

BIBLIOTECA  
LANCISIANA

BIBLIOTECA MEDICA  
ROMANA  
MISCELL  
A 15  
12

*umaggio*

prof. P. G. SPINELLI

INDICAZIONI GENERALI E TECNICA

DELLA

STERILIZZAZIONE DELLA DONNA

Comunicazione alla 5.<sup>a</sup> Riunione annuale  
della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia,  
Torino 3-6 ottobre 1898.



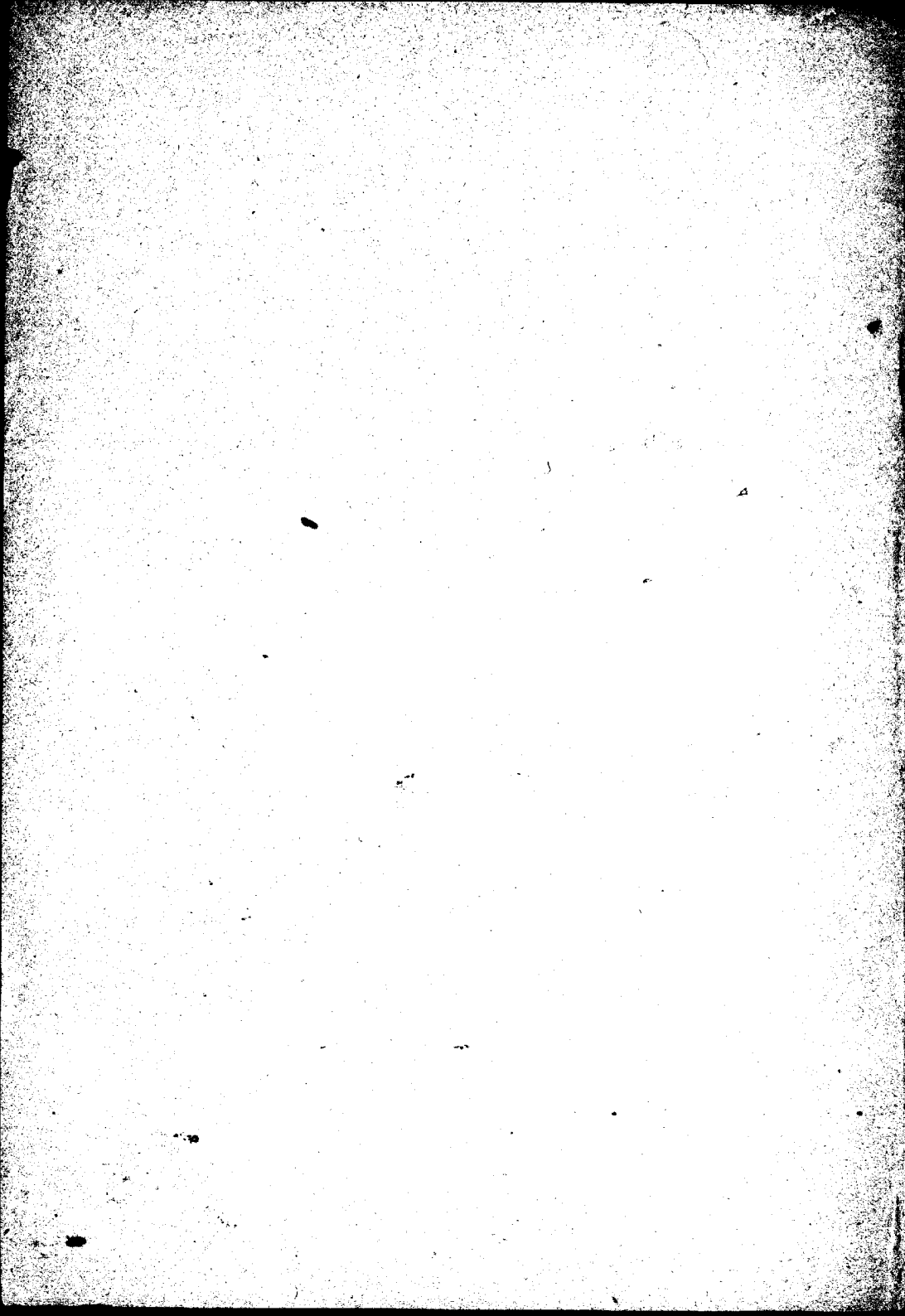
Estratto dall'Archivio Italiano di Ginecologia  
a. I. — 31 OTTOBRE 1898. — n. 5.

NAPOLI

Tipografia Melfi & Joele

Palazzo Maddaloni a Toledo

1898



prof. P. G. SPINELLI

---

## INDICAZIONI GENERALI E TECNICA

DELLA

# STERILIZZAZIONE DELLA DONNA

Comunicazione alla 5.<sup>a</sup> Riunione annuale  
della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia,  
Torino 3-6 ottobre 1898.

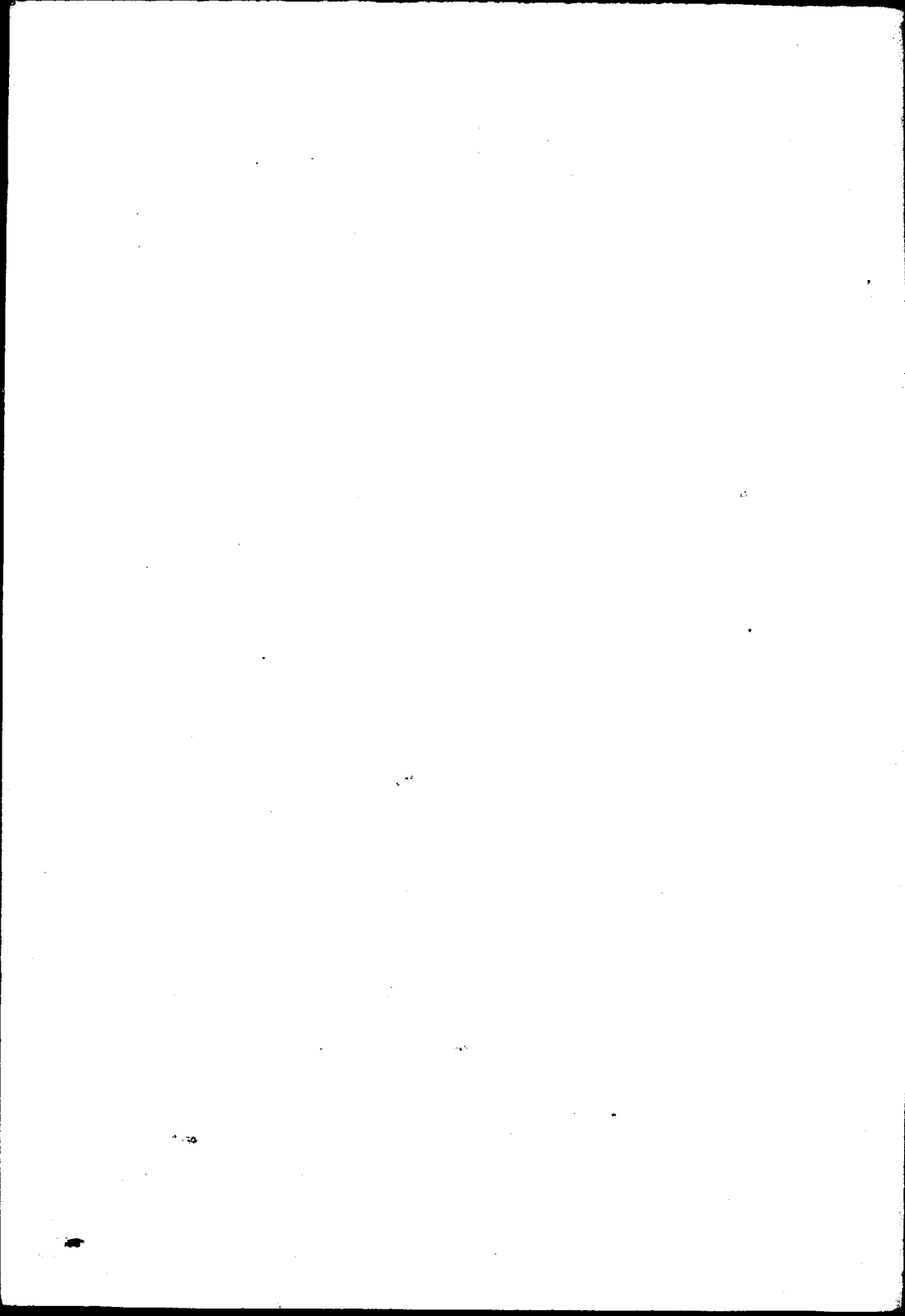


---

Estratto dall'Archivio Italiano di Ginecologia  
n. I. — 31 OTTOBRE 1898. — n. 5.

---

NAPOLI  
Tipografia Meffi & Joele  
*Palazzo Maddaloni a Toledo*  
1898



La questione che ora sollevo in Italia è stata già posta un anno fa, in Germania, dal K e h r e r <sup>1</sup> al quale spetta il merito di averla per il primo nettamente formulata.

Non è mia intenzione presentare ora uno studio completo della importante questione di profilassi medica e sociale; io voglio solo accennare alle indicazioni generali e alla tecnica della sterilizzazione femminile per richiamarvi l'attenzione dei medici e degli ostetrici italiani.

La profilassi generativa è stata fin qui trascurata. Il *pericolo puerperale* nell'anemia grave, nella nefrite, nella tubercolosi, nel diabete, nelle cardiopatie e nelle malattie mentali, ecc., è stato segnalato e studiato nei trattati di medicina interna e di ostetricia; esso però non ha suggerito ai medici che dei vani consigli profilattici, agli ostetrici della terapia medica o chirurgica, quando già i fenomeni morbosi provocati dalla gravidanza hanno messo in pericolo la vita della donna.

È tempo che la scienza entri decisamente in una nuova via. La indicazione chiara e precisa di un metodo profilattico atto a preservare le donne, inferme di peculiari malattie, dal *pericolo puerperale* deve essere formulata e discussa dalla medicina contemporanea.

Il pericolo individuale ed il pericolo sociale, per alcune malattie ereditarie, possono e debbono conferire al medico,

1. F. A. K E H R E R (in Heidelberg). — « Sterilisation mittels Tubendurchschneidung nach vorderem Scheidenschnitt », *Centralblatt für Gynäkologie*, n. 31, S. 961, Leipzig, 7 August 1897.

giudice supremo, la facoltà di consigliare e di eseguire la sterilizzazione?

Esaminiamo brevemente la questione.

Per le *cardiopatie* gli autori sono di opposto avviso. Peter non vuole assolutamente il matrimonio, e, se la donna è maritata, la sconsiglia a divenire incinta. Altri invece pensano che si può permettere il matrimonio allorchè la cardiopatia non presenta alcun accidente. Nei casi però in cui l'afezione ha già provocato dei fenomeni di asistolia, anche passeggeri, gli autori sono unanimi nel ritenere che è *preferibile* di non esporre la donna, con la gestazione, ad un sicuro aggravamento.

Dopo Louis, che per il primo richiamò l'attenzione sulla *influenza cattiva della gravidanza sulla tubercolosi*, Stoltz, difendendo la stessa opinione, soggiungeva « che in una donna predisposta alla tisi polmonare la gravidanza poteva cambiare questa predisposizione in malattia confermata, e esistendo l'afezione, ne attivava il decorso e ne accelerava l'esito ». Quel che si è detto per la tisi polmonare, può ripetersi per quasi tutte le localizzazioni tubercolari e più specialmente per le localizzazioni ossee ed utero-annessiali, così frequenti e pure così trascurate nella diagnosi e nella profilassi medica. Io ho vedute molte spose, che avevano accusata una sindrome uterina prima del matrimonio, esser sorprese dopo la gravidanza, d'ordinario interrotta ai primi mesi, da una generalizzazione tubercolare peritoneale che le ha rapidamente condotte alla tomba. In generale si può ritenere che attualmente vi è accordo fra i medici nel considerare la gravidanza come un potente agente acceleratore dell'evoluzione tubercolare.

Sull'*albuminuria* e sulla *nefrite cronica* la gravidanza esercita una influenza deleteria. La malattia precipita, se pure la donna viene risparmiata dagli *accessi eclampsiaci* o dall'*anemia perniciosa* che secondo alcuni autori sarebbe d'origine nefritica.

La gravidanza agisce in una maniera sfavorevole sul *diabete* che viene aggravato sia immediatamente, sia a più o meno breve scadenza. In molti casi, verso gli ultimi mesi della gestazione, sopraggiunge un *coma* mortale.

Le *anemie croniche* assumono spesso per la gravidanza i caratteri dell'*anemia grave progressiva*; il cui pronostico è della più alta gravità per la madre e per il feto.

L'influenza della gravidanza *sullà follia preesistente* è spesso nociva.

Abbiamo però delle malattie mentali che si sviluppano per il fatto stesso della gravidanza. Le manifestazioni deliranti possono mostrarsi all'inizio della gestazione ed anche al momento stesso del concepimento; assai spesso non è che dal 7.<sup>o</sup> mese che appaiono gli accidenti.

Quanto alle cause che producono questi disturbi mentali ben poco si conosce; è ammesso però dagli alienisti che *quasi tutte* le donne che presentano delle manifestazioni deliranti hanno degli ascendenti o dei collaterali nei quali si sono riscontrate affezioni neuropatiche. L'*eredità* adunque è una delle cause principali dei disturbi mentali delle donne incinte, e la gravidanza non ne sarebbe che una causa predisponente.

Il pronostico della follia delle donne incinte, secondo una statistica di M a r e é, sarebbe questo: guarigioni dopo il parto, casi 7; durante la gravidanza, 2; aggravamento dopo il parto, 1; passaggio allo stato cronico, 9. Come si vede, in circa 60 % dei casi il pronostico è grave.

In tutte queste malattie l'accordo dovrebbe essere generale nel consigliare una seria profilassi individuale.

Non posso non accennare qui alla grave questione della profilassi sociale nei casi di soggetti degenerati. La esclusione dalla riproduzione dei più degenerati non potrebbe rappresentare un valido mezzo di difesa sociale?

Ho ricordato brevemente quel che è acquisito alla scienza riguardo alla influenza della gravidanza su alcune forme morbose, per stabilire in una maniera generale le indicazioni della sterilizzazione femminile.

Si può dunque affermare che nelle cardiopatie, nella tubercolosi, nell'albuminuria, nella nefrite cronica, nel diabete, nell'anemia grave, nelle malattie mentali, preesistenti o sviluppatesi in una prima gravidanza, bisogna ostacolare con mezzi sicuri il concepimento.

Il processo di sterilizzazione che io propongo è di spettanza chirurgica. Si tratta di interrompere la via ovaro-uterina per impedire allo spermatozoo ed all'ovulo il loro incontro fecondante. La castrazione ovarica, eseguita per altre indicazioni, si è dimostrata in generale nociva all'organismo. I così detti metodi maltusiani in generale non rispondono; spesso sono delle immoralità, spessissimo costituiscono dei pericoli seri per la salute dei coniugi.

Ecco i processi di sterilizzazione ai quali si potrebbe ricorrere:

**COLPO-CELIOTOMIA POSTERIORE E LEGATURA DELL'ESTREMO ADDOMINALE DELLA TUBA.** — Con una pinzetta a denti si afferra il labbro posteriore del collo uterino e si tira in basso ed in avanti; la vagina è largamente aperta da una valva vagino-perineale. Messo allo scoperto il fornice posteriore, con un taglio trasversale si incide largamente la vagina fino al ligamento utero-sacrale; si taglia questo con un colpo di forbici e si intacca anche il sacco di Douglas, penetrando nella cavità peritoneale; sulla guida del dito si allarga la incisione peritoneale.

La posizione in cui è mantenuto l'utero favorisce assai bene la ricerca delle trombe. Basta introdurre il dito indice ed esplorare nella regione degli annessi per riconoscere il *morsus* frangiato della tuba e l'ovaia. Sulla guida del dito si introduce una pinzetta a morsi piatti, si afferra l'estremo addominale della salpinge e si porta allo esterno. Se non presenta alterazioni vi si passa un'ansa di filo di seta e si lega; se è malata, si asporta, previa legatura vicino al corno uterino.

**COLPO-CELIOTOMIA ANTERIORE E SCONTINUITÀ DELLA TUBA FRA DUE LEGATURE.** — Si può seguire anche questa via per raggiungere le trombe. Inciso largamente il fornice vaginale nel punto ove la vescica si ripiega sull'utero, si distacca la vescicale e si apre il cul di sacco peritoneale con un taglio sagittale; con manovra adatta si porta il fondo dell'utero in mezzo alla ferita vaginale e si esplorano gli annessi: se sani, la tromba viene legata in due punti poco lontani dal corno uterino e poi si taglia in mezzo; se malati, si fa l'asportazione della tromba e si reseca o si cauterizza l'ovaia.

L'operazione, nell'uno e nell'altro processo, termina con la sutura del peritoneo e della ferita vaginale. Si zaffa indi la vagina con un metro di garza sterile. Il giorno seguente si ritira la garza e si lava la vagina con una soluzione di sublimato. Al 7.<sup>o</sup> giorno si tolgono i punti vaginali. La donna può lasciare il letto all'8.<sup>o</sup> giorno.

Ho eseguito due volte la legatura delle trombe col processo di colpo-celiotomia posteriore.

Nel primo caso si trattava di una multipara albuminurica. Ho fatto la legatura della tuba destra e l'annessiotomia sinistra per alterazioni riscontrate nell'ovaia e nella tromba.

Nel secondo caso si trattava di una cardiopatica per lesione mitralica. In entrambi i casi l'operazione non ha incontrato difficoltà, ed il risultato immediato è stato soddisfacente.

Le osservazioni cliniche saranno pubblicate per esteso <sup>1</sup>.

I processi da me descritti potranno subire delle modificazioni per quel che riguarda il modo migliore di assicurare la interruzione della via ovaro-uterina; bisogna però convenire che l'atto operativo è di facile esecuzione e non implica pericoli di sorta.

1. Recentemente, dopo la comunicazione al Congresso di Torino, ho eseguito un'altra legatura delle tube, per vizio cardiaco non compensato, col processo della colpo-celiotomia anteriore. Risultato chirurgico eccellente.



3291

