



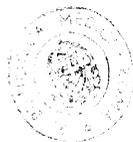
1839

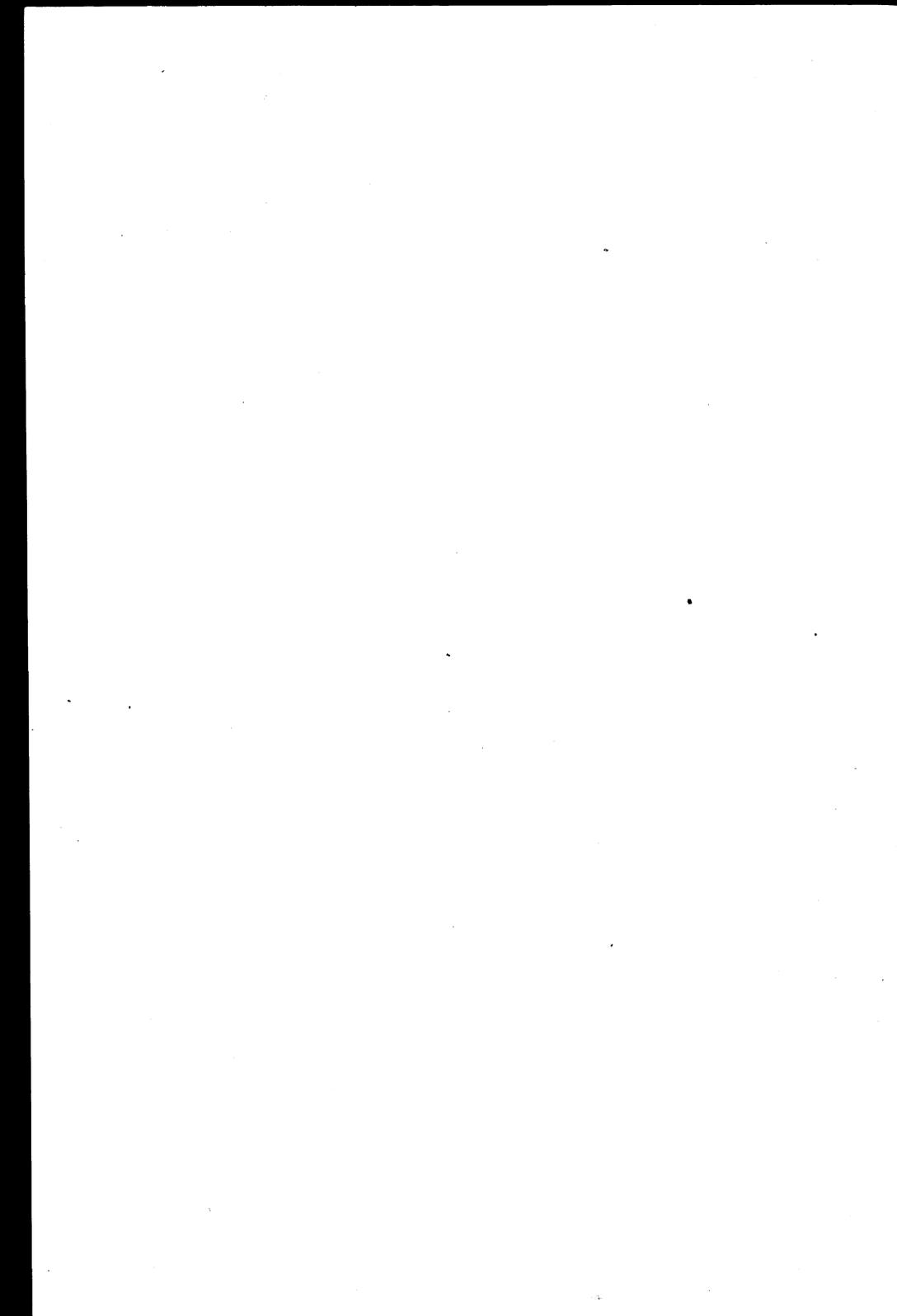
Prof. ROBERTO BOMPIANI

Primario del Reparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale di S. Spirito in Roma

Profilassi pre e postnatale della sifilide congenita

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII - N. 7, del 15 aprile 1939-XVII)





Prof. ROBERTO BOMPIANI

Primario del Reparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale di S. Spirito in Roma

Profilassi pre e postnatale della sifilide congenita

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno VIII - N. 7, del 15 aprile 1939-XVII)





Importanza del problema.

Il problema della profilassi della sifilide ereditaria non è certo meno importante di quello della profilassi pre e postnatale della tubercolosi, argomento sul quale, attraverso un congresso che ha avuto larga risonanza, è stata richiamata l'attenzione di quanti medici e sociologi s'interessano ai problemi della sanità della Stirpe. Sulla profilassi invece della sifilide congenita nel periodo prenatale solo qualche circolare della Direzione di Sanità è venuta a richiamare l'attenzione delle autorità provinciali e comunali sulla necessità della cura durante la gravidanza ad ovviare ai disastrosi effetti del male sulla futura prole. Non che in precedenza siano mancate voci autorevoli di ostetrici e pediatri sulla straordinaria diffusione della malattia e sui danni che essa determina sul prodotto del concepimento fin nelle viscere materne e successivamente nei primi anni di vita; nè che da parte di un congresso di sifilografi si sia mancato di gettare il grido di allarme sul danno che la *lues* nella forma congenita arreca al problema numerico e qualitativo della popolazione!

Tuttavia, il pubblico, compreso quello medico, mentre ha sentito tutta l'importanza della lotta antitubercolare e si è commosso dinanzi alle cifre di morbidità e di mortalità per questa malattia, non si è impressionato dinanzi alle 60.000 vite che ogni anno — secondo i calcoli dei professori CROSTI e LISI — miete la sifilide, delle quali 30.000 per la forma congenita. Sono infatti circa 10.000 gli aborti per questa causa, 10.000 i parti prematuri con feti morti o bambini che muoiono nei primissimi giorni dopo la nascita ed altrettanti gli individui che si spen-

gono, sempre a causa di questa tara ereditaria, nel primo ventennio.

Valutazione che abbiamo ragione di ritenere non esagerata e forse anche inferiore alla realtà, perchè ad esempio se ci attenessimo al computo del MICHELI sulle cause di natinconatimortalità rilevata nelle grandi cliniche e maternità ospedaliere, dovremmo raddoppiare la cifra dei nati morti e dei morti nei primi giorni di vita, un complesso di circa 20.000 vite sopra le 65.000 circa che ne vanno perdute ogni anno al momento di venire alla luce o subito dopo. Cifra uguale a quella calcolata per la Francia dal COUVELAIRE; mentre, per questa ultima Nazione, la mortalità solo nel primo triennio di vita dovuta alla *lues* congenita, veniva valutata dal LEREDDE in 40.000 unità.

Ma anche attenendoci alle 30.000 vite segnalate dai proff. CROSTI e LISI come danno demografico del quale la sifilide congenita è da noi direttamente responsabile, non possiamo limitarlo soltanto a questo, essendo noto come la stessa malattia agisca come concausa di morbidità di molte altre malattie, specie nell'età infantile.

NASSO, ad esempio, a Napoli, ha potuto vedere che nel 70% almeno delle cardiopatie della prima infanzia si riscontrano i segni dell'eredolue: questi stessi segni sono presenti nel 50% delle disendocrinosi; nel 68% degli epilettici, nell'80% dei diplegici spastici. Analoghe percentuali hanno trovato DI STEFANO per le cardiopatie e CERLETTI per l'epilessia; mentre CARONIA, nella tubercolosi ossea, rileva l'eredolue nel 74%. Pur considerando queste percentuali come particolarmente elevate, concludono CRO-

sti e Lisi, appare indubbio che la sifilide ereditaria si riscontra con una frequenza tutt'altro che indifferente nella patologia infantile, in particolare dell'apparato circolatorio, dell'endocrino, del sistema nervoso. Secondo VERROTTI, poi, il sistema neuropsichico ne sarebbe particolarmente colpito, tanto nella ereditaria di prima che di seconda generazione: in questo caso prevalrebbero le forme a carattere degenerativo. MADDEL su 400 bambini ricoverati in manicomio, ne trovò il 43% di ereditari; mentre BATONNEAU su 200 casi di encefalopatie infantili con idiozia, ne rileva il 50% con sifilide congenita.

Danno dunque non soltanto demografico ma eugenico e sociale, sia per quanto riflette il problema qualitativo della popolazione, sia per quanto riguarda lo Stato negli oneri che deve sostenere per un così gran numero di minorati fisici e psichici. A valutare approssimativamente quest'ultimo, basterà dire che si calcola che siano non meno di 5000 i ciechi, 20.000 i sordomuti e 30.000 i ricoverati negli istituti psichiatrici che debbono la loro infermità all'eredità!

Di fronte a questa enorme perdita di vite umane sacrificate ancor prima di venire alla luce ed ancora a questa enorme congerie di individui che portano fin dalla nascita il marchio della loro tara ereditaria, abbiamo l'obbligo di domandarci se la lotta contro i danni arrecati da questa malattia sia sufficientemente organizzata o non abbia bisogno, almeno nella pratica attuazione, di qualche ritocco che valga ad assicurarle risultati migliori.

Metodi e mezzi di profilassi.

Come è noto la profilassi della sifilide ereditaria deve svolgersi in tre settori:

1) nel periodo preconcezionale; 2) in quello concezionale e per tutta la durata della gestazione; 3) in quello postnatale e per tutta la durata della prima infanzia.

Nel periodo preconcezionale. — Si fonda sulla possibilità di curare intensamente e prolungatamente la sifilide acquistata prima che il soggetto arrivi al matrimonio ed alla procreazione. I limiti di tempo fissati da alcuni sifilo-

grafi in 3 o 4 anni prima di concedere il matrimonio, hanno valore purchè la cura sia stata ben condotta, con dosi sufficienti di preparati arsenicali associati alla bismuto- e mercurioterapia; e quando, le reazioni sierologiche ripetutamente eseguite a distanza di tempo e dopo riattivazione riescano negative.

Nelle classi colte e negli individui coscienti avviene infatti che il soggetto che sa di aver avuto la sifilide si cura a lungo prima di sposarsi e non lo faccia altro che quando uno specialista di sicuro nome lo abbia rassicurato che non infetterà la moglie e che potrà avere figli sani. Ma nelle classi meno evolute come vanno le cose? Il soggetto fino a che ha manifestazioni in atto si cura presso i dispensari celtici o presso i reparti ospedalieri della specialità, ma una volta dimesso e cessato il primo ciclo di iniezioni, se non ha disturbi, difficilmente vi ritorna; o se lo fa, lo fa solo saltuariamente, ad intervalli irregolari, a seconda che glielo permettono le sue occupazioni ed il senso di responsabilità verso se stesso e verso la futura famiglia. Più spesso si dirige verso pseudospecialisti che dopo qualche iniezione endovenosa ed una R. W. non di rado eseguita alla macchia, e cioè senza sufficienti garanzie di attendibilità, lo dichiarano guarito.

Avviene così che la sifilide passa allo stato latente, ma non per questo è meno dannosa per il prodotto del concepimento se l'uomo avrà la ventura di sposarsi e la moglie di rimanere incinta! La donna completamente ignara della pregressa malattia del marito va incontro ad una serie di aborti o di gravidanze che s'interrompono prematuramente, con nascita di feti morti macerati o di bambini vivi che muoiono però nei primi giorni dopo la nascita. A spiegare la causa dell'aborto o della morte del feto nell'utero, vengono invocati i più svariati momenti etiopatogenetici, dalla caduta allo spavento, dalla cattiva posizione del bambino ai giri di funicolo intorno al collo, ecc.; e non è che dopo una serie di queste esperienze dolorose, di questi infortuni della maternità, che la donna si rivolge agli ambulatori ostetrici od allo specialista privato per conoscere la ragione di questa sua incapacità di mettere al mondo un bambino vivo e vitale.

La quale, alla mente dell'ostetrico sperimentato, si risolve in una sola formula terapeutica: « necessità della cura antiluetica ben condotta e protratta per tutta la durata della gravidanza ». Ed è questo il secondo settore e certamente il più importante nel quale si deve svolgere l'opera di profilassi della lue congenita.

Nel periodo concezionale e per tutta la durata della gravidanza. — E' infatti soltanto mediante una cura iniziata non più tardi del terzo mese di gestazione e protratta fino al termine, che è possibile ovviare ai danni della sifilide sul prodotto del concepimento, sia essa di origine paterna o materna, acquisita od ereditaria.

Riporto dal PHILIPP alcuni dati dimostrativi: su 100 donne sifilitiche non curate si ebbero solo 5 bambini vivi; su 100 donne sifilitiche curate prima della gravidanza si ebbero solo 22 bambini vivi; su 100 donne sifilitiche curate durante la gravidanza, si ebbero 80 bambini vivi e sani. La KLOB porta anzi questa cifra al 90 per cento.

Nè gli effetti si limitano al momento della nascita, ma hanno valore almeno per quanto riguarda la mortalità del primo anno di vita! BRUSA e SANNA hanno infatti potuto constatare nei bambini accolti nell'Istituto per la protezione della Maternità e dell'Infanzia di Milano, una mortalità del 62 % per i nati di donne luetiche che ignoravano la loro infezione al momento del parto; del 27 % per i nati di donne che, pur sapendo di essere ammalate, si erano curate in modo irregolare ed insufficiente; del 12 % per i figli di donne il cui contagio risaliva a prima della gravidanza e che curatesi presentavano al momento del parto una R. W. negativa; e finalmente del 7 % per i nati di donne che si erano assiduamente ed intensamente curate per tutta la durata della gestazione.

Sarebbe dunque possibile ridurre notevolmente la perdita demografica dovuta alla lue congenita ed ancora diminuire notevolmente il numero dei minorati fisici e psichici dovuti a questa malattia, soltanto che i genitori si curassero prima di mettere al mondo dei figli, od

almeno che la madre si curasse durante e per tutta la durata della gravidanza!

Com'è allora che in pratica le cose non vanno così? Com'è che, malgrado le ingenti somme che spende lo Stato per la lotta contro le malattie veneree, i risultati, almeno da questo punto di vista, non sono quelli che dovrebbero essere?

Vi si oppone da un lato l'ignoranza del pubblico, che non sa e non comprende tutta l'importanza di queste cure condotte nella madre a salvaguardia del nascituro; dall'altra quella di molti medici, i quali si formalizzano di fronte ad una R. W. negativa per negare la sifilide e l'opportunità di una cura a vantaggio del prodotto del concepimento. A questi due fattori principali di assenteismo terapeutico, altri se ne aggiungono d'indole contingente. Da un lato l'alto costo dei preparati neosalvarsanici, gli unici veramente efficaci durante lo stato di gestazione; la necessità che queste cure siano protratte per tutta la durata della gravidanza con notevole dispendio di tempo e di danaro; il pregiudizio che durante questo stato possano riuscire pericolose più che fuori di esso; la necessità per tutte le donne di condizione non agiata di dover ricorrere agli ambulatori cellici, per i quali, specie quelle regolarmente coniugate, sentono ripugnanza essendo gli stessi ambulatori frequentati per la maggioranza da prostitute e da gente di malaffare.

Ad ovviare queste ultime difficoltà è intervenuta fin dal 1934 una circolare del Ministero dell'Interno, firmata personalmente da S. E. il Capo del Governo, la quale prescrive l'obbligo del ricovero nei reparti ostetrici delle donne che in gravidanza abbiano bisogno di cure antiluetiche a vantaggio dei nascituri; ma è chiaro che, trattandosi di cure che durano più e più mesi, poche donne se la sentono di abbandonare la casa, il marito e le proprie occupazioni, per un figlio che potrà sì e no venire alla luce! D'altra parte, se tutte le donne che hanno bisogno di cure antiluetiche, venissero ospitalizzate, bisognerebbe moltiplicare almeno di un terzo il numero dei letti per le gestanti di povera condizione!

Necessità di ambulatori per la profilassi della sifilide congenita annessi alle cliniche universitarie ed alle grandi maternità ospedaliere.

Fino a che la profilassi della sifilide ereditaria rimarrà affidata agli ambulatori celtici ed ai grandi reparti di specialità clinici ed ospedalieri, è chiaro che non si potranno ottenere che risultati assai limitati. Nella migliore delle ipotesi vi accedono infatti soltanto quelle donne che sanno di aver contratto la sifilide prima o con il matrimonio; quelle che presentano manifestazioni in atto; quelle che, durante un ricovero ospedaliero per altre affezioni, hanno dimostrato una R. W. positiva e sono state consigliate a curarsi per evitare altri guai nell'avvenire.

Ma la sifilide della donna, sia quella coniugale, sia e più ancora quella ereditaria, molte volte è muta; muta nelle manifestazioni obbiettive e subbiettive, muta anche non di rado nelle reazioni sierologiche. Essa si rivela soltanto attraverso i danni che arreca al prodotto del concepimento; cade quindi esclusivamente sotto il dominio dell'ostetrico, il solo che attraverso elementi rilevabili sull'uovo e sui singoli componenti di esso ed attraverso un'anamnesi famigliare ed individuale ben condotta, si trova in grado di porre il fondato sospetto di lues, che giustifica — in occasione di una nuova gravidanza — la terapia specifica.

Non è qui il caso che io mi soffermi ad elencare tutti questi elementi presuntivi — specialmente d'indole ostetrica — che hanno valore per supporre attendibilmente la malattia: espulsione precoce o prematura del prodotto del concepimento, nascita di feti morti macerati, sproporzione feto-placentare, idramnios acuto al IV-V mese, od invece ad andamento lento associato ad un feto piccolo, albuminuria massiva manifestantesi talora con il quadro del distacco di placenta normalmente inserita, le piccole emorragie subcontinue nei mesi precoci od avanzati di gravidanza, la nascita di feti o di bambini presentanti anomalie di conformazione o di sviluppo, od anche vere mostruosità, od ancora di bambini apparentemente normali ma nei quali l'esame obbiettivo praticato fin dai primi giorni dalla nascita rivela o un fegato grosso,

o una milza esagerata, o una curva del peso che non soddisfa.

Tutti questi elementi ed altri che sarebbe troppo lungo elencare, se ciascuno di per sé non è sufficiente ad ammettere un giustificato sospetto di lues, ritrovati associati e più che tutto messi in rapporto ad altri esiti di gravidanze od alla sorte di altri bambini, hanno valore per supporre la malattia, la quale non sempre avrà la convalida delle reazioni sierologiche.

E' questo un punto, sul quale, come ho detto, ritengo doveroso insistere, perchè non soltanto i profani ma troppi medici credono all'equazione: R. W. negativa = assenza di sifilide; R. W. + + + = sifilide in atto. No, in gravidanza — o meglio nello stato puerperale — non è sempre così!

Ecco alcuni dati in proposito ricavati nella maternità che ho l'onore di dirigere: sopra un complesso di 1.300 donne accettate in un quadrimestre dell'anno passato, la R. W. eseguita presso il laboratorio centrale dell'ospedale, dette una positività del 9%, prova intanto della frequenza della malattia. Quella della Cithocol e della Kahn fu invece di circa il 12%, differenza che facilmente si spiega conoscendo la maggior sensibilità di queste reazioni ed il fatto che possono riuscire positive anche per lievi rialzi termici.

Più interessante ed utile alla dimostrazione del nostro asserto riesce il confronto tra i risultati della R. W. praticata nella madre e la sorte dei feti. Dallo spoglio dei casi risulta infatti che si ebbero:

bambini vivi con segni di lues e R. W. negativa nella madre	n. 3 casi
bambini morti con segni di lues e R. W. negativa nella madre	» 10 »
bambini vivi senza segni di lues e R. W. positiva nella madre	» 37 »
bambini morti con segni di lues e R. W. positiva nella madre	» 20 »

Si ebbero poi 19 immaturi (prematùrità non dipendente da gemelliparità, albuminuria, cause traumatiche, ecc.) con R. W. materna negativa, ed 11 bambini presentati malconformazioni egualmente con R. W. negativa nelle madri, pur essendo per alcuni di essi assai forte il dubbio di una lues ereditaria.

Potremmo fermarci a considerare perchè la

R. W. e le altre reazioni sierologiche eseguite in gravidanza non sieno sempre attendibili; basterà dire che le condizioni umorali legate alla puerperalità non di rado ne deformano i risultati; e che non sempre nei casi di sifilide allo stato latente, di sifilide congenita, ed ancora di sifilide coniugale, la R. W. riesce positiva. Le statistiche dei vari AA. danno una percentuale di negatività che si aggira sul 15%. Affidarci perciò esclusivamente alle reazioni sierologiche per intraprendere una cura antiluetica a vantaggio del prodotto del concepimento sarebbe un errore. E l'esperienza clinica lo conferma: quanti sono i casi in cui con una R. W. negativa nei genitori e però elementi clinici positivi, una cura antiluetica ben condotta e per tutta la durata della gravidanza è riuscita a dare alla madre la gioia di un bambino vivo e sano? E' difficile dare percentuali, ma è certo che ciascun ostetrico che abbia una certa esperienza annovera a decine questi casi.

Ma c'è un'altra ragione, e questa prevalentemente di opportunità e d'indole morale, per la quale è bene che questo servizio di profilassi sia affidato alle cliniche ostetriche universitarie ed alle maternità ospedaliere! Abbiamo già detto come molte donne del popolo, sia per ignoranza, sia per scarso interesse delle cose che le riguardano, sia ancora perchè distolte dalle occupazioni per la casa e per la famiglia, difficilmente si persuadano a curarsi per tutta la durata della gestazione. Tanto più difficilmente lo fanno, se debbono recarsi presso gli ambulatori celtici; seguono invece più facilmente il consiglio se sono invitate a tornare là dove hanno già abortito, o partorito, e dove dovranno tornare in occasione di un nuovo sgravio! Nessuno, d'altra parte, meglio dell'ostetrico che ha assistito al dramma della nascita di un feto morto macerato là dove era atteso un bimbo, nuova sorgente di vita e di amore, ha in sè tanto ascendente per persuadere la donna della necessità di questa cura, ed ottenere che essa ritorni regolarmente presso la maternità per effettuarla.

C'è infine una terza ragione, e questa d'indole tecnica, per la quale è bene che questa profilassi antiluetica del nascituro sia guidata dall'ostetrico. Il medico generico e qualche volta anche

lo specialista, rifuggono in gravidanza dalle iniezioni endovenose e specialmente dall'uso degli arsenobenzoli; lo stato di meciopragia epatorenale indotto dalla gravidanza costituiscono per lui uno spauracchio di prim'ordine! Più spesso si limita perciò alla somministrazione per via endomuscolare di un preparato di bismuto o di calomelano ed a qualche iniezione di biioduro di mercurio. Senza dubbio è possibile anche con questi preparati ottenere qualche risultato favorevole, ma non bisogna dimenticare che i sali dei metalli pesanti — specialmente se sospesi in veicolo oleoso — vengono in gran parte trattenuti dalla placenta ed il feto non ne beneficia che in minima quantità. Se si vogliono dunque ottenere risultati certi, od almeno molto migliori, occorrono i preparati arsenicali, il neosalvarsan ed il Neo I.C.I. per via endovenosa ed almeno nel quantitativo di tre serie complete.

Se si ha paura delle forti dosi si potranno ripetere quelle da 45 e da 60 anche due o tre volte; l'importante è di somministrare circa i 3 grammi per serie. Se si ha poi qualche dubbio sulla tolleranza del preparato, il neosalvarsan potrà essere sciolto in epatoamine (Piam) o in deckolin; solo qualora esistano dermatosi tossiche, converrà rinunciare alla cura, e condurla con maggiore prudenza quando siano presenti altre complicazioni d'indole medica. Tracce di albumina non la controindicano.

Stabilita l'utilità e la opportunità che questi ambulatori per la profilassi della sifilide ereditaria siano annessi alle cliniche ostetriche universitarie ed alle grandi maternità ospedaliere, viene ora la questione finanziaria. Non si tratta di grandi spese perchè per il personale basta vi sia addetto uno degli assistenti ed una levatrice di quelle che fanno già servizio in reparto, il primo che pratici le iniezioni, la seconda che tenga in ordine l'apposito schedario; ma son pur necessari i fondi per l'acquisto degli arsenobenzoli e degli altri preparati che di volta in volta si ritenessero necessari. Ora le amministrazioni ospedaliere, dato il costo, relativamente elevato di tali preparati, non vogliono saperne di fornirli — specie quando si tratti di cure ambulatorie —; molto più i bilanci delle clini-

che universitarie non possono permettersi questi lussi! Sarebbe quindi necessario che l'O.N. M.I. assumesse in proprio quest'onere e che la Direzione di Sanità sancisse, attraverso precise disposizioni, l'obbligo da parte degli Enti ospitalieri di fornire tali preparati per un servizio che è tutto a vantaggio della Stirpe; salvo questi ultimi Enti a rivalersi presso l'Opera Maternità ed Infanzia delle spese incontrate.

E veniamo al terzo settore di profilassi della sifilide congenita, quello del

Periodo postnatale. — Questi stessi ambulatori di prevenzione della sifilide congenita durante il periodo di gestazione, annessi alle cliniche ostetriche ed alle maternità ospedaliere, sono quelli che meglio si prestano, sotto forma di consultazioni per lattanti, alla profilassi nel periodo postnatale. La madre che è stata assistita e curata per tutta la gravidanza, che ha visto come è stato osservato e seguito il suo bambino fin dal momento della nascita e per i primi otto giorni di vita, non ristarrà dal condurre l'infante dal pediatra nipiologo addetto alla maternità. Questi, d'altra parte, meglio di qualsiasi altro medico si trova nella facoltà di giudicare sull'opportunità della cura e sul modo onde essa deve essere condotta, perchè, a differenza degli altri medici, ha in suo possesso tutti i dati rilevati al momento del parto: sproporzione fetoplacenta-

le, aspetto e caratteri della placenta, quantità del liquido amniotico, esame del sangue preso dal cordone al momento del parto, dati riflettenti i vari organi, eventuale radiografia eseguita subito dopo la nascita, ecc., elementi tutti che insieme alla curva dell'accrescimento e ad altri dati che potranno manifestarsi sull'infante in prosieguo di tempo, hanno valore per stabilire la necessità o meno e come il bambino debba essere curato.

La madre verrà, perciò, invitata a farsi rivedere con il suo piccolo dopo un mese da che ha lasciato il reparto e successivamente ogni due mesi fino all'epoca dello svezzamento; dopo di che il bambino passerà in forza — per così dire — agli ambulatori delle cliniche o degli ospedali pediatrici.

Questi ambulatori per la profilassi della sifilide congenita sia nel periodo gravidico che in quello postnatale, hanno dato già ottimi risultati in altre Nazioni (specialmente in Francia ed in America) ed anche da noi (ne esiste uno, istituito da un ventennio, presso la maternità e brefotrofo di Verona, ed uno ne è stato da circa un anno da me istituito presso la maternità di S. Spirito in Roma), ma è da augurarsi che si moltiplichino senza incontrare difficoltà, specie da parte delle Amministrazioni ospedaliere a causa dell'onere finanziario, nell'interesse della Nazione.

59007

~~59007~~

