



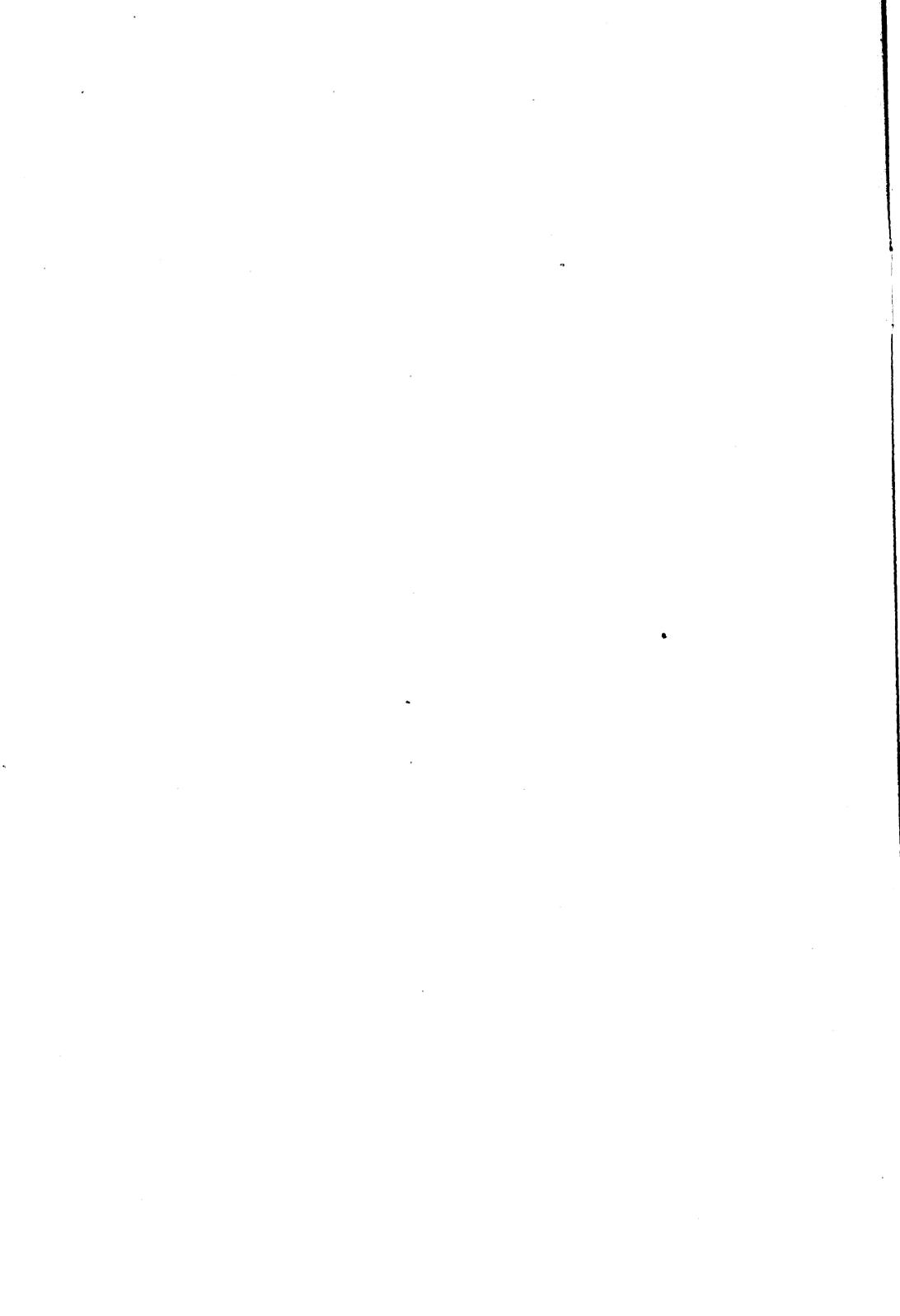
Prof. PAOLO GAIFAMI

*Direttore della Clinica ostetrica e ginecologica
della R. Università di Roma*

Sulla denuncia degli aborti extrauterini e sul concetto di aborto dal lato legale e ginecologico

Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno VIII, n. 2, del 31 gennaio 1939-XVII





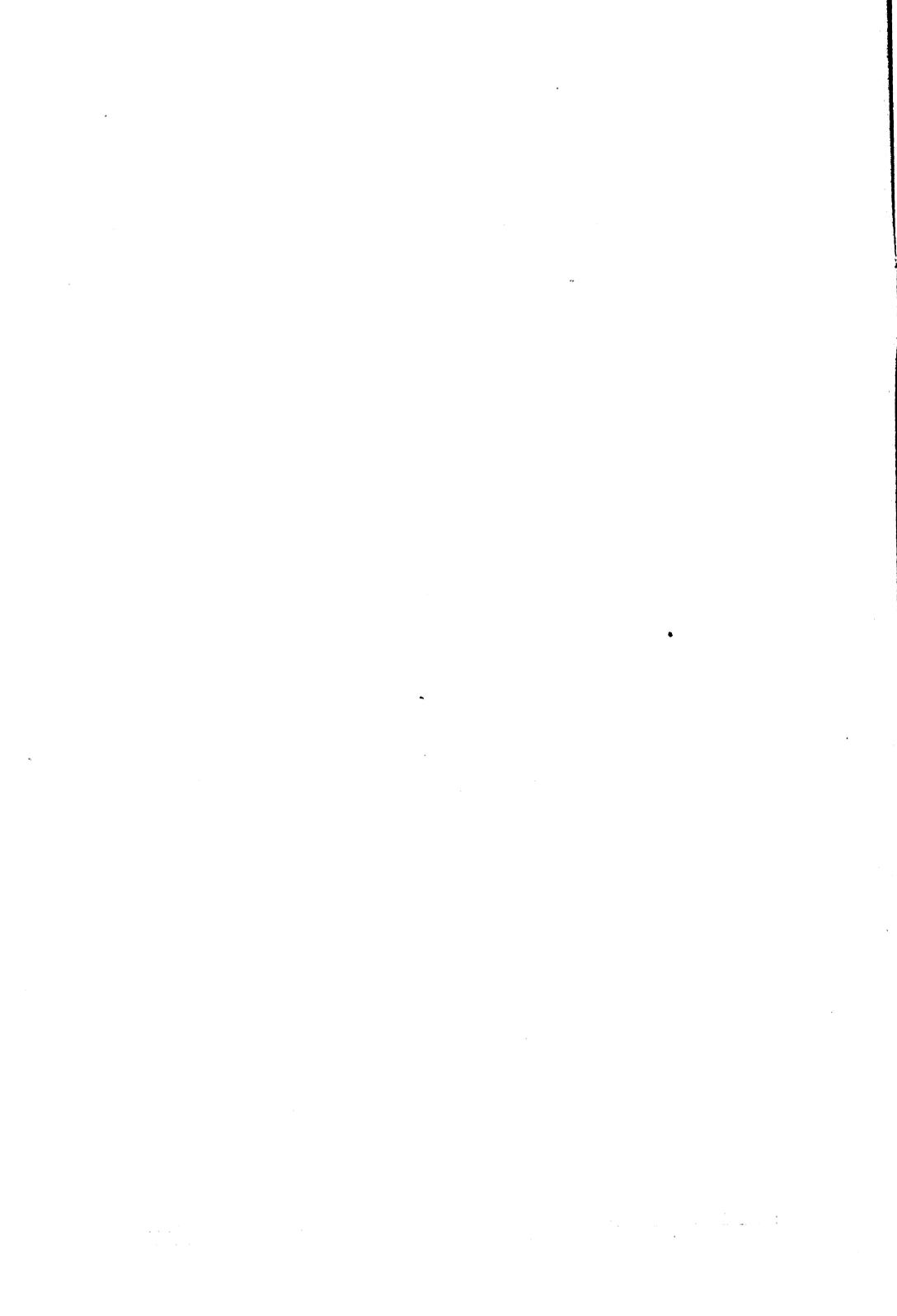
Prof. PAOLO GAIFAMI

*Direttore della Clinica ostetrica e ginecologica
della R. Università di Roma*

Sulla denuncia degli aborti extrauterini e sul concetto di aborto dal lato legale e ginecologico

Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno VIII, n. 2, del 31 gennaio 1939-XVII





Nel numero di dicembre 1938 di «Le Forze Sanitarie» il prof. B. BOLDRINI, sotto il titolo *La gravidanza extra-uterina non è una gravidanza?*, ha esposto alcune sue vedute a favore dell'opportunità di denunciare al medico provinciale anche l'aborto extra-uterino. Chiamato, come sono, direttamente in causa all'inizio dell'articolo, non posso lasciare senza commento alcune affermazioni del collega BOLDRINI.

I dubbi che egli lancia fra la classe medica, in un giornale come questo che ha la più larga penetrazione, vanno subito dissipati, e nelle colonne dello stesso giornale. Non bisogna lasciare incertezze nelle direttive che i medici devono seguire e non bisogna poi sollecitare gli zelatori, sempre facili a trovarsi.

Constatiamo innanzi tutto che le vedute del BOLDRINI, come egli stesso all'inizio afferma, sono in netto contrasto con le *disposizioni emanate dal Ministero dell'Interno*, che è pur l'organo competente, poichè è quello che ha promosso la denuncia degli aborti e che, sapendo i fini perseguiti, la circoscrive come crede.

Di fronte alla posizione precisa assunta dal Ministero dell'Interno, non dovrebbe esserci più luogo a discussione. Ma BOLDRINI, come del resto prima un Magistrato, trova che sia invece utile discuterne, sembrando a lui che «dal punto di vista medico-legale», «la risposta al quesito non lascia adito a dubbi di sorta». La risposta, si intende, sarebbe contraria all'intendimento del superiore Ministero. Il BOLDRINI «non presume di imporre il suo particolare convincimento a coloro che non siano disposti a condividerlo», ma intanto crea degli stati d'animo che è bene dissipare subito, tanto più che

«dal lato ginecologico» la tesi del BOLDRINI è tutt'altro che bene appoggiata.

Le sottili e magari eleganti disquisizioni su base giuridica svolte dal BOLDRINI non cancellano nulla della realtà pratica ginecologica, che è ben diversa da quanto appare qua e là nella opinione del collega.

Già il titolo dell'articolo è bensì suggestivo, ma è lungi dall'essere così annientatore come forse doveva sembrare al BOLDRINI. La domanda può proprio esser formulata senza vederci un paradosso, se si guarda alla concreta sostanza, non alla lettera dell'espressione. Può, anzi, avere una risposta negativa, se si pensa a cosa tende la gravidanza e se viene considerato che è invece minimissimo il numero di casi, nei quali con la sede ectopica dell'uovo si può arrivare ad avere l'esito normale della gravidanza: un figlio; per lo più, l'uovo, abnormemente impiantato, muore nei primissimi giorni; a mala pena si riconoscerà poi in un più o meno grosso grumo di sangue il residuo di una cavità amniotica, o si rintraccerà qualche esile filamento a ricordare i villi coriali. *Che gravidanze sono queste?*

Proprio BOLDRINI dovrebbe convenire che sono gravidanze per modo di dire la gran parte di quelle extra-uterine, visto che egli parla di «processo di gravidanza come quel particolare modo di essere della donna, che segue alla fecondazione e precede il parto».

Qui intanto il parto non c'è.

E poi quel termine di «processo», «appropriato ad indicare il dinamismo dello sviluppo embrionale» come si adatta alla massa delle precocissime morti dell'uovo, così abituali nel-

l'impianto extra-uterino? Se poi ricordiamo la ulteriore spiegazione che « non interessa la vitalità del feto intesa nel senso di attitudine a « continuare nel suo sviluppo vitale, mentre deve ricorrere la condizione della vita del prodotto concepito, senza di che la gravidanza « non sarebbe un processo evolutivo suscettibile « di interruzione per la cessazione del processo « stesso associata in rapporto di dipendenza causale alla morte del feto », vediamo ancora meno corrispondere in pieno a codesti dettami la grande maggioranza delle gestazioni extra-uterine. Il tutto qui si riduce a un grumo di sangue con pochi villi... Ma questi sono diletantismi verbali, senza importanza sostanziale; vi ho accennato solo perchè trattovi dal titolo della nota di BOLDRINI, che dovrebbe togliere il fiato senz'altro e invece lo dà!

Resta ad ogni modo pacifico il fatto che, quand'anche l'uovo impiantato sulla tromba sia capace di un certo sviluppo e si abbia la formazione di un embrione, si assiste lo stesso nella stragrande maggioranza dei casi ad uno spontaneo precoce arresto dell'ulteriore evoluzione, per le condizioni peculiari anatomiche della zona d'impianto e per le sopravvenienti complicazioni, talora pericolose e tali da richiedere il nostro intervento operatorio.

C'è poi un'altra constatazione da fare. Nella nostra pratica non siamo già chiamati per i casi di gravidanza tubarica in atto regolarmente evolventesi. Per lo più allora l'evento passa inosservato magari fino al parto, e solo in questo momento si rivela la condizione patologica, e spesso purtroppo tardivamente, dopo morto il figlio nell'ineane tentativo di travaglio.

Nella più corrente pratica siamo interpellati quando l'impianto anomalo ha dato già segni patologici di sè, con emorragia esterna o interna, con dolori, ecc., e allora non abbiamo più la gravidanza regolarmente in atto, c'è già almeno una minaccia di aborto e ancora più frequentemente noi vediamo già addirittura un esito dell'aborto extra-uterino (mole ematomatosa, ematocele, emoperitoneo, ecc.).

Se questa è la realtà quotidiana vissuta da chi fa della ginecologia e opera, non capisco come BOLDRINI possa insistere nell'addebitare quasi alla terapia nostra gli esiti infausti nei ri-

guardi della vita fetale nei casi di gravidanza ectopica. Quasi quasi parrebbe pensare che se noi non si intervenisse... le gravidanze andrebbero avanti! Il fatto è invece che la gravidanza nel senso vero di un processo attivo, non c'è già più nella stragrandissima maggioranza dei casi; è già interrotta.

La considerazione del come devono svolgersi i delicati processi dell'annidamento dell'uovo ectopico e del suo sviluppo in un organo inadeguato come la tromba, i pericoli legati alle emorragie interne, a volte mortali, sono tutti fatti bene presenti ai medici e l'esperienza di ogni giorno ci conferma non solo la rarità eccezionale di una gravidanza arrivante al termine con un figlio vivo e vitale, ma ci conferma anche la somma dei pericoli dell'intervento operativo nei casi avanzati, moltiplicati per così dire mese per mese, così che la prognosi operativa va peggiorando quanto più è avanzata la gravidanza. I complessi rapporti vascolari anche extra-tubarici assunti a volte dai villi placentari che invadono gli organi prossimiori, ostacolano la emostasi definitiva. E talora si deve rinunciare a togliere la placenta e la si lascia ad una lenta eliminazione spontanea, mantenendo il ventre aperto e zaffato per settimane o mesi; talora, volendo insistere nel distacco, si è perduta l'operata per dissanguamento e quando infrenabile l'emorragia. E i figli extra-uterini? Son ben l'eccezione quelli che arrivano ad epoca vitale, e ben conformati; i più, anche giunti verso il termine, soccombono o sono deformati, per il deficiente sviluppo muscolare legato alla limitazione dei movimenti attivi, per la mancata o deficiente protezione del liquido amniotico, per la compressione dei visceri addominali...

Chi vive queste, a volte tragiche, contingenze non può dunque certo associarsi a BOLDRINI quando egli auspica che possano moltiplicarsi i casi di gravidanza extra-uterina a termine. Moltiplicheremmo la mortalità materna! E proprio per questo non vedo come possa BOLDRINI affermare che « la stessa terapia ostetrica, nei casi di gravidanza ectopica, va attualmente orientandosi verso la pratica della vigile attesa, *armata manu*, in modo da non creare l'impossibilità di una favorevole prosecuzione della

gravidanza almeno fino ad epoca compatibile con la sopravvivenza del feto».

Questo programma attuale di terapia ostetrica dove l'ha trovato difeso BOLDRINI? Sì. Si può in via eccezionalissima anche seguire tale linea di condotta, quando si ponga la già rara diagnosi di gravidanza ectopica in atto e la donna croicamente decida di affrontare i maggiori pericoli, restando magari mesi e mesi a letto, senza nemmeno essere sicura che l'atteso figlio arriverà ad averlo. Codeste saranno sempre rarissime eccezioni non ostante il parere di BOLDRINI. Questi dice di «*essere convinto che il cosiddetto fatale destino del prodotto del concepimento sviluppatosi in sede anormale sia almeno in parte legato alle esigenze della terapia ostetrica, e che pertanto i progressi attuali e futuri della scienza potranno benevolmente influenzarlo*».

No. Non è scetticismo non crederci a questo progresso; il progresso vero sarà nel ridurre il numero degli impianti ectopici con la salvaguardia sempre maggiore della sanità genitale femminile, con la profilassi ginecologica in genere; ma se l'uovo fecondato se ne starà nell'ovaio o si fermerà nella tromba, non vedo quale progresso scientifico sia da invocare per farlo procedere. La mucosa tubarica disporrà in futuro anche di ghiandole come quelle uterine? E saprà trasformarsi in una spessa decidua? La muscolatura delle tube nelle nuove donne diventerà più spessa così da avvicinarsi a quella uterina? E la capacità di aggressione dei villi coriali la sapremo dominare così da fermarli proprio alla mucosa invece di lasciarli, ignorantemente come ora, liberi di arrivare fino alla muscolatura e, più anche, di perforarla tutta, affacciandosi addirittura alla sierosa peritoneale? E muteremo i rapporti vascolari sì che i voluminosi vasi utero-ovarici diventeranno più esili e non faranno più temere quelle spaventose inondazioni ematiche peritoneali, che non sono certo una fantasia di ginecologia?

Ma perchè seguitare su questo tono? L'anomalia dell'impianto ectopico dell'uovo include inevitabilmente tali e tante condizioni contrarie alla regolare evoluzione verso la vitalità dell'embrione, che non è davvero da sperare in un progresso della medicina capace di far arri-

vare al termine queste uova. Comunque sia del futuro, è oggi convinzione ginecologica unanime che non è affatto augurabile il moltiplicarsi di gravidanze extra-uterine a termine, sia per i pericoli legati all'evento, sia per l'esito fetale non brillante.

Aggiungiamo a questo, altri dati di fatto sicuri: la gravidanza extra-uterina per la sua stessa sede è destinata quasi nella totalità dei casi a interrompersi per lo più precocissimamente, così da lasciare solo minime tracce del fatto gravidico.

C'è ancora il rilievo che le gravidanze extra-uterine sono in fondo abbastanza rare di fronte alla massa fortunata delle gravidanze uterine; questa è la regola, quella l'eccezione.

E poi perchè non confessare che il campo della gravidanza extrauterina è il più fertile di errori clinici?

Questo argomento BOLDRINI non l'ha toccato, e si capisce; il medico legale fa di solito queste diagnosi al tavolo anatomico, dove non si sbaglia; il clinico deve capire a pancia chiusa e nella vaghezza dei sintomi, nella dubbiezza del reperto obiettivo, passibile di varia interpretazione. *E il clinico sbaglia!* E' un male, ma si sbaglia. Sbagliano i piccoli e i grandi. Nella mia rivista *La Clinica Ostetrica* dove da anni è aperta, vivissima, una rubrica di errori, ecco la *gravidanza extrauterina* prendere il primissimo posto, nelle due possibilità inverse: o c'è e non ci si pensa o la si diagnostica e invece non c'è. La casistica è brillantissima e solo il tavolo operatorio e il tavolo incisario possono chiarire certi casi. Non voglio qui indugiare su questo capitolo di diagnostica; chi vuole può vedere il mio libricolo: *Gli elementi di ginecologia*. Faccio questa citazione non... per propaganda editoriale, ma per non essere sospettato di cambiamento opportunistico di opinione. Se dunque, oltre tutto, la gravidanza ectopica è difficile da diagnosticare, come imporne la denuncia?

Ma, si obietta, ci si accontenta della denuncia dei casi operati e questi sono sicuri, perchè il medico ha sottomano il prodotto abortivo. Così facendo, però, troppi casi sfuggirebbero e verrebbe meno quel preteso interesse statistico che BOLDRINI invocava. Soprattutto poi non si rispetterebbe la legge. Nella *interpretazione così rigi-*

da della lettera del T. U., che Boldrini vuole, nessuna limitazione è ammissibile. Il testo dice: «ogni specie di aborto». Anche quelli extrauterini dunque, afferma BOLDRINI; ma, se si convenisse su questa tesi, bisognerebbe ben raggiungere: *tutti gli aborti* e non solo quelli operati. Se si deve invece per forza di cose discriminare almeno le due possibilità di aborti tubarici, quelli operati e quelli non operati, perchè non discriminare ancora di più? Ed ecco che entriamo nello spirito vero del T. U. che si riferisce agli aborti, che sono sempre riconoscibili, agli aborti nell'accezione comune concreta del termine, ossia gli aborti uterini!

«Ci sono, dice BOLDRINI, i casi in cui si fanno pratiche abortive e che sono invece delle gravidanze extrauterine». Perchè non perseguirli? E per farlo, non è bene denunciarli? Non ne vedo la necessità; comunque il problema qui è duplice: legale-morale da un lato, dall'altro ginecologico.

Dal lato legale-morale si può anche seguire BOLDRINI quando deplora che questi casi si sottraggano ad una punizione, perchè cambia la figura del reato. Tuttavia dal lato ginecologico è ben certo che il tentativo di interrompere quella data gravidanza presunta uterina non interviene di solito efficacemente per provocare l'aborto tubarico; quell'uovo era già destinato a morire per la sede abnorme.

Nella gran parte dei casi, analizzando bene date e reperti obiettivi, si trova che si era nella fase di un aborto quando si sono attuati inconsulti interventi uterini a scopo abortivo; essi possono magari aver complicata la scena clinica, deviata l'attenzione dalla diagnosi precoce esatta, fatto sopravvenire una infezione della stessa sacca tubarica; ma non possono essere invocati come colpevoli di aver... ammazzato l'uovo già morto per dato e fatto della sede impropria.

Qui non è questione di malinteso pietismo ginecologico; non è cavillosa deprecabile ricerca di attenuanti; è la realtà delle cose. E come si modificherebbe, se si insistesse a volere la denuncia al medico provinciale pure degli aborti tubarici? Nella fase diciamo così creduta uterina, nessun medico fa la denuncia, perchè non si è avuta l'espulsione dell'uovo che non poteva

venir espulso per via naturale essendo nella tromba. Riconosciuta una buona volta la sede tubarica e intervenute crisi di emoperitoneo, o di ematocele, che richiamano l'attenzione sul problema terapeutico, quante volte verrà a nostra cognizione che si era tentato di provocare un aborto uterino? E per converso, quante volte proprio la conoscenza di pregressi tentativi di aborto oscurerà la scena clinica? Ci verrà infatti allora il pensiero che le masse pelviche percepite siano di origine flogistica, come conseguenza delle manovre criminoso, e non porremo la giusta diagnosi. A me pare che, del resto, i pochissimi casi di gravidanze tubariche misconosciute, nelle quali era intervenuto un tentativo di provocazione di aborto uterino, non possano giustificare il suggerimento inutile della denuncia anche degli aborti tubarici.

Resterebbe da indugiarsi un momento sul significato corrente più o meno estensivo della parola *aborto*. Verissimo che è sempre da chiamarsi aborto la interruzione della gravidanza sia endo- che extrauterina, ma è verissimo anche che, *quando si parla solo di aborto*, senza particolare specificazione, tutto il mondo si riferisce a quello uterino.

Del resto quanto è successo nella denuncia dell'aborto non è già una prova convincente? Tutti abbiamo capito di dover denunciare gli aborti uterini; in tanti anni nessuno ha fatto rilievi al proposito e si noti che di discussioni più o meno opportune, sul tema della denuncia, se ne sono avute spesso, ma nessuno mai aveva dato al nome di aborto una interpretazione estensiva.

Tanto è entrato nella comune accezione di intendere per aborto solo quello uterino, che negli stessi Trattati di ostetricia alla voce *aborto* si studiano le cause, i sintomi, la cura, ecc., della interruzione della gravidanza uterina e non vi si include affatto il problema della gravidanza ectopica, che viene studiata a parte assieme con l'evento quasi costante della sua precoce ossia abortiva interruzione.

Altre prove? Ecco qui VERCESI tenere una conferenza al Congresso di politica demografica alla Mostra dell'infanzia del 1937; egli vi ha sviscerato il tema, ma si è solo occupato dell'aborto uterino.

E quando, nel linguaggio abituale e negli

stessi moduli per la denuncia al medico provinciale, si parla di aborto provocato per indicazione medica o quando nei nostri Congressi è venuto in discussione il tema della provocazione dell'aborto, chi mai ha fatto riferimento alla gravidanza extrauterina?

Ma, si ribatte, nel T. U. si parla di *ogni specie* di aborto. E' vero; ma questo non vuol già dire che si volessero intendere anche gli aborti tubarici; c'è già una grande varietà di aborti uterini da segnalare: c'è l'aborto spontaneo e quello provocato, di uno o più mesi, completo o incompleto, con embrione o senza; c'è la mola carnosa e vescicolare, ecc. Si veda del resto lo stampato ufficiale destinato alla denuncia.

Tutto questo ed altre considerazioni sono state ben presenti alla Direzione di sanità, quando ha chiarito il suo pensiero in modo inequivocabile; non c'è qui un articolo di legge per il quale si possono avere delle contraddittorie giurisprudenze nella interpretazione; nel caso attuale è *la stessa superiore Autorità che ha emanata la legge e che interviene interpretandola*. Non è dunque il caso di discuterla, nè tanto meno di sollevare dubbi nell'animo dei medici o dei possibili giudici.

Non m'illudo certo di convincere BOLDRINI e di fargli cambiare opinione.

A me basta rafforzare la convinzione nella classe medica che è nel giusto quando seguita, come ora, a denunciare, subito e tutti, *gli aborti uterini* e a non occuparsi dei pochi casi di aborti extrauterini *che il legislatore non ha chiesto di far conoscere*. Questo fino a che non cambieranno le leggi ora in vigore!

Mi sono poi un po' indugiato su qualche lato del problema della gravidanza extrauterina, soprattutto per approfittare utilmente del dibattito e richiamare l'attenzione dei medici generici sul tema della gravidanza ectopica e sulle sue possibili complicazioni, sperando che, più spesso e più presto di ora, possano formulare, se non la diagnosi, almeno il sospetto della gravidanza ectopica, così da migliorare la prognosi di questa complicazione. La sanità genitale femminile e la stessa demografia ne trarranno un vantaggio maggiore, che non dalla estensione della denuncia.

L'occasione mi pare poi anche propizia per aggiungere qualche parola su una divergenza, inutile e dannosa, che esiste nella *definizione dell'aborto* fra ginecologi e medici legali.

BOLDRINI ricorda le definizioni di CARRARA e di LEONCINI. Secondo CARRARA è « aborto la interruzione violenta della gravidanza che avviene in qualsiasi epoca o stadio di essa e rechi con sé la morte o, come più esattamente si deve dire, la distruzione del prodotto del concepimento ». LEONCINI a sua volta intende per aborto « l'interruzione della gravidanza prima del termine normale consociata alla morte del prodotto del concepimento con rapporto di causa ad effetto ».

Il BOLDRINI per conto suo conferma che « l'aborto è l'interruzione *prima del termine normale* del processo di gravidanza... associata, in rapporto di dipendenza causale, alla morte del prodotto concepito ». Ora è evidente che tutte codeste definizioni sono in contrasto con quelle accolte nel campo ginecologico.

Noi parliamo di *aborto* quando la gravidanza si interrompe ad un'epoca in cui il feto non è vitale e riserviamo il nome di parto prematuro per quello che avviene prima del termine dei nove mesi, dopo raggiunta la vitalità fetale. Nel linguaggio abituale si identifica l'aborto con la espulsione o l'estrazione dell'uovo non vitale; quando si vuol parlare più precisi, si distingue *l'aborto* (inteso come interruzione della gravidanza sotto al sesto mese), dal *parto abortivo* (inteso come l'espulsione all'esterno dell'uovo che a volte può essere stato trattenuto più o meno a lungo nell'utero, come nella tromba del resto, dopo la morte; è quello che si dice correntemente *aborto interno*). E quando il feto per una qualunque causa (eclampsia, malattie fetali od ovariali, distacco di placenta, ecc.) muore entro l'utero *dopo il sesto mese*, parliamo in genere di morte endouterina del feto, prematuro o a termine; la parola aborto non interviene più.

La differenza sostanziale nell'uso della parola aborto fra ginecologi e medici legali è dunque duplice: noi ginecologi al termine di aborto non associamo alcuna idea di violenza o di criminalità; e lo usiamo solo per le gravidanze fino al sesto mese, fino cioè alla vitalità del feto.

Questa differenza di linguaggio è comune ad

altre Nazioni. Cito per esempio quanto osserva DEMELIN nel suo *Manuel de l'accoucheur* (Paris, Gaston Doin); a pag. 669, dopo aver detto che va distinto l'aborto dal parto prematuro, che è quello che si produce nel terzo trimestre della gravidanza, soggiunge: « *I giuristi non adottano la stessa definizione degli ostetrici*; essi intendono per aborto l'espulsione prematura provocata per una intenzione criminosa della gravidanza, sia o no vitale il prodotto ». Forse è così anche in altre Nazioni e non è qui il momento per precisare codesto punto; mi basta aver segnalato che un problema esiste, che va pur affrontato perchè alla fine si parli lo stesso linguaggio.

Non è una mera questione di parole. La differenza di significato è dannosa nei riguardi didattici e della pratica.

I nostri studenti, che, passando da una all'altra aula, sentono definizioni così contrastanti, si disorientano.

E non potrebbe essere che un giorno o l'altro qualche inopportuno zelatore volesse trovare in fallo il medico che non ha denunciato al medico provinciale col modulo dell'aborto un caso di feto settimembre nato morto? Certo è che nella prassi corrente la denuncia la facciamo solo per gli aborti considerati ostetricamente, entro il sesto mese. Se un feto nasce morto all'ottavo mese, non lo dichiariamo al medico provinciale.

Siamo in dolo, sia pure in buona fede anche qui, come per le gravidanze extrauterine? Se dovesse presso qualche ufficio prevalere il criterio medico-legale dell'aborto, non capiteranno dei fastidi a qualche collega, come sono capitati, noiosi e dispendiosi, al chirurgo che fu accusato di aver omesso la denuncia degli aborti tubarici, che il Governo non aveva mai chiesti! E' stato assolto. Ma l'assoluzione non è stata gradita al collega BOLDRINI, che interviene per cercare di convincerci che il Ministero dell'Interno era in errore.

Incoraggiati dal parere di BOLDRINI, vedremo altri zelanti denunziatori di casi del genere? E non potrà avvenire di peggio, cioè che si susciti qualche cosa di analogo pure per i cosiddetti aborti medico-legali del VII-VIII mese?

Preveniamo questa possibilità. Unifichiamo il nostro linguaggio. Non potrebbero dei ginecologi e dei medici legali trovarsi assieme, magari sotto gli auspici della Direzione di sanità, per raggiungere un accordo linguistico? Se si arriverà a realizzare questa mia proposta, sarà certo un vantaggio.

Le discussioni restano sterili se non si concludono. Ed io tracciando queste mie note non ho certo avuto di mira solo il polemizzare col collega legale; amerei che dal nostro sereno dibattito si prendesse lo spunto per qualche utile realizzazione.

59027

~~328669~~

