

BIBLIOTECA
FRANCISIANA

Rosario
1895

BIBLIOTECA MEDICA
MISCELI
A 15
10
ROMA 1895

to Ostetrico-Ginecologico della R.^a Università di Roma
DIRETTO DAL PROF. COMM. E. PASQUALI.

SULLE AUTOINTOSSICAZIONI IN GRAVIDANZA

PEL

DOTT. T. ROSSI-DORIA

Assistente nella R. Clinica Ostetrica Ginecologica dell'Università di Roma.



(Estratto dalla RASSEGNA D'OSTE
— A D'OSTETRICIA e GINECOLOGIA 1895)

P. STABILIMENTO TIP. NAPOLI

Portanedi GRAFICO DE ANGELIS & BELLISARIO
via. dina alla Pignasecca, 44

1895



Istituto Ostetrico-Ginecologico della R.^a Università di Roma

DIRETTO DAL PROF. COMM. E. PASQUALI.

SULLE
AUTOINTOSSICAZIONI IN GRAVIDANZA

PEL

DOTT. T. ROSSI-DORIA

Assistente nella R. Clinica Ostetrica Ginecologica dell'Università di Roma.

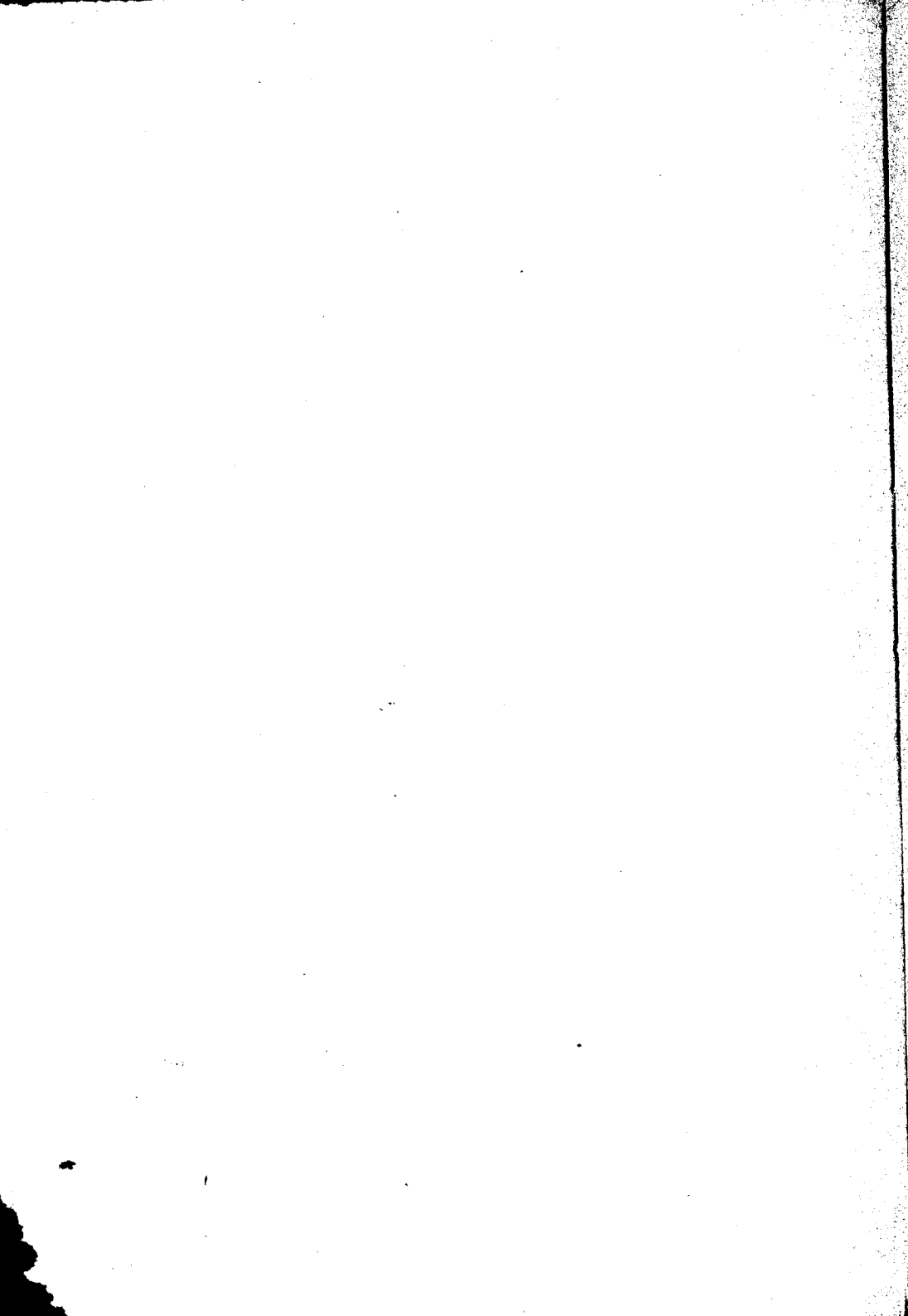
(Estratto dalla RASSEGNA D'OSTETRICIA e GINECOLOGIA 1895)

NAPOLI

R. STABILIMENTO TIPOGRAFICO DE ANGELIS & BELLISARIO

Portamedina alla Pignasecca, 44

1895



Nello stato di gravidanza la donna va facilmente soggetta a disturbi numerosi e svariati ai quali non si suole per lo più badare molto. Si considerano quasi come una necessità di talune gravidanze e si attende, spesso nell'inerzia terapeutica quasi assoluta, che il parto venga a porre un termine alle sofferenze.

Orbene, alcune di queste sono evidentemente dovute ad azioni meccaniche o nervose riflessive inevitabili, esercitate dal feto in quanto pesa ed affatica la donna e preme sugli organi vicini e lontani, ma altre sono date da condizioni che potrebbero essere tolte di mezzo, o mitigate nei loro effetti anche prima del parto.

A questa categoria appartengono tutti quei disturbi che dipendono da autointossicazione, da circolazione nel sangue di principii tossici sovrabbondanti, diversi nell'origine, varii nel loro modo di agire.

Non v'ha dubbio che nello stato di gravidanza la formazione di tali veleni sia più facile e più difficile invece l'eliminazione loro.

Io confesso di non avere ancora potuto nella mia mente decidere se quelle alterazioni del rene e del fegato che vanno col nome di « rene e di fegato gravidico » siano da considerare come la causa o come l'effetto dell'aumentato ricambio, ma è certo che tali alterazioni, le quali non rappresentano però ancora una rottura di equilibrio fra la produzione e l'eliminazione dei veleni, giacchè trovansi, a quanto pare, in ogni donna gravida, è certo dico che tali alterazioni esistono, si aggravano spesso e rappresentano sempre una funzionalità esagerata, che non è da meravigliarsi che si muti transitoriamente, di quando in quando, in insufficienza funzionale.

D'altro canto la presenza del feto può in due modi principali aumentare la produzione di tossici nell'organismo materno. Ogni corpo vivo ha un ricambio e materiali di regressione che sono naturalmente velenosi e devono essere eliminati. Anche il feto contenuto nell'utero elimina materiali di regressione, i quali passano nel sangue della madre.

La gravidanza agisce così in modo diretto nell'aumentare la quantità dei veleni circolanti nel sangue ed eliminandi o neutralizzandi dagli organi materni a ciò deputati.

Ma oltre a questo modo diretto, ne esiste un altro indiretto e non trascurabile, che consiste nelle influenze meccaniche e nervose.

Per questa doppia serie di influenze la donna ha, specialmente a carico del sistema digerente, e talvolta, ma più di rado, a carico dell'urinario, disturbi capaci di aumentare il quantitativo ematotossico.

Ognun sa quanto alcune donne, specialmente se già ne soffrivano prima, siano tormentate dalla stitichezza durante tutta la loro gravidanza.

L'accumulo di fecci nell'intestino, il quale non si svuota quasi mai bene, neppure dopo i replicati purganti ed i clisteri non meno ripetuti, costituisce un' officina di veleni rilevantissima.

È vero che la mucosa intestinale abituata alla presenza di tossici agisce in qualche modo neutralizzandoli e gli effetti sono meno gravi di quello che si potrebbe aspettare, ma non è men vero che spesso l'intestino si irrita per la presenza delle masse fecali solide, voluminose sulle quali agisce invano la peristalsi, ed irritato si altera ed alterato diminuisce nella sua funzione neutralizzante, assorbe meglio i veleni e permette talora, forse più frequentemente di quello che non si sospetti, la penetrazione di microbi negli organi linfatici delle sue pareti: essi per lo più vi muoiono perchè il terreno non è loro favorevole ma talora vi si sviluppano come negli organi linfatici in rapporto con la cute (dove è permesso di seguire meglio questo processo) e si riversano nel sangue e danno luogo a quelle infezioni d'origine intestinale così mal definite nella loro etiologia, e così incertamente conosciute nelle loro manifestazioni, le quali sono però sempre manifestazioni di uno stato tossicoemico innegabile e diagnosticabilissimo sempre.

Se sfugge infatti quasi sempre o non si rivela limpido il quadro della *infezione batterica*, il quadro clinico della intossicazione in questi casi non manca mai.

Ma anche senza ricorrere a queste infezioni, che costituiscono già un'alterazione più grave, la banale indigestione, il comune catarro intestinale, e gli stati cronici specialmente di queste affezioni accompagnati da nausea e da inappetenza, da cefalea e da senso di oppressione e di stanchezza, fenomeni nelle gravide abbastanza frequenti, chi non sa che vengono a costituire nel sangue uno stato di ipertossicità?

I lavori del *Bouchar*, del *Kassmaul*, del *Senator*, del nostro *Albertoni* etc., non lasciano alcun dubbio in proposito. L'intestino diviene spesso una sorgente di veleni, e nello stato gravidico ancor più.

Anche il sistema urinario, abbiamo detto, può, benchè più di rado, esser la sede di processi putrefattivi capaci di dare tossiemia. Ciò dipende per la massima parte dalla pressione che si esercita sulla vescica e più specialmente sugli ureteri, e chi abbia seguito le varie teorie per spiegare la genesi dell'eclampsia sa che una, sostenuta specialmente dall'*Olshausen* e in tempi meno recenti dal *C. Braun* e dall'*Halbertsma*, trova appunto qui la sua base, cioè in un aumento della pressione nei condotti delle varie sezioni del rene, che produce naturalmente un rallentamento del circolo sanguigno ed una anormale permeabilità per l'albumina. (*Leiden, Brault, Felsenrich*). A questo si aggiunga che

non è in queste condizioni impossibile una nefrite ascendente per infiammazione determinata dapprima sulla vescica e sugli ureteri, sia direttamente per lo stimolo meccanico, come indirettamente per l'alterazione delle urine ristagnanti nei vari serbatoi del sistema urinario più periferico e per eventuale pielonefrite batterica. (*Rebleaub, Vinay, Bonneau* etc.).

Non è raro veder donne gravide affette da cistite e in questi casi, determinati o no dalla presenza dell'utero gravido, nessuno ignora che i prodotti di decomposizione delle urine vengono assorbiti e vanno ad aumentare il coefficiente ematotossico.

Anche altri processi di scomposizione batterica, o no, si hanno e possono coincidere con la gravidanza, nei tumori, specialmente se rapidamente evolutivi, come il cancro e il sarcoma, nelle bronchiettasie e nelle caverne pulmonari in genere di qualunque natura; nelle suppurazioni e finalmente in quelle forme, per nulla rare, di endometrite in gravidanza che danno luogo di quando in quando ad emorragie non conducenti subito all'aborto, ma conservanti nell'utero, per un tempo più o meno lungo, coaguli sanguigni in via di decomposizione ora semplice ed ora putrida.

Essendo quest'ultima serie di decomposizioni (eccetto le endometritiche, che possono essere anche, come vedremo, effetto anziché causa di tossiemia: in complesso abbastanza rare, dovrà darsi la maggiore attenzione nel maggior numero dei casi di tossiemie alle condizioni del tubo gastro-enterico dapprima e poi a quelle del sistema urinario.

Le autointossicazioni gravidiche non possono, naturalmente, costituire un capitolo a parte della patologia ostetrica, giacchè stati consimili si verificano indipendentemente dalla gravidanza e naturalmente anche nel maschio; ma non si può però fare a meno di rilevare come l'ostetrico si sia fin qui troppo disinteressato di queste forme che nelle gravidanze sono più frequenti, e portano spesso a conseguenze che l'ostetrico sarebbe in grado ed in dovere di prevenire il più delle volte.

Io ho fede che molti aborti la cui ragione o è rimasta sconosciuta o fu cercata in una « cattiva gravidanza », e noi sappiamo cosa siano per lo più queste cattive gravidanze, si sarebbero potuti evitare con adatti provvedimenti terapeutici ed igienico dietetici; e molte albuminurie (non tutte naturalmente) diagnosticate in tempo e curate opportunamente non v'ha dubbio che non sarebbero state seguite da eclampsia.

Inoltre molte cattive gravidanze (vomiti, cefalea, anoressia etc.) avrebbero potuto essere migliorate, con gran sollievo, della donna se l'ostetrico avesse avuto dinanzi agli occhi il pensiero di queste possibili forme di tossiemia, e non avesse lasciato al tempo ed al caso il decidere per una rottura dei compensi funzionali del rene e del fegato o per una anticipazione del parto o per una fortunata espiazione del parto stesso al termine invocato, ma spesso ragionevolmente temuto, per le condizioni della donna.

Esprimendo questi concetti io non intendo di invadere il campo della medicina interna, la quale, giustamente, può e deve credersi capace di migliorare e guarire anche queste forme, ma di richiamare specialmente l'attenzione sui legami che uniscono l'ostetricia alla medicina

interna in un tempo in cui l'ostetricia, e la ginecologia ancora, tendono forse troppo a farsi sinonimi di chirurgia.

Ora, se è vero che nell'ostetrico e nel ginecologo deve esservi l'operatore, non è men vero che le donne da lui assistite hanno tutto l'interesse perchè egli cerchi ogni mezzo, quando è possibile, di spogliarsi di questa qualifica e di venire in suo aiuto non soltanto quando c'è da operare, ma anche quando c'è da recarle sollievo ed è possibile, con adatte cure, di allontanare il pericolo di un'operazione.

Accanto all'ostetrico chirurgo non sarebbe male vedere nella stessa persona l'ostetrico medico.

Nel caso speciale delle intossicazioni io penso che un gran bene potrebbe ritrarre la donna gravida dalla presenza di un ostetrico illuminato, che potesse curarla dei suoi disturbi preparandola al parto e non credo di errare asserendo che egli sarebbe in grado di scongiurare, per non dir altro, un gran numero di quelle forme eclamptiche che così spesso conducono a morte, o di quelle altre forme, meno gravi ma non per questo trascurabili, per me simili a quelle e diverse solo per grado, che costituiscono le «cattive gravidanze» e conducono spesso in uno stato di vero esaurimento la donna al parto.

Ogni gravidanza non buona, quando specialmente la donna godeva prima buona salute, deve essere considerata come anormale. Senza qualche alterazione funzionale od organica (e le funzionali hanno più spesso di quello che non si creda un substrato organico) la gravidanza, che è uno stato fisiologico della donna, decorre e deve e può decorrere bene. Se ciò non accade è segno che i compensi soliti dello stato gravidico o non si sono potuti stabilire, o sono influenzati da stati morbosi intercorrenti che gravano sull'uno o sull'altro piatto della bilancia.

Le funzioni che più hanno bisogno di compenso nella gravidanza sono, senza dubbio, per la presenza e lo sviluppo del feto che ne costituisce evidentemente il fatto principale, la circolatoria e la eliminatrice.

I rapporti fra gravidanza e disturbi circolatorii sono ben noti, nè v'ha qui ragione d'interessarcene, benchè costituiscano un capitolo molto importante di patologia ostetrica del quale abbiamo il torto di non occuparci molto, per le ragioni dette innanzi, e di lasciarci precedere nello studio loro, dai cultori della medicina interna.

I rapporti fra gravidanza e disordini per insufficienza relativa od assoluta di eliminazione e di neutralizzazione, sono quelli sui quali abbiamo richiamato fin dal principio l'attenzione.

Uno studio completo di questi rapporti non è stato ancora fatto, nè mi pare possibile il farlo senza un largo sussidio di casi clinici accuratamente ed ordinatamente studiati. Non è nelle cliniche ostetriche che tale studio può essere fatto, e se ne comprendono, senza che io le dica, agevolmente le ragioni. Neppure le cliniche mediche sono in grado di fornirci il materiale di studio e neppure gli ospedali. Si tratta di affezioni per le quali difficilmente si ricorre all'assistenza ospitaliera: non sono forse disturbi di gravidanza che cesseranno al termine di questa? Così crede il popolo e non se ne dà pensiero, ancorchè le forme siano gravi; così credono anche le persone più agiate che ricor-

rono al medico, di rado all'ostetrico, e da questo ricevono le solite cure, nonchè le solite esortazioni ad aspettare, pazientemente, col parto il termine delle sofferenze.

Dato ciò, non è colpa mia se in sostegno delle mie convinzioni e delle vedute teoriche espresse più sopra non ho che poche osservazioni da riferire, e non sono in grado di portare innanzi criterii diagnostici e terapeutici più positivi per queste forme di antointossicazione sulle quali ho creduto bene di richiamare l'attenzione.

Sono 4 osservazioni sole, poche per l'importanza dell'argomento, molte certo per la pratica mia che è rimasta sempre, per mia assoluta volontà, limitata alla cerchia dei parenti e degli amici di casa. Ciò indica per me che tali forme hanno una notevole frequenza e costituisce il migliore incoraggiamento allo studio loro.

Benchè l'argomento sia stato poco trattato, le mie osservazioni non sono certo le prime.

Nella diagnosi e nella cura dei miei casi io ho attinto le idee da un lavoro del *Davis*, che mi parve singolarmente importante.

Da questo lavoro risulta un fatto assai notevole, e cioè che la presenza dell'albumina nelle urine non è, come si potrebbe credere, un dato essenziale per la diagnosi di tossiemia. Essa può anche mancare nell'eclampsia stessa, e quando esiste non sempre è segno di intossicazione. Maggiore valore acquista il reperto quando si possono, contemporaneamente, rilevare i cilindri al microscopio. Ciò non pertanto l'esame dell'urina conserva la maggiore importanza per la diagnosi, giacchè in essa deve ricercarsi la quantità d'urea. Questa fornisce un indice della quantità di sostanze regressive che la donna elimina e se sta al disotto di una certa quantità, che il *Davis* ha fissato ad 1, 5 ‰, v'ha l'indicazione per stimolare i processi di escrezione.

In due casi il *Davis* fu indotto a provocare il parto prematuro da sintomi imponenti di intossicazione, e dalla scarsità dell'urea più che dalla presenza dell'albumina. Uno di questi due casi era complicato da anemia, e il *Davis* nota il rapporto che esiste fra tossiemia e anemia.

Narra poi il *Davis* la storia di una signora, la quale, pur non avendo nè albuminuria nè cilindruria, nè scarsità molto rimarchevole di urea nell'urina, era però affetta da tossiemia che si manifestava con dolori all'epigastrio o crisi gastriche che venivano ad irregolari intervalli, il più spesso di notte, non accompagnate da nausea o da vomiti. L'urina era andata gradualmente ma così lentamente diminuendo in quantità che la donna non se ne era accorta. L'esame dell'urina fatto l'11 ottobre del 1893 diede: colore rossiccio, p. sp. 1026, reaz. acida, cloruri normali, albumina niente, zucchero nulla, urea 1, 4 ‰. Nulla al microscopio.

Il 17 ottobre, cioè dopo 6 giorni, durante i quali la donna si era sentita sempre peggio, l'esame dell'urina dava: colore giallo, p. sp. 1014, reaz. acida, cloruri normali, zucchero ed albumina nulla, urea 1, 1 ‰. Sedimento nulla.

Frattanto la signora presentava sintomi nervosi pronunciati, consistenti in dolore di testa, estrema insonnia e grande malinconia. La pelle era leggermente secca, la lingua netta, l'appetito assai scarso, alimento favorito la carne. Il dolore epigastrico ed i sintomi nervosi si fecero

così gravi che il *Davis* venne chiamato. Prescrisse la restrizione della dieta al semplice latte. I fenomeni di tossiemia si dileguarono gradatamente col crescere della quantità dell'urina, e l'appetito si fece maggiore, tanto che il latte più non bastava. Le fu prescritto allora di stare all'aria aperta più che fosse possibile e la dieta fu allargata comprendendovi pesce, ostriche, pane e frutta. Furono fatti fare bagni caldi ogni sera. In una settimana i fenomeni si dileguarono tutti.

Altri casi d'intossicazione riferisce il *Davis* nella sua monografia e così descrive i *sintomi* della tossiemia, che richiedono un attivo trattamento: graduale diminuzione dell'appetito con senso di nausea o di pena allo stomaco, dolor di testa, pelle viscosa o, in qualche caso, secca, con deficiente perspirazione, stanchezza mentale e fisica. Il *trattamento* della tossiemia in gravidanza deve essere diretto, secondo il *Davis*, a promuovere l'azione degli organi escretori, specialmente il rene, il fegato, l'intestino, la pelle ed il polmone. La precauzione abituale di limitare la dieta al solo latte è indicatissima, ma, quando la nutrizione comincia a soffrire di questa monotonia alimentare, non bisogna esitare ad allargare la dieta: pesce ed ostriche, carne bianche di pollame, frutta in abbondanza etc. Può darsi acqua ma non in eccesso. Il thé è meglio ometterlo, mentre l'effetto diuretico del caffè è talvolta utile.

Avendo il fegato una parte importante nella produzione della tossiemia, non v'ha dubbio, secondo il *Davis*, che l'uso del calomelano e della soda promuova l'azione del fegato e del rene nel modo migliore. A queste sostanze deve seguire un purgante che produca scariche liquide. I sali di potassio posseggono proprietà irritanti. La coloquintide è invece un conveniente purgativo.

Il *Davis* somministra 2 1/2 grani di calomelano con 10 grani di soda la sera. La mattina appresso somministra una pillola di coloquintide della farmacopea inglese.

L'uso dei narcotici e dei sedativi, che potrebbe parere indicato, è invece, secondo il *Davis*, pernicioso.

Quando minaccia l'eclampsia bisogna vuotare prontamente l'utero.

Queste le idee del *Davis* sulla diagnosi e sul trattamento delle tossiemie gravidiche, le quali risentono della esiguità degli studi fatti sull'argomento e possono anche non parere molto concludenti.

Tali non paiono a me per le vedute teoriche che ho più sopra esposto, ma trovo, e molti mi daranno ragione, troppo ristretto il quadro clinico e troppo limitata la terapia.

Dopo ciò e dopo avere avvertito che, per quanto abbia cercato nella letteratura, non mi è riuscito di trovare altro su questo argomento, passo subito a rendere conto delle mie osservazioni, riservandomi di discutere nell'ultima parte del lavoro, una per una, le questioni di vario ordine ad esse relative.

OSSERVAZIONE I. — La signora A. P., di agiata condizione, poco al disotto dei 40 anni, si trova alla sua prima gravidanza. Io conoscevo da qualche tempo la signora, che avevo curata con successo di una forma di neurastenia gastro intestinale abbastanza rilevante, e che rivedevo di quando in quando, perchè era rimasta molto impressionabile, e sentiva spesso il bisogno di consultare il medico

per qualche disturbo che le dava ancora pensiero e specialmente per una stitichezza, della quale non era riuscita in molti anni a liberarsi.

Rimasta gravida, la signora stette bene nei primi 4 mesi, ma poi cominciò ad accusare un aggravamento della costipazione e disturbi nervosi abbastanza rilevanti, simili a quelli dei quali aveva un tempo sofferto; si lamentava soprattutto di un movimento quasi continuo di nausea, di inappetenza quasi assoluta, d'insonnia, di cefalea e di un senso generale di stanchezza che si faceva di giorno in giorno più profondo. Una invincibile malinconia, presentimento di prossima morte, di mille svariata disgrazie, la tormentavano e spesso la facevano piangere.

Questo stato andava lentamente aggravandosi; agli altri disturbi si era aggiunta anche una forma di gengivite emorragica, una specie di scorbutico che accennava a condizioni discrasiche del sangue abbastanza gravi, ed io cominciavo a preoccuparmi di questo stato di cose. Mentre attribuivo anch'io una gran parte dei disordini nervosi allo stato di gravidanza ed alla età della donna, troppo avanzata perchè un primo parto la lasciasse senza timore, un'altra parte però io la mettevo sul conto della costipazione, che si era andata aggravando e per vincere la quale stabilmente avevo indarno prescritto le solite cure. Al principio del 6° mese si aggiunsero ai disturbi nervosi suddetti ed alla gengivite invincibile coi soliti mezzi, altri disturbi prodotti dallo insorgere di una cistite. Io non me ne spiegai fin dal principio la causa, ma sospettai che la gravidanza non vi fosse estranea.

Le urine erano molto scure, straordinariamente torbide, cariche di urati, più scarse del consueto e contenevano tracce di albumina. All' esame microscopico lasciavano vedere moltissimi corpuscoli purulenti, ma non cilindri.

Per la cistite prescrissi del salolo, il quale era anche indicato dalle putrefazioni intestinali. Frattanto alla cistite, alla costipazione e ai disturbi nervosi rilevanti si aggiunse un prurito insopportabile per tutta la persona che non potei in alcun modo alleviare. Dopo qualche giorno mi accorsi di un colorito subitterico delle congiuntive, che nei giorni seguenti divenne decisamente itterico ed invase tutta la persona. Questa comparsa dell'ittero in donna gravida, una certa elevazione febbrile della temperatura, una aumentata frequenza del polso ed uno stato di abbattimento maggiore della donna mi posero in un certo timore e cominciai a considerare il caso come abbastanza grave.

Già precedentemente, a più riprese, io avevo invitato la signora a fare largo uso di latte e di alimenti blandi, poco conditi; ma essa, parte perchè, non avendo appetito, voleva per nutrirsi, mio malgrado, approfittare della sua tendenza all' uso di cibi forti, parte perchè sosteneva di non potere assolutamente tollerare il latte, se ne era fino allora schermita. Insistetti però, vista l'indicazione che mi pareva assoluta, e pretesi che la signora si assoggettasse alla dieta lattea esclusiva.

Proprio in quei giorni il lavoro citato del *Davis* mi capitò sotto

gli occhi e, convinto che anche nel mio caso si trattasse di una forma di intossicazione, velli sperimentare il trattamento da lui consigliato, ed oltre alla dieta lattea già prescritta, che cominciava a dare qualche miglioramento, ordinai di prendere ogni sera una cartina contenente 15 centgm. di calomelano e 50 centgm. di soda, e ogni mattina una pillola di coloquintide contenente 15 centgm. di estratto.

Tale trattamento, unito all'uso di semicupii caldi e di clisteri d'acqua bollita, fu continuato per 10 o 12 giorni, durante i quali l'ammalata, che aveva eliminato una grande quantità di feci ed aveva ogni giorno due o tre scariche liquide, andò lentamente ma progressivamente migliorando.

Le urine si erano fatte più abbondanti e più chiare e, sia per l'azione del salolo, sia per la diuresi aumentata, la cistite dava sintomi meno pronunciati. Lo stesso dicasi della gengivite. La febbre era scomparsa, il polso aveva ripreso la sua frequenza normale e l'appetito aveva migliorato. L'ittero però non grave, ed il fastidiosissimo prurito non accennavano a scomparire e la signora, ancora molto debole, continuava ad essere di pessimo umore, sempre in preda a malinconie ed a timori per l'avvenire.

Credetti opportuno sospendere la somministrazione quotidiana del calomelano o della coloquintide, fidando che non ve ne fosse più bisogno, e concentrar tutta la cura nella dieta lattea, dapprima esclusiva e poi mista ad uova, erbaggi e da ultimo a carni bianche.

L'ittero e il prurito si dileguarono lentamente sotto questo regime, le forze si ristabilirono e la signora a poco a poco poté risollevarsi, alzarsi da letto e fare qualche breve passeggiata all'aperto. Ma essa si stancava facilmente, aveva spesso vertigini, nausea, cefalea, pelle secca, lingua impaniata, alito fetido e urine torbidecchie, leggeri edemi e qualche traccia di albumina. Insistetti sull'uso del latte fino al termine del gravidanza (1 litro al giorno) e, per tenere sempre regolato il ventre, prescrissi con successo la cascara sagrada in *tabloids*, uno ogni sera. La signora partorì a termine e con qualche difficoltà, dato lo stato di rigidità delle parti molli proprio delle primipare attempate, ma non volli, benchè me ne pregasse istantaneamente, accorciare il travaglio con un'applicazione di forcipe, la quale, per quanto facile, avrebbe portato un elemento perturbatore capace forse di influire sinistramente sul puerperio, che non mi lasciava senza timori dato lo stato di debolezza della puerpera e la cistite non ancora spenta.

Il parto così avvenne spontaneamente, senza lacerazioni di sorta, ed il puerperio fu perfettamente regolare. Il bambino, di sesso maschile, bene sviluppato, ha sempre goduto e gode ottima salute, e la signora si è perfettamente ristabilita.

OSSERVAZIONE II. — La signora M. S., di anni 26, di condizione agiata, ha goduto sempre buona salute fino al suo primo parto che accadde un anno e mezzo fa. Il puerperio fu febbrile e lasciò alla signora molti disturbi.

Rimasta incinta 4 mesi dopo, abortì al 3° mese, dopo aver molto

sofferto nella gravidanza, che ella qualifica come « pessima »: vomiti, costipazione ostinata, insonnia invincibile, cefalee tenaci seguite da un vero esaurimento che fece considerare l'aborto come provvidenziale.

Trasferitasi poi a Roma, ella mi fece chiamare per consultarmi. Aveva sentito a Torino, dopo l'aborto, il parere di due ginecologi, e questi, concordi, avevano diagnosticato una affezione degli annessi, localizzata a sinistra.

Costatai anch'io la presenza di una tumefazione a sinistra in corrispondenza dell'annesso uterino di questo lato, molto dolente alla pressione ed, in base ai criterii obbiettivi, subbiettivi ed anamnestici, feci diagnosi di suppurazione dell'annesso di sinistra. Dalle condizioni dell'utero, aumentato di volume, e dalle confessioni della signora venni poi in sospetto di una contemporanea probabile gravidanza al 2° mese circa. Naturalmente non mi pronunciai sulla realtà di tale gravidanza, ma tenni presente anche questa probabilità in vista della cura da istituire. Non si poteva neppur pensare ad un raschiamento dell'endometrio, quale alla signora era stato proposto, e molto meno ad una ablazione dell'annesso malato; ma vera necessità di una cura medica che avesse potuto alleviare le sofferenze della malata.

Queste erano di duplice natura: le une, locali, costituite, nella regione iliaca sinistra, da dolori spontanei che si esacerbavano col movimento, e le altre generali costituite da vomiti, nausea, pirosi, inappetenza, senso di peso e di dolore allo stomaco, alito fetido, bocca pastosa, lingua impaniata, pelle secca, polso depresso e una spossatezza generale nervosa accompagnata da una profonda malinconia e da sonnolenza. Temperatura per lo più normale, con qualche leggera elevazione serale di quando in quando, e brividi abbastanza frequenti.

Le urine, abbastanza chiare e perfettamente trasparenti, non presentavano traccia di albumina, ma erano molto scarse ed avevano un peso specifico molto basso (1008—1012) nei due esami fatti.

Si trattava dunque, senza alcun dubbio, di una forma di autointossicazione dovuta principalmente a due fattori: alla costipazione ed al focolaio purulento dell'annesso sinistro, ai quali probabilmente si univa anche uno stato di gravidanza. Vi era, come si è detto, necessità assoluta di una cura che agisse contemporaneamente sulle manifestazioni locali della flogosi cronica dell'annesso uterino e sulle generali prodotte così da questa come dalla costipazione. Avvertii la signora che ogni suo male dipendeva o veniva aggravato dalla costipazione ostinata della quale era venuta a soffrire, e le dichiarai che tutte le cure avrebbero dovuto avere per iscopo di toglier questa assolutamente di mezzo. Cominciai dal prescrivere un purgante oleoso ed enteroclistmi con olio per rimuovere possibilmente tutte le masse fecali accumulate.

Ordinai quindi delle pillole di cascara sagrada, una ogni sera, e prescrissi la dieta lattea, esclusiva dapprima e quindi mista. Ottenni l'effetto desiderato: la costipazione scomparve e con essa ogni

sintomo di autointossicazione; il peso specifico delle urine risali al normale. Localmente poi i dolori si mitigarono e dileguarono del tutto in due settimane, mentre la sospettata gravidanza progrediva.

Essa è ora un fatto accertato. La signora è al suo 5° mese, avverte i movimenti attivi del feto e si possono percepire benissimo i battiti cardiaci fetali. Sotto l'influenza di una cura ricostituente e dell'uso del ferro (ferratina Schmiedeberg e Marfori) la signora si è perfettamente ristabilita. Convinta della bontà del metodo di cura diretto a tenerle sempre libero l'alvo, prende ogni sera un tabloid di cascara sagrada, che le dà regolarmente la mattina dopo una scarica semisolida, e fa sempre uso di latte.

Essa è oggi in florida salute, e fa bene sperare per l'ulteriore decorso della gravidanza.

OSSERVAZIONE III. — La signora A. B. di agiata condizione, di anni 24, di delicata costituzione, con gravi precedenti tubercolari in famiglia (madre e tre fratelli morti di tubercolosi), gravida al 5° mese, dopo un periodo prodromico di una settimana circa, costituito da crescente malessere, da stitichezza, da inappetenza, nausea e vomiti, cefalalgia, insonnia e tosse secca stizzosa, è costretta a porsi a letto per una febbre, leggiera dapprima, che era andata gradualmente crescendo. Il medico curante, che era anche stretto parente della malata, in vista dello stato di gravidanza e della febbre alta che si era stabilita, volle consultarmi e avermi compagno nella cura. Accettai di buon grado per render servizio al collega e, visitata la malata, trovai: infiltrazione degli apici pulmonari limitata agli apici stessi; ventre assai meteorico, spontaneamente dolente in tutta la sua estensione e più nella parte superiore fino ai lombi a mo' di fascia; presenza di tenue ma evidente quantità di liquido libero nel peritoneo; respiro straordinariamente affannoso con un senso di ambascia e di oppressione da parte della malata, assolutamente non in relazione con l'entità della lesione pulmonare accertabile; polso frequente (120 bat.). La pelle, soprattutto alla faccia, presentava un pallore tutto speciale, associato ad un certo grado di cianosi delle labbra; la lingua era assai sucida con un alto strato di patina grigiastria; la bocca non era però arida, nè secche le fauci: vi era anzi una abbondante salivazione.

Per ciò che riguarda il sensorio: cefalalgia, prostrazione, insonnia e, una sola notte, delirio, ma calmo e leggero.

Vomiti violenti frequentissimi, infrenabili coi soliti mezzi largamente usati.

Le temperature, prese regolarmente, avevano oscillato fra un massimo di 39° 8 e un minimo di 37° 9: e la febbre, che aveva preso un carattere irregolarmente remittente, ed era comparsa qualche tempo dopo la tosse, aveva percorso lentamente la sua curva ascendente.

L'utero era sviluppato come in una gravidanza al 6° mese, feto vivo, battiti nettissimi nessun segno di sofferenza del feto stesso: sistema genitale perfettamente sano in ogni sua parte. L'esame delle urine, torbide, scure e scarse, non mostrò traccia di albumina.

Come si vede, il quadro clinico presentava una straordinaria gravità e si sarebbe detto quello di una febbre tifoide se non vi fossero mancati molti dei suoi segni caratteristici.

La diagnosi non era facile, molto meno la prognosi.

Tre fatti specialmente impressionano: la dispnea straordinaria (50-60 respiri al minuto) per nulla in rapporto con la poca entità delle accessibili alterazioni, l'abbattimento grande e lo stato di pallore cianotico della malata, e finalmente il decorso della febbre continua irregolarmente remittente: caratteri tutti che, date le lesioni degli apici pulmonari e l'iniziarsi della malattia con la tosse, nonché la predisposizione ereditaria e costituzionale accertata e grave, facevano fortemente sospettare la presenza di una tubercolosi miliare acuta, che avesse avuto il suo punto di partenza nella lesione pulmonare.

In questo pensiero io era poi mantenuto dal non ignorare che la gravidanza, secondo il parere della maggior parte degli ostetrici e dei clinici in genere, esercita una grande influenza sullo scoppio della tubercolosi specialmente dopo il 5° mese, facendo come da frusta alla malattia fino ad allora latente. Per ciò che riguardava la cura, io non trovai nulla a ridire su quella già istituita giudiziosamente dal medico curante e che consisteva in enteroclistmi di acqua bollita per sbarazzare l'intestino, epitemi e fomentazioni calde sul ventre, ghiaccio, mentolo, laudano per calmare i vomiti e qualche pozione espettorante per la tosse.

Sotto questa cura, per quanto lo stomaco rifiutasse qualunque cibo o medicina e ritraesse vantaggio solo dagli enteroclistmi spesso ripetuti, la signora andò leggermente migliorando, ma non tanto, nè così rapidamente quanto sarebbe stato desiderabile, data l'estrema debolezza della ammalata. Credetti quindi opportuno, data la gravità del sospetto, in me fattosi quasi certezza, di una forma infettiva generale, di natura tubercolare, aggravante singolarmente la prognosi, di chiedere il parere di un clinico illustre che ci avesse potuto illuminare sul vero stato delle cose e ci avesse dato una guida alla cura.

Fu chiamato a consulto il prof. *Baccelli*, il quale vide l'ammalata 5 o 6 giorni dopo di me e in condizioni molto migliori di quelle che mi avevano colpito. Il pallore cianotico era scomparso e l'affanno di molto diminuito (40 respiri).

Egli ammise la natura infettiva della febbre, ma non gli parve dovuta nè al bacillo di Eberth nè a quello di Koch; in quanto ai fatti pulmonari, ne confermò la presenza e la localizzazione agli apici; constatò del pari la presenza di liquido libero nel cavo peritoneale e un certo grado di peritonismo.

Fece diagnosi di infezione generalizzata, di ignota natura, con catarro degli apici, possibilmente tubercolare, lasciando al microscopio, per questa parte, il responso.

Subordinatamente a questa ultima eventualità, fece prognosi fausta e prescrisse una cura di salicilato di soda (ogni due ore una carta di 50 cent.grm.).

Un distinto medico di Perugia, anche parente dell'inferma, venne a vederla il giorno dopo e prescrisse in aggiunta qualche cartina di calomelano e una dieta lattea assoluta. Sotto questa cura la malata andò migliorando rapidissimamente; due giorni dopo la febbre era cessata, una settimana dipoi quasi dileguato il dolore all'addome, non però il meteorismo; i sintomi cerebrali in breve scomparvero anch'essi; lo stesso dicasi della dispnea e del pallore, solo per più lungo tempo (due settimane circa ancora) rimase una straordinaria frequenza del polso che fu regolato con l'uso di picco'e quantità, di digitale dapprima e poi di caffeina. Ora la signora, che sta già al 7° mese di gravidanza, comincia ad alzarsi dal letto ed a passeggiare per la casa, non conservando della malattia, che così gravi timori aveva destato, se non una ben spiegabile debolezza. Ella continua l'uso del latte e lo continuerà, per mio consiglio, sino alla fine della gravidanza, e non si ciba, insieme al latte, che di alimenti leggeri facilmente digeribili, in preferenza vegetali.

OSSERVAZIONE IV. — G. P., di anni 31, moglie di un povero freatore, madre di cinque figli, tutti piccini, allevati tutti da lei, si trova alla sua 6.^a gravidanza ed è giunta al 7.^o mese. Per guadagnare qualche cosa da aggiungere al magro stipendio del marito, fa la lavandaia ed è costretta per questo mestiere a stare per lunghe ore all'umidità, nel fondo di un cortilaccio simile a un pozzo, dove si riversa tutto il sudiciume di uno di quei grandi casoni di povera gente accumulata, che sono l'obbrobrio della Roma nuova e dove salgono le esalazioni mefitiche di fogne mal costruite e peggio mantenute.

La casa stessa dove la povera donna abita coi suoi cinque figli è umida, scura, fetente e non ha altra vista che nel cortilaccio sopra-detto. Giovane robusta un tempo, ella è ora dalle privazioni abituali, dai prolungati altattamenti e dalle gravidanze successive ridotta in assai deprecevoli condizioni. Invecchiata innanzi tempo, si è trascinata fin qui lavorando, come ella dice, sopra le forze, ma queste l'hanno un quindici giorni fa abbandonata del tutto dopo uno strapazzo più grave del solito, e la donna è stata costretta a mettersi a letto ed a chiamare il medico. Accorsi e trovai la povera G in condizioni gravi. Essa era profondamente abbattuta e rispondeva appena alle domande che io le veniva facendo. Aveva un respiro frequente (35 al minuto) ma profondo, e di una energia straordinaria di fronte alla debolezza generale. Il polso piccolo, debolissimo, era regolare, ma straordinariamente frequente (130 p.).

Il volto pallidissimo. La temperatura abbassata (36.^o 5). La donna mi raccontò che aveva lavorato fino al giorno prima e che da ultimo, benchè si sentisse morire e le si fossero gonfiati straordinariamente gli arti inferiori e si sentisse addolorata per tutta la persona aveva dovuto affrettarsi per finire di lavare certi panni che doveva consegnare al più presto. Aveva avuto violenti sforzi di vomito fino a qualche ora prima e ne era rimasta più spossata che mai. Si sentiva però male da parecchi giorni, aveva perduto completamente l'appetito, affannava nel lavorare, e tutte le sere si trovava

gonfi gli arti inferiori e, da ultimo, anche le grandi labbra; le pesavano le palpebre, aveva spesso delle vertigini e disturbi visivi. Esaminata la donna, trovai che alla dispnea non corrispondeva alcuna lesione degli organi respiratorii, il torace si dilatava benissimo ed anzi le respirazioni erano profonde come di chi abbia sete d'aria.

Nell'addome si notava un certo grado di meteorismo, non però eccessivo. Gli arti inferiori erano gonfi, edematosi, e del pari edematose le grandi labbra.

Le mucose visibili erano pallidissime e denotavano uno stato di profonda anemia.

Le urine, esaminate lì per lì colla bollitura, mi fecero rilevare la presenza di una certa quantità di albumina.

Erano scarse, scure, torbidiccie ed avevano, come potei più tardi vedere, un alto peso specifico ed una scarsa proporzione di urea. Feci diagnosi di autointossicazione grave con albuminuria in gravidanza. Feci somministrare subito 80 centgm. di calomelano e ordinai che fosse dato alla donna molto latte caldo, e non altro da bere.

La sera, quando ritornai a vederla, aveva avuto il beneficio di parecchie scariche, che l'avevano molto sollevata.

Prescrissi delle cartine di salicilato di soda e caffeina (salicilato di soda centgm. 50, caffeina centgm. 10) da somministrarsi una ogni due ore, e dichiarai che sarebbe stato un gran bene se la donna avesse potuto sudare.

Ricoperta da tutti i cenci che furono potuti trovare, la donna sudò abbondantemente tutta la notte. Quando ritornai la mattina dopo a vederla, era più sollevata, il respiro era più tranquillo, il polso ancora assai frequente, ma meno del giorno innanzi (110 al minuto), l'albumina era diminuita.

Ordinai che continuassero nell'uso del salicilato e del latte e lo stesso feci nei giorni seguenti. Temendo poi che la donna si indebolisse troppo, sospesi il salicilato, e siccome gli edemi erano scomparsi, le urine erano tornate quasi normali e alla donna non bastava più quel poco di latte che poteva procurarsi giornalmente, le permisi una dieta mista: zuppa, legumi passati allo staccio, frittata d'erbe ecc.

Prescrissi contemporaneamente l'uso dell'acido cloridrico (1:160) in soluzione nell'acqua alla fine di ogni pasto, e le raccomandai di non abbandonare mai completamente il latte e di tenersi sempre lontana dalle cause reumatizzanti. -- In questi giorni, continuando l'anemia profonda, prescrissi anche una cura di ferro e le procurai un flaconcino di ferratina Schmiedeberg Marfori, che già aveva fatto in un'altra mia malata assai buona prova.

La donna sta ora relativamente bene, e non son più comparsi gli edemi, benchè stia alzata gran parte della giornata e si occupi delle faccende di casa.

Ho ragione di credere che, se la donna seguirà i miei consigli, arriverà al termine della gravidanza senza esser colta da alcun ac-

cesso di eclampsia, cosa che credo non sarebbe avvenuta, se non si fosse rapidamente ed ancora in tempo curata l'autointossicazione.

Oltre a questi 4 casi curati in tempo e seguiti perciò da buoni risultati, potrei ripetere la storia di un'altra donna affetta anch'essa da autointossicazione gravidica, che non fu potuta salvare neppure colla interruzione artificiale della gravidanza e della quale mi sono particolarmente occupato in un mio precedente studio sulle tossiemie gravidiche (*).

Anzichè ripetere qui quell'osservazione, preferisco rimandare al lavoro originale, la cui lettura può illustrare meglio l'argomento sotto altri aspetti, diversi da quello esclusivamente pratico, che qui mi son proposto specialmente di sviluppare.

Dalla semplice lettura delle precedenti osservazioni si vede quanto il quadro clinico di queste forme, identiche nell'origine e simili nelle manifestazioni principali, sia più vario di quello offertoci dal *Davis* nello scritto più sopra segnalato.

Io tenterò di darne qui una descrizione, tenendo conto di tutti i sintomi da me stesso osservati nelle varie forme e di tutti quegli altri da me non constatati ma descritti da altri e soprattutto dall'Alberoni, che delle autointossicazioni si è brillantemente occupato in un suo lavoro inserito nel Trattato italiano di patologia e terapia medica.

Una classificazione di queste tossiemie gravidiche, considerandole nella loro forma, è certamente impossibile; meno lo sarebbe, se si potesse fondarla sull'origine; ma trattandosi di affezioni così poco studiate nella loro essenza, da doversi contentare di chiamarle sempre e semplicemente autointossicazioni o tossiemie, senza sapere quali precisamente siano i tossici, miglior consiglio credo che sia il non tentare neppure una classificazione, che domani sarebbe probabilmente destinata a cadere sotto l'evidenza di nuove, più concrete scoperte.

Dopo aver rilevato effe le sorgenti di veleni, così interne come esterne all'organismo, sono multiple e che possono dipendere tanto da neutralizzazione ed eliminazione incompleta di veleni per qualità e quantità normali, come da eccessiva ed atipica produzione dei tossici stessi; dopo aver considerato la possibilità della presenza nell'organismo di un numero grande ma sconosciuto di prodotti tossici, varii nella loro composizione chimica e negli effetti loro, ciò che ci resta di meglio a fare è il raccogliere i sintomi principali delle affezioni provocate da questi tossici, quali essi siano, e il tentar di raggrupparli in modo da costituirne un quadro clinico, benchè ampio, pure abbastanza ben definito perchè una diagnosi possa posarsi e su questa innalzarsi in seguito l'edificio di una terapeutica razionale e giovevole.

SINTOMI — Quando la densità delle urine si abbassa o la temperatura si eleva, il *Bacelli* già da quasi un quarto di secolo ci insegna a pensare ad una autointossicazione.

(*) T. Rossi Doria — Contributo allo studio delle tossiemie e delle infezioni gravidiche. Studio clinico-sperimentale. Il Policlinico, Anno II; num. 3. C. 1895.

Anche il *Davis* dà una grande importanza all'abbassamento del peso specifico e alla diminuzione dell'urea nell'urina.

Io, nelle poche osservazioni fatte, ho veduto diminuire il peso specifico e le urine farsi più scarse, ma non escludo che in qualche forma di autointossicazione ciò possa mancare.

Per ciò che riguarda l'aumento della temperatura, se è vero che nella maggior parte dei casi esso si verifica, non è men vero che possono esistere tossiemie, anche gravi, nelle quali manchi questo sintomo o sia invece addirittura sostituito da un abbassamento. *Bouchard* ha trovato nella urina delle sostanze ipotermizzanti; vi sono molti prodotti di putrefazione batterica che hanno la proprietà di abbassare, anziché d'innalzare la temperatura dell'animale al quale vengono inoculati. Nelle mie osservazioni, l'elevazione della temperatura vi fu due volte su 4 (I e III), mancò nell'osservazione II e fu sostituita da ipotermia nella IV.

Un fatto che ho nettamente rilevato in tre delle mie osservazioni (I, III, IV) e non ben ricercato nella 4^a (II) è quello della straordinaria frequenza del polso e del respiro. Parrebbe esistere in questi casi, che devono essere considerati gravi, direi quasi una fame di ossigeno, per la quale l'organismo si sforzerebbe a far giungere nel minor tempo la maggior quantità d'aria in contatto della maggior superficie possibile di ossidazione.

Se si considera che i prodotti di metamorfosi regressiva dei quali ci occupiamo sono tossici, in quanto sono sostanze incompletamente ossidate, e che l'ossigeno, come ben dice l'*Albertoni*, « è, tanto per la materia viva che per la morta, il grande agente della disinfezione »; e se si pensa, d'altro canto, che gli stessi veleni, per la loro azione ematolitica, sono produttori di anemia, tale aumentata frequenza del respiro e del polso, che rappresenta una fame di ossigeno, viene ad essere perfettamente spiegata (così quando l'anemia è profonda, come quando non ha avuto ancora il tempo di stabilirsi) con una insufficienza relativa od assoluta del materiale ossidante di fronte all'ossidabile.

Così si spiega la presenza costante, o quasi, dell'anemia nelle intossicazioni, anemia che ora è una delle cause, ora l'effetto dell'intossicazione medesima.

Nei 4 casi miei l'anemia non è mancata mai ed è stata sempre abbastanza grave.

Un'altro fenomeno, che non è mai mancato nei miei casi e che costituisce un sintoma importantissimo, è la depressione psichica, la quale è uno dei primi fenomeni ad apparire e uno degli ultimi ad andarsene. Le donne avvertono una spossatezza nervosa generale, una malinconia profonda, hanno sempre voglia di piangere, si sentono oppresse, ansiose, come se qualche grave disgrazia dovesse loro sovrastare.

Tale depressione psichica è accompagnata da un senso profondo di stanchezza fisica, da incapacità talora assoluta di lavorare. Chi abbia letto gli splendidi e geniali lavori sulla fatica del *Mosso* e dell'*Aluco* si spiega facilmente questo senso di stanchezza. La stanchezza dell'uomo sano che ha faticato non è forse dovuta a presenza di maggiore

quantità di materiali regressivi incompletamente ossidati che non ha ancora potuto eliminare?

Un' altro fenomeno che ho verificato in 3 casi su 4 (I, III, IV) è l'*insonnia*, insonnia talora ostinata, ribelle a qualunque cura che non sia diretta a toglier di mezzo la causa: l'intossicazione. In un caso, invece dell'insonnia, constatai la *sonnolenza* (II).

La *cefalea* non manca mai; essa va dalla semplice pesantezza di capo al dolore intenso, continuo, intollerabile.

In due casi ho notato *vertigini*.

Per ciò che riguarda lo *stato della pelle*, essa è sempre, come ho potuto vedere, *secca, arida* e più di rado *viscida* (IV).

La *stitichezza*, che io ho veduto o sola o accompagnata ad altre cause di autointossicazione, è considerata da molti, insieme alla diarrea, come un effetto delle sostanze tossiche sulla peristalsi intestinale rispettivamente eccitata o paralizzata da queste, ma per me, nella donna almeno e nella gravida specialmente, costituisce spesso, più che l'effetto, la causa. Con ciò non nego la possibilità di un circolo vizioso, pel quale la stitichezza sia aggravata dall'intossicazione e l'intossicazione dalla stitichezza.

Certo è che questo fenomeno è quasi costante e, quando esiste, deve metterci sull'avviso e richiamare su di sè tutta l'attenzione.

In quanto all'*albuminuria*, essa è certamente, quando esiste, l'esponente di una autointossicazione, giacchè rappresenta, diciamo così, una stanchezza, so non un'alterazione del rene. Ma quando non esiste, ciò non significa che manchi l'autointossicazione: anche dopo qualche tempo dalla comparsa di questa, si può trovare il rene in condizioni abbastanza buone, e nella stessa eclampsia, che rappresenta già un alto grado di tossiemia (quando non è la conseguenza di una esagerata iritabilità del sistema nervoso o di parti di questo di fronte a gradi più leggeri della tossiemia stessa), l'albumina nelle urine può mancare.

Se l'esistenza dell'*albuminuria*, nella quantità dei casi, è una prova di intossicazione, il non trovare albumina nelle urine non deve allontanarci dall'idea della possibile esistenza di un processo tossicomico, quando ne esistono gli altri segni; e nella donna gravida prudenza vuole che non si attenda mai la comparsa di questo segno *che è per lo più tardivo* e rappresenta la rottura di un compenso alla malattia già stabilitasi, non l'insorgere della malattia stessa.

Nella osservazione I il quadro, nel periodo più grave della malattia, è stato dominato dall'ittero. L'*ittero* può essere uno dei sintomi della tossiemia. Questo sintoma fu notato due volte dall'*Olshausen*; ma *Braun* l'aveva già constatato ed aveva supposto una eclampsia *colemica*. *Stumpf* credeva l'ittero sotto la dipendenza di lacerazioni vascolari e di emorragie nel tessuto epatico.

Oltre all'ittero, nella osservazione I, fu notata la presenza di una *gingivite emorragica* che aveva l'aspetto di uno *scorbuto*. *Lesioni emorragiche*, come io stesso ho dimostrato nel lavoro già citato sulle tossiemie, sono facili a verificarsi nelle autointossicazioni, le quali hanno anche, e soprattutto, un'azione sulle tuniche vasali che predispone alle

emorragie. Nell'anatomia patologica delle forme gravi (eclampsia etc.) le lesioni più importanti sono rappresentate da emorragie.

E che la gravidanza, quando decorre con formazione o ritenzione esagerata di tossici, sia capace di dare emorragie, lo dicono anche parecchie osservazioni, e cito solo quelle del *Wiener*, di porpora vaiuolosa, che non ho citato nell'altro mio lavoro.

Del resto *Kehrer* e *Spiegelberg* ed altri ancora, se non erro, hanno detto che la gravidanza crea talora una diatesi emorragica, e tutti sanno che le febbri eruttive caratterizzate da emorragie prendono nelle donne gravide il tipo più grave (1).

Oltre a questi fenomeni che io ho potuto verificare nei casi capitati sotto la mia osservazione, altri possono aversene che è bene conoscere: l'*asma* è uno di questi, osservato dal *Cautani* e dall'*Henoch*, dopo gravi disordini dietetici, specie nei bambini, ma anche negli adulti.

Il *delirio*, un delirio dispeptico, fu osservato dal *Murri*.

La *letania gastrica* può anche aversi per autointossicazione, come hanno dimostrato *Biscaldi* e *Bouveret* e *Davie*.

Casi di *paralisi* per autointossicazione furono osservati e studiati da *Westphalen*, da *Goldflamm*, da *Oppenheim*, da *Bernhardt*.

Svariate *dermatosi*, come hanno notato *Bouchar*d, *Lorenz*, *Neumann*, *Westphalen*, possono anche essere dovute ad autointossicazione e costituiscono quindi un sintoma non disprezzabile.

DIAGNOSI — Nei casi leggeri ed al principio la diagnosi si basa sui fenomeni di depressione psichica, di stanchezza, sulla graduale diminuzione degli escreti, sulla diminuzione dell'appetito, le nausee, i vomiti, il dolore di testa, i capogiri etc., sulla secchezza o viscosità della pelle, sull'insonnia e sulla diminuzione del peso specifico e della quantità dell'urina. Esistono sempre o stitichezza o altri disturbi gastro-intestinali, o ristagno e decomposizione di urine nei serbatoi naturali, o raccolte marciose od altri focolai di scomposizioni batteriche o semplici, quali un feto morto nell'utero, o coaguli sanguigni fra l'uovo e le pareti uterine etc. a meno che non si tratti di una insufficienza renale per nefrite, provocata o no dallo stato di gravidanza.

(1) Un quindici giorni dopo la compilazione di questo lavoro, venne nella Clinica una giovane donna, robusta, sui 20 anni, gravida al 7° mese, che presentava una singolare alterazione del volto. Aveva entrambe le congiuntive e le palpebre di entrambi i lati completamente rosso-violacee per spandimento di sangue. Pareva che la donna fosse stata colpita da due violenti pugni in pieno sulle orbite. Esaminatala, si trovò che non aveva avuto a subire violenza di sorta e le emorragie si erano spontaneamente manifestate il giorno prima senza causa apprezzabile. La donna aveva edemi, leggere tracce di albumina nelle urine e tutti i sintomi premonitori su descritti. Fu posta a dieta lattea, dapprima assoluta e poi mista; e a poco a poco le condizioni migliorarono molto, scomparvero quasi gli edemi, scomparve l'albumina dalle urine e così non fu necessaria l'interruzione precoce della gravidanza che pareva indicata. Ora, dopo più di un mese, le emorragie oculari sono quasi scomparso e v'è ogni ragione di credere che la donna partorirà regolarmente a termine.

In altri casi più gravi, a questi sintomi se ne aggiungono altri speciali, quali l'albuminuria, di cui sappiamo che cosa pensare, e la dispnea, di intensità straordinaria, assolutamente non in rapporto con le condizioni organiche dei due sistemi respiratorio e circolatorio.

Questo sintoma, che io avevo visto in quasi tutti i trattati di patologia considerato come patognomonico della tubercolosi miliare, può condurre, in condizioni simili, p. e. in quelle nelle quali io mi trovai, ad un errore di diagnosi tanto più grave in quanto che la prognosi è molto diversa. In tali casi, che non credo davvero frequenti, è bene soprassedere in vista di questa possibilità: dopo una terapia diretta a favorire l'eliminazione dei tossici ritenuti e ad impedire la formazione di nuovi, questo segno infatti cede se si tratta di tossiemia e talora, come nel caso IV, abbastanza rapidamente. Nell'osservazione III, le condizioni gravi della malata si mantennero più a lungo, perchè l'intossicazione molto probabilmente non dipendeva soltanto da veleni formati nell'interno del canale intestinale per decomposizione delle masse fecali ivi contenute, ma da tossine batteriche dovute a microrganismi di ignota natura, costituenti infezione nell'organismo della malata e più difficilmente allontanabili.

Tra infezione e intossicazione è così breve la distanza, sì mal definito il confine, anche, anzi specialmente, dopo i recenti studii, che non parrà strano se, considerando le une e le altre, dal punto di vista dell'inquinamento organico, come una sola ed unica cosa, le ho poste qui insieme.

Anche la straordinaria frequenza del polso, che io ho notato evidente in due dei quattro casi, deve essere tenuta in conto per la diagnosi di autointossicazione, come pure quegli altri fenomeni più rari che io non ho potuto osservare, ma che altri ha veduto in varie forme di tossiemia, come ho detto parlando dei sintomi.

TRATTAMENTO — Il trattamento delle autointossicazioni gravidiche deve avere sempre, anche nelle forme apparentemente miti, un carattere d'urgenza. Prima di tutto si deve cercare di torre di mezzo la causa dei disturbi, per quanto è possibile.

Se questa, come di solito avviene, risiede nel canale gastro-enterico ed è costituita da stitichezza, la prima indicazione è quella di sgombrare l'intestino dalle masse in esso raccolte.

Con ciò si fa anche una derivazione intestinale assai utile ogni volta che l'organismo è saturo di veleni.

Nell'eclampsia, il mio maestro Prof. *Pasquali* non trascura mai di somministrare sostanze purgative a questo scopo e, da circa un ventennio, egli conserva costante la pratica della somministrazione del calomelano (1 grammo in 10 grammi di miele. Con una piuma se ne spalma la lingua dell'eclampatica, di tanto in tanto, finchè non viene tutto, incoscientemente, ingoiato). Il *calomelano* è infatti il migliore dei purganti e deve essere prescritto anche per la sua azione disinfettante.

Sarà bene, dopo sbarazzato l'intestino dalle feci accumulate, di tenerlo nei giorni successivi sotto l'azione di *antisettici gastro-enterici*

quali il *carbone vegetale*, il *magistero di bismuto* e, meglio ancora, il *salolo*.

Indicate sono anche, ed io le ho adoperate con grande vantaggio nei miei casi, le abbondanti *irrigazioni intestinali* con acqua bollita tiepida.

Quando i disturbi sono prevalentemente a carico dello stomaco, l'*emetico* potrebbe parere indicato per sbarazzare l'organo dalle sostanze in esso contenute, ma oggi è infinitamente meglio prescrivere la *lavatura dello stomaco* o con acqua semplice, o con acqua di cloroformio.

Anche la bocca, che in queste forme è sempre impaniata, con alito fetido, deve essere accuratamente disinfettata con *clorato di potassa*, o *borace*, o *tinolo*, o *mentolo*, e la patina linguale diligentemente rimossa.

Quando l'officina dei veleni non risiede nell'intestino, ma nella vescica, il *lavaggio* di questa e, meglio ancora, le *istillazioni di sublimato* o d'altro, e l'uso interno del *salolo* trovano una giusta indicazione.

Oltre a questi mezzi destinati ad eliminare i veleni, allontanandoli direttamente dai loro focolai di formazione o neutralizzandoli, altri mezzi devono essere destinati ad allontanarli dai tessuti e dai succhi dell'organismo dove sono penetrati, ciò che si ottiene promuovendo la *traspirazione* e la *diuresi* e stimolando la produzione della bile. I *sudoriferi*, i *diuretici* e i *colagoghi* sono indicatissimi in queste forme. L'uso dei diuretici energici non lo eredo indicato ed io non ho avuto che a lodarmi dell'uso del latte: la dieta lattea esclusiva è infatti quella che tutti consigliano, anche nelle forme albuminuriche ed eclamptiche più gravi. Se essa ha dato sempre buoni risultati in tali forme avanzate, io posso dire che i risultati sono ottimi e rapidissimi nelle forme meno avanzate, delle quali mi occupo. Il *Jaccoud* per la cura dell'albuminuria gravidica non consiglia che la rigorosa dieta lattea e dice che questa dovrebbe essere continuata dopo, durante tutta la gravidanza.

Egli sostiene anche, e ciò forse è eccessivo, che ad ogni donna gravida si dovrebbe, per prevenire l'albuminuria, far prendere 1 o 2 litri di latte al giorno.

Come diaforetico ed antimicotico nello stesso tempo, io ho usato con molto vantaggio nell'ultimo dei miei casi il *salicitato di soda* che, consigliato nel III dal Prof. *Bacelli*, aveva dato splendido risultato. In unione con la *caffèina*, i possibili effetti deprimenti sono ridotti a nulla e non si può che caldamente consigliarlo.

Per stimolare l'attività del fegato, v'ha chi consiglia nelle autointossicazioni, come potente colagogo, le irrigazioni intestinali di acqua ghiacciata: io non ho avuto il coraggio di adoperarle nelle mie malate e penso che lo stato di gravidanza possa controindicarle.

Il *Jaccoud* consiglia nell'albuminuria gravidica l'uso delle inalazioni di ossigeno fino a 30 litri al giorno, da aumentarsi ancora con l'aumentare dell'albuminuria. Anche nelle tossiemie senza albuminuria l'ossigeno è indicato. Certamente, se io lo avessi potuto, nell'ultimo caso, nel quale era evidente quella fame di ossigeno di cui piuttosto a lungo ho parlato, avrei prescritto le inalazioni di ossigeno e eredo che avrebbero recato alla donna molto sollievo, ma potei farne perfettamente a

meno e non le credo indispensabili, tanto più che è ancora controverso se la razionalità delle inalazioni di ossigeno sia reale o soltanto apparente (*Albertoni*).

Porak e Bernheim raccomandano, nelle gravi albuminurie gravidiche, le iniezioni sottocutanee di soluzione fisiologica di cloruro di sodio in quantità di 500-1000 grammi per volta, ripetute magari più volte.

Questo metodo di cura, che da noi è già da parecchi anni conosciuto come ipodermoclisi di *Cantani*, fu usato con successo da *Bozzolo*, da *Salvi* e da *Silva* prima che gli autori francesi lo applicassero alle albuminurie gravidiche.

Il *salasso*, che in alcune intossicazioni dell'organismo fu adoperato (da *Maragliano* nella polmonite), nelle forme da me osservate non era, data l'anemia, talora profonda, certamente indicato; ma non mi parrebbe fuori proposito il salasso in quelle robuste gestanti che si mostrassero eccessivamente pletoriche e accennassero, cosa rara, nello stesso tempo a disturbi tossicoemici.

Debellate le cause dei disturbi più gravi, parte per impedire il loro rinnovarsi, parte per riparare ai danni da essi lasciati, si deve continuare a curare la donna per tutta la durata della gravidanza fino al puerperio avanzato. Le cure dovranno, in questo secondo periodo, essere dirette soprattutto ad impedire il ritorno della costipazione intestinale.

Io mi sono servito con molto vantaggio dei tabloidi di *cascara sagrada* che hanno un'azione blanda e sicura. Somministrandone uno ogni sera, si ottengono regolarmente una o anche due scariche quotidiane. Le pillole di *colochintide* che ho usato nella 1^a malattia hanno l'azione troppo energica per poterne continuare l'uso; sono però ottime quando, persistendo i sintomi di intossicazione, si ha bisogno anche di una derivazione dall'intestino per mezzo di scariche molto sierose.

Il *Davis*, che le consiglia a questo scopo, ha dunque perfettamente ragione a dichiararle assai efficaci.

Utilissima anche è la somministrazione dell'*acido cloridrico*, specialmente in quei casi nei quali l'intossicazione è dovuta a insufficienza dell'acidità gastrica, il che nelle gravide si riscontra assai di frequente. L'acido cloridrico, la cui somministrazione, secondo l'*Albertoni*, deve essere considerata come « uno dei capisaldi della terapia dell'autointossicazione », si dà alla dose di 1 grammo circa, sciolto nell'acqua (1:100), alla fine del pasto. Per rimediare ai danni dell'azione ematolitica dei veleni assorbiti, all'anemia, talora assai grave, che suol riscontrarsi in moltissime gravide con cattiva gravidanza, il ferro è utilissimo; ma non tutti i preparati forse son buoni. Io ho esperienza, in questi casi, di un solo preparato: *ferratina* o *ferro degli alimenti*, che mi ha dato sempre ottimi risultati per rapidità di azione e perfetta tolleranza, e lo consiglio. Altri potrà consigliare altri preparati ugualmente efficaci e specialmente le pillole di *Blaud* che sono forse il miglior preparato di ferro.

In questi ultimi tempi si è molto parlato del *massaggio*, come metodo di cura utilissimo per far passare in circolo e provocare l'eliminazione rapida delle sostanze nocive contenute nell'interno dei tessuti, ed ognuno sa quanto il massaggio giovi a far scomparire, ad esempio, i fenomeni della stanchezza.

Le persone agiate potranno provare anche il massaggio, e non v'ha dubbio che ne ritrarranno un notevole beneficio.

Questa la terapia delle autointossicazioni in atto.

Ed ora qualche parola sulla terapia delle autointossicazioni in potenza, cioè sulla profilassi.

PROFILASSI. — Le persone più agiate e le più povere sono quelle che vanno più soggette ad autointossicazioni: quelle, perchè molto facilmente fanno una vita sedentaria e si nutrono di cibi abbondanti e prevalentemente animali; questi, perchè si affaticano, vivono in ambienti sudici, insufficientemente aereati, mangiano male e non hanno cura sufficiente della loro salute.

Nell' un caso e nell'altro gli effetti sono quasi i medesimi, e non è raro di vedere nascere per esempio, una grave anemia, come fenomeno di intossicazione, non solo in chi si ciba male, ma anche in chi si ciba lautamente, ed appunto per questa abbondanza di alimento.

In questo ultimo caso le cure ricostituenti, corroboranti e toniche, che si risolvono in un aumento della nutrizione, anzichè migliorare queste anemie, le aggravano.

La scelta del cibo ha dunque una grande importanza anche nel governo della donna gravida, ed il medico, quando si trova in presenza di un caso di autointossicazione caratterizzata dai disturbi sopradescritti e dall'anemia, è bene sappia che spesso nelle persone che si nutrono bene prevale, come fa rilevare l' *Albertoni*, la formazione di prodotti basici, di corpi della serie aromatica, d' acetone, di acido acetico etc. e che è necessario in questi casi ridurre al minimo, anzichè aumentare, il consumo della carne e degli albuminoidi.

Limitando la dieta, sostituendo alle carni soverchie gli erbaggi e il latte, e ricorrendo contemporaneamente ai lassativi, il medico farà in questi casi una cura razionale seguita spesso da buon successo.

Nelle persone invece della classe povera, che si nutrono in gran parte di idrati di carbonio, e fanno raramente uso di carni e di albuminoidi in genere, quando sorgano i disturbi caratteristici della auto-intossicazione, dovuta a processi esagerati di fermentazione lattica e butirrica, è necessario ricorrere ad un vitto più ricco di albuminoidi.

Il latte dapprima e poi, scomparsi i fenomeni tossicoemici, la carne, per combattere l'anemia, sono sostanze indicatissime.

Quando, come avviene per lo più, date le misere condizioni economiche di questa gente, è necessario che ricorrano di nuovo all'alimento abituale, bisogna raccomandare che almeno facciano vita all'aperto, lavorino possibilmente in un ambiente ben aereato e non si strapazzino troppo.

Il segreto per il quale le popolazioni mal nutrite della campagna si mantengono più sane di quelle della città sta appunto nel vivere quelle sempre in mezzo all'aria pura dei campi, mentre queste faticano nelle chiuse officine e nelle stanzette senz'aria e senza luce.

Per la profilassi delle tossemie in gravidanza è assolutamente necessario prescrivere l'aria pura, il movimento moderato, l'astensione da strapazzi fisici e possibilmente morali, i quali ultimi hanno una

parte non insignificante nel determinare lo scoppio di quei disturbi che vanno sotto il nome di «cattive gravidanze».

Oltre a queste regole igienico - dietetiche destinate ad impedire la produzione di veleni, soprattutto nell'intestino, bisogna badare a non compromettere l'integrità del rene, che nella gravidanza ha bisogno di maggiore riguardo.

La donna gravida deve possibilmente astenersi da quei cibi forti, da quelle droghe e condimenti eccitanti, che per secondare le così dette « voglie » si crede spesso in dovere di procurarsi.

Deve poi stare possibilmente lontana dalle cause reumatizzanti, la cui importanza nella genesi delle nefriti non può essere in alcun modo posta in dubbio. Son rari infatti i casi di eclampsia nei quali un raffreddamento non abbia rappresentato almeno l'ultima spinta alle gravi manifestazioni della tossemia. Ed è assai dimostrativo, sotto questo riguardo, il fatto che il numero dei casi di eclampsia è di gran lunga maggiore nei mesi freddi ed umidi dell'anno.

Ecco quanto sulle questioni delle autointossicazioni in gravidanza mi è parso, data la mia scarsa esperienza, opportuno di dire. Io son certo che a molti salterà agli occhi il fatto che gran parte dei suggerimenti profilattici e terapeutici dati si trovano già anche nei più antichi trattati, al capitolo che riguarda il « governo della gravidanza ».

Se empiricamente si è giunti, diciamo pure da secoli, a stabilire dei precetti terapeutici che oggi le ricerche scientifiche ribattezzano come razionali, noi dobbiamo rallegrarci di ciò ed aggiustare maggior fiducia ai dettami dell'esperienza antica rafforzata dal moderno sperimentalismo.

In pari tempo dobbiamo, per quanto sta in noi, cercare di opporci a quel ristagno di indifferentismo che per lo più ci fa riguardare come naturalmente insiti nel concetto di gravidanza disturbi, i quali, lievi, è vero, da principio, possono divenir gravi col tempo ed apparecchiarci le più dolorose sorprese. Talora i fenomeni dell'autointossicazione, non lievi, ma non imponenti, vengono fino all'ultimo trascurati, ed i vomiti, se non si fanno incoercibili e compromettenti la vita della gravida, per lo più non si curano; i sintomi nervosi svariati, se non giungono fino alle convulsioni, non ricevono altro soccorso che di inutili pozioni calmanti od eccitanti a seconda dei casi, e la compromessa funzionalità del rene, se non giunge all'albuminuria, non attrae che eccezionalmente l'attenzione del medico e della levatrice.

Or via, tutto ciò è male, perchè le conseguenze di una forma tossicoemica in gravidanza sono molte e più numerose di quelle che non si sospettino.

A parte infatti l'aggravamento delle condizioni tossicoemiche, che può condurre, come abbiamo veduto, a gravi condizioni di anemia e di indebolimento, e ad insufficienza funzionale del rene e forse anche del fegato, con sviluppo di convulsioni eclamptiche e possibilità di morte per avvelenamento, l'aggravarsi delle stesse condizioni ed anche il loro solo conservarsi per qualche tempo, date certe adatte disposizioni individuali, può far sorgere parecchie di quelle complica-

zioni che si attribuiscono, durante la gravidanza, ad altri più o meno plausibili motivi.

I vomiti incoercibili della gravidanza, che così spesso conducono a morte quando non siano curati in tempo ed esigono spesso la rimozione artificiale del prodotto del concepimento, hanno una etiologia ancora perfettamente oscura; e la stessa molteplicità delle teorie professate in proposito ci prova che non se ne sa nulla davvero.

Per me, se mi è lecito esprimere un'opinione in questione sì ardua, credo che si tratti in esse di una speciale autointossicazione.

Basta leggere la descrizione che fa, p. e., il *Lang* dei fenomeni di questa grave condizione, nei tre periodi classici del *Dubois*, per convincersi della somiglianza colle forme da me descritte.

Nel primo stadio, che va dal principio della malattia fino al punto in cui il vomito comincia a ledere l'organismo, a farsi doloroso, ripetendosi da ogni mezz'ora fino ad ogni 5 minuti, *deteriora l'appetito, produce la costipazione.*

Nel secondo stadio il polso diviene frequente, la temperatura sale a poco a poco, la lingua è impaniata, l'alito è fetido; scarsa, scura è l'urina.

Nel terzo stadio, nervoso, comatoso, il vomito diminuisce fino a cessare del tutto. Aumenta la frequenza del polso. I sintomi cerebrali compaiono, l'ammalata diviene comatosa, itterica. Si stabilisce strabismo ed ineguaglianza pupillare, la donna muore nel coma.

L'idea che qui si tratti di un' autointossicazione, simile a quelle dal *Davis* e da me descritte, sorge spontanea nel considerare il decorso di questa malattia, ed io non sono certo il primo ad enunciarla. Già altri ha avuto il medesimo sospetto e lo ha manifestato.

Il *Lindemann* ha fatto di più: ne ha dimostrata la realtà. Egli ha fatto delle ricerche microscopiche su pezzi di organi presi da una donna morta di iperemesis gravidarum ed ha trovato degenerazione grassa e rigonfiamento torbido del fegato come della milza, rigonfiamento torbido fino alla necrosi da coagulazione nelle cellule dei tubuli urinarii, specialmente nei contorti; nei retti, qua e là, sangue stravasato per diapedesi. Questo reperto ricorda a *Lindemann* un avvelenamento cronico o, rispettivamente, una infezione, ed egli chiama in causa una autointossicazione dovuta o alla produzione o alla ritenzione di qualche tossina.

Altre conseguenze possibili dello stato di tossiemia nella gravidanza sono la morte del feto nell'utero, l'aborto o il parto prematuro, il distacco precoce di placenta e talune emorragie della gravidanza.

Rispetto alla morte del feto nell'utero, essa può venire determinata dalla presenza stessa di materiali tossici nel sangue materno, materiali che possono passare al feto, ad onta del filtro placentare. Ma questa eventualità probabile e provata non credo che debba essere la più frequente.

Più frequente invece deve essere la morte del feto per rottura dei rapporti che lo legano alla madre, dovuta ad emorragie nella placenta o nell'endometrio per endometrite tossica.

Ognuno sa che nelle malattie infettive, il che è quanto dire in certe

gravi intossicazioni di origine batterica, l'endometrio si risente quasi costantemente della presenza dei veleni nel sangue circolante.

Le ricerche dello *Slawianski* per il colera, dello *Jaggard* per il tifo, del *Massin* per le malattie infettive generali da lui studiate (18 casi, dei quali 12 di febbre ricorrente, 2 di polmonite crupale, 2 di tifo addominale, 1 di dissenteria, 1 di peritonite generalizzata acuta d'ignota origine) etc. hanno dimostrato che quasi sempre nelle malattie infettive si producono delle endometriti a tipo emorragico, endometriti simili, nel significato, alle nefriti batteriche in tali morbi non rare, e che tali emorragie portano naturalmente con assai facilità alla interruzione della gravidanza.

Dato ciò, che cosa vi sarebbe di molto strano nel fatto che anche forme di autointossicazione indipendenti da infezione potessero dare risultati simili, cioè emorragie tra le pareti dell'utero e quelle dell'uovo, ed emorragie placentari?

Già il *Fehling*, ed altri dopo di lui, hanno visto che non è infrequente trovare nelle placente di donne albuminuriche degli infarti, che rappresentano in fondo non altra cosa che delle apoplessie, e parecchi ostetrici hanno osservato delle emorragie interne nelle donne gravide affette da nefrite di gravidanza. Lo *Schantz* parla in una sua geniale monografia di tali pericoli ed afferma che, oltre all'eclampsia, anche la nefrite (e noi sappiamo come l'una e l'altra siano fatti del medesimo ordine) può dar origine ad emorragie: nella nefrite della gravidanza i vasi hanno, secondo lo *Schantz*, una certa fragilità ed, oltre alle alterazioni della placenta costituenti le emorragie e gli infarti placentari, possono dar luogo ad alterazioni della decidua che conducono ad un aborto o ad un parto prematuro.

Per ciò che riguarda il distacco prematuro di placenta, da un notevole lavoro del *v. Weiss* raccolgo che essa non sempre trova la sua spiegazione in cause meccaniche e che parecchi autori hanno constatato il fatto che il distacco prematuro della placenta coincide spesso con la nefrite e con l'albuminuria. Pare, secondo *Fehling*, *Münchmeyer*, *Veit*, *Henry*, *Beck*, *Rousseau*, *Dumarcet*, *Schantz*, che le alterazioni renali portino come conseguenza una endometrite cronica o subacuta, con alterazioni della decidua, formazione di infarti placentari, morte intrauterina del feto e distacco prematuro della placenta.

D'altro canto esistono casi di distacco placentare non complicati da nefrite e da albuminuria che rimangono senza spiegazione.

Noi che sappiamo come nella tossicemia non sempre si verifichi albuminuria o nefrite e consideriamo queste condizioni, quando esistono, per lo più come semplici sintomi non necessari di un quadro più complesso che è l'autointossicazione, ci spieghiamo perfettamente anche questi fatti di distacco prematuro, aborto etc. senza nefrite e li consideriamo prodotti dalla stessa causa che ha prodotto i primi.

Con ciò io non intendo qui di risolvere alcuna questione: io non faccio che accennare degli argomenti che mi paiono di un grande valore e servono molto bene a dare importanza all'asserto, pel quale ho scritto queste brevi ed affrettate pagine: che cioè le autointossicazioni

in gravidanza meritano la più grande attenzione e non ne deve in alcun modo essere trascurata nè la diagnosi, nè la terapia.

E' mia convinzione che la cura di tali forme, che vanno ora col nome di « cattive gravidanze », deve essere fatta razionalmente ed in tempo, per impedire che, aggravandosi, diano luogo a forme più gravi, come l'albuminuria, l'eclampsia, i vomiti incoercibili, o ad aborti, parti prematuri, distacchi precoci di placenta, morte del feto nell'utero etc.

In questa convinzione, ho cercato di stabilire delle linee generali, sintomatologiche e terapeutiche, che possano riuscire di utilità nella pratica dell'ostetricia.

Esprimo il voto che altri più autorevole di me prenda meglio a studiare l'argomento. Non è, come si può facilmente immaginare, coi pochi casi da me osservati che si possono risolvere simili questioni, e se mi sono deciso a pubblicarli, insieme a qualche considerazione, non l'ho fatto per altro motivo che per richiamare la mente dei dotti e l'attenzione dei pratici sopra un punto che mi sembra fra i più interessanti della comune pratica ostetrica.

Gennaio, 1895.

N.B. Le pazienti delle osservazioni III e IV si sono felicemente sgravate a termine ed hanno avuto puerperii perfettamente normali. La paziente della osservazione II sta ottimamente in salute, e non ha più avuto alcun dolore nella regione dell'annesso malato. Continua la cura del latte e seguita a prendere le pillole di cascara. Partorirà certo felicemente anch'essa a termine, come non pareva assolutamente lecito sperare date le sue gravi condizioni che avrebbero anche potuto giustificare qualche mese fa un aborto artificiale.

LETTERATURA

1) ALBERTONI — *Sulle autointossicazioni* — Trattato Italiano di patologia e terapia medica, Vol. I. parte 1.^a p. 29, 1893.

2) TIBONE — *Sulla eziologia della eclampsie*. XI Congresso medico internazionale. Torino, Roux, 1894.

3) OLSHAUSEN — *Ueber Eklampsie* — Samml. klin. Vorträge, N. 36 p. 325, 1892.

4) DAVIS — *Toxaemia of Pregnancy, its diagnosis and treatment*. The Am. Journal. of the méd. sciences. Vol. CVII, N. 2. 1894.

5) JACCOUD — *Traitement de l'albuminurie gravidique*. Nouv. Arch. d'Obstetr. et de Gyn. N. 2. Suppl. p. 61, 1893.

6) PORAK ET BERNHEIM — *Des injections d'eau salée, employées comme diurétique, en particulier dans le traitement de l'albuminurie gravidique grave*. Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn. N. 5 p. 206. 1893.

7) LANG — *Sur un cas de vomissements incoercibles à 4 mois de grossesse arrivé à la troisième période. Expulsion spontanée du foetus. Mort de la parturiente*. — Arch. de Tocologie et de Gyn. n. 8. p. 260, 1893.

8) LINDEMANN — *Zur pathologischen Anatomie der unstillbaren Erbrechens der Schwangeren*. Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Vol. III^o N.° 15. Rif. Centrbl. f. Gyn. N. 34 p. 99. 1893.

9) SLAWIANSKY — *Endometritis decidualis hämorrhagica bei Choleraeranken*. Arch. f. Gyn. Vol. IV. 1872.

10 JAGGARD — *Typhoid fever and Pregnancy*. Rif. Am. Journal of Obstetr. Marzo 1889.

11) MASSIN — *Zur frage der Endometritis bei acuten infectiösen Erkrankungen*. Arch. f. Gyn. Vol. 40. 1891.

12) WIENER — *Ueber hämorrhagische Erkrankungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen*. Arch. f. Gyn. Vol. 31, p. 281, 1887.

13-14) FEHLING — *Ueber habituelles Absterben der Frucht bei Nierenerkrankung der Mutter*. Arch. f. Gyn. Vol. 27. — *Weitere Beiträge zur klin. Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft*. Arch. f. Gyn. vol. 39. 1890.

15) SCHAUTA — *Ueber innere Blutung bei Nephritis gravidarum*. Intern. klin. Rundschau N. 27 — 1892. Rif. Centrbl. f. Gyn. p. 1216, 1892.

16) v. WEISS — *Ueber frühzeitige Auslösung der normal sitzenden Placenta*. Arch. f. Gyn. Vol. 46, fasc. 2." 1894.

