affezione morbosa presentata dalla madre.

Al ricovero urgente del piccolo nelle sale dell'Istituto benefico ed all'inizio immediato dei provvedimenti di allevamento e di assistenza per lui indispensabili, dovrà poi seguire il regolare svolgimento burocratico delle pratiche amministrative per la determinazione ed il recupero delle spese per esso incontrate a carico dell'Ente, al quale ne risulterà spettare legalmente l'onere.

Ma, se con ciò resta rimossa la difficoltà principale per la realizzazione del compito di provvedere all'allontanamento del piccino fin dal momento della sua nascita dalla madre tubercolosa contagiante e dall'ambiente impuro della sua famiglia, senza privarlo di quelle cure e di quell'allattamento possibilmente umano, che la sua condizione di non infrequente relativa debilità congenita più che mai esige; non è però a credere, che poi nella pratica attuazione del provvedimento umano e benefico non si possano incontrare altri inaspettati o dannosi ritardi.

Primo fra questi è la necessità, che l'allontanamento del nato legittimo dalla famiglia sia accettato preliminarmente dai familiari. Ed infatti non sono eccezionali i casi, in cui la famiglia vi faccia opposizione; salvo magari poi,

come talvolta è avvenuto, richiedere il ricovero nel Brefotrofio dello stesso bambino dopo trascorsi alcuni mesi di soggiorno pericoloso nell'ambiente domestico, per un senso di tardivo ravvedimento, ma quando ormai la realizzazione di un'efficace profilassi non è più praticamente raggiungibile.

Ad evitare tale grave inconveniente, occorre un'opera di paziente educazione e di persuasione da fare presso le famiglie, già prima dello sgravio. E l'esperienza ci dà fondate speranze di potere alla fine togliere fra breve di mezzo, quasi senza eccezione, questa sia pur comprensibile ma artificiosa difficoltà; in quanto di anno in anno vediamo progressivamente diminuire la frequenza, con cui essa viene frapposta alla nostra opera previdente ed umanitaria.

Una raccomandazione da fare nell'attuazione di provvedimenti profilattici a vantaggio del piccolo nato, è pure quella, che nel giudicare dell'opportunità dell'isolamento del neonato non si tenga conto solo del possibile pericolo di contagio da parte delle lesioni specifiche materne, ma anche di quelle dell'ambiente familiare nel suo complesso, quando la presenza in esso, sia del padre che di altri congiunti infettivi, reclami il preventivo risanamento dell'ambiente domestico con l'allontanamento dell'ammalato pericoloso, o, nella impossibilità di ciò fare, esiga anche in simili circostanze il ricovero del neonato nell'Istituto Provinciale per l'Assistenza all'Infanzia.

Non v'ha dubbio, che l'accoglimento per un tempo sufficientemente lungo dei neonati da madre tubercolosa nell'Istituto Brefotrofico Provinciale con la garanzia dell'allattamento e delle cure particolari, che il loro stato esige, rappresenta oggi il provvedimento più razionale e più efficace per preservarli da ogni occasione di contagio post-natale e per favorire il loro sviluppo ulteriore in condizioni soddisfacenti di robustezza e di salute; ma non si può d'altra parte disconoscere, che per esso, se attuato con larghezza, debbono venire notevolmente oberati gli Enti assistenziali che ne devono sostenere il peso finanziario e che, d'altra parte, anche l'attaccamento della famiglia per i piccoli da essa allontanati viene non raramente a notevolmente rallentarsi.

Per ciò, pure adottando la separazione del neonato dalla famiglia con una necessaria larghezza, bisogna nello stesso tempo non dimenticare, che essa non è però sempre assolutamente necessaria per tutti i figli nati da madri colpite da affezioni morbose specifiche, qualunque sia la loro forma clinica e la loro più o meno manifesta attività. L'esperienza acquisita nel nostro Reparto ci dice, che oggi circa due terzi dei nati da madre tubercolosa passano per l'allevamento al Brefotrofio.

Nelle forme materne non attive, infatti, e non infettanti, che rappresentano un numero fortunatamente non piccolo di quelle che cadono sotto la nostra osservazione, se l'ambiente familiare non è per se stesso sfavorevole, il bambino può esser lasciato per l'allevamento alla madre. In tali casi potremmo trovarci però non raramente costretti a privare il piccino del latte materno, per le condizioni generali di nutrizione e di resistenza non sempre

decisamente confortanti della madre; ed allora l'esperienza ha dimostrato, che anche con le cure materne l'allattamento artificiale non dà che scarse probabilità di successo.

Più favorevoli invece saranno i casi, in cui la cessazione da qualche tempo avvenuta di ogni attività del processo specifico con buone condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione ci permetterà di concedere, col soggiorno del piccino in famiglia, anche l'allattamento materno, sia pure abbreviato nella sua durata ed integrato con un allattamento misto.

Però sempre, senza eccezione, dobbiamo mettere come condizione fondamentale per le nostre concessioni, che la madre sia tenuta per lungo tempo sotto il controllo di uno specialista tisiologo, e che il bambino sia assiduamente vigilato dal pediatra; per essere pronti a cambiare rotta, e per attuare adeguati provvedimenti, appena l'affezione materna presenti segni anche lievi di riattivazione o lo sviluppo del bambino appaia non soddisfacente.

Ma qui mi accorgo, che sto oltrepassando la zona di confine, per invadere il territorio affidato per la profilassi post-natale della tubercolosi alla competenza particolare del pediatra: per cui ritengo esaurito il mio compito, e cedo la parola al collega ed amico prof. BRUSA, che si prepara a svolgere la trattazione a lui assegnata, coi lumi della sua profonda cultura e coi frutti della sua vasta esperienza.

55503



~~334751~~

