

112

PROF. ROBERTO BOMPIANI
Primario ostetrico ginecologo degli Ospedali Riuniti di Roma

L'ABORTO: EZIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA E CLINICA

(Estratto da "*Le Forze Sanitarie*", N. 18, del 30 settembre 1938-XVI)

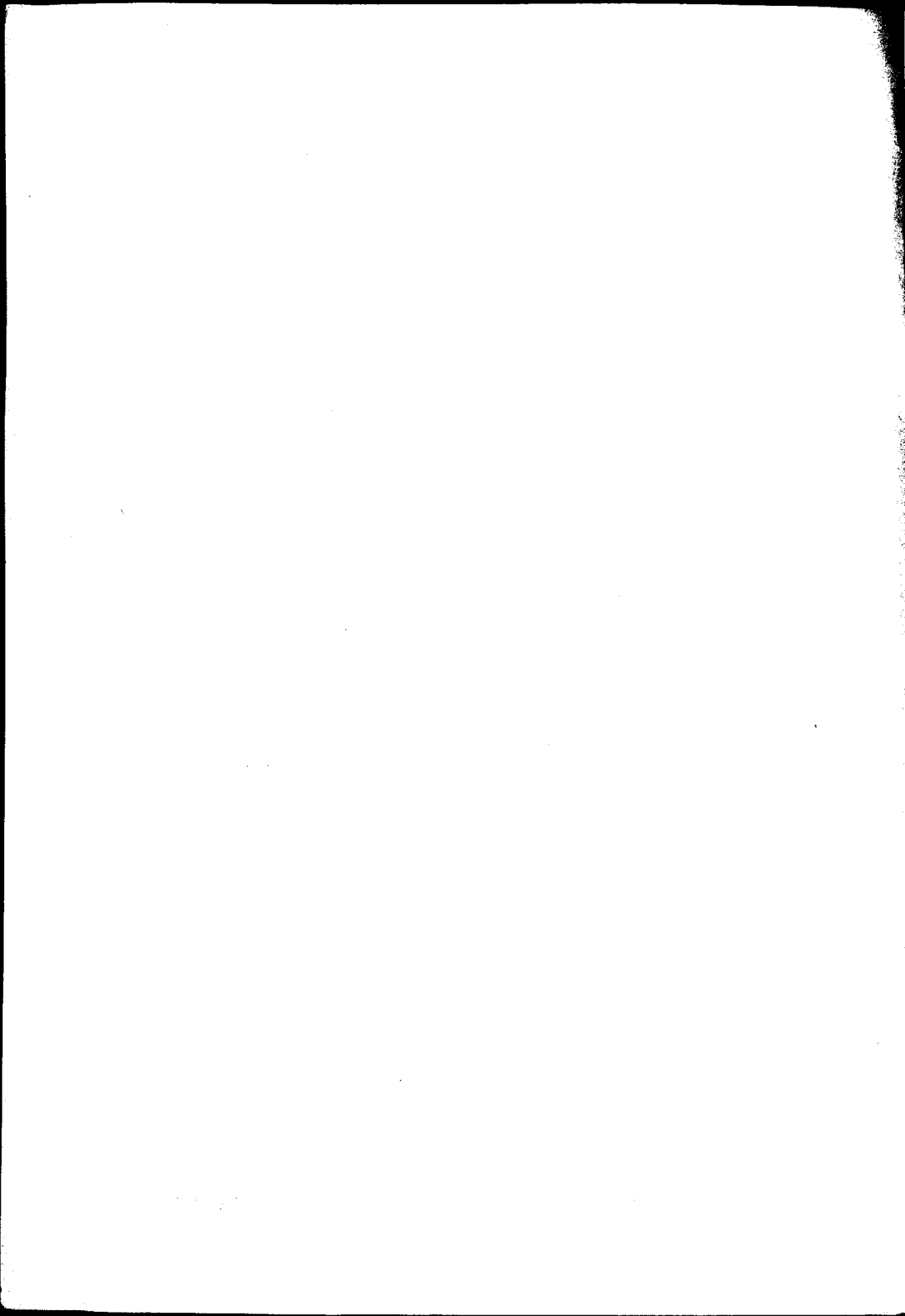
Is
B
56
—
76



PROF. ROBERTO BOMPIANI
Primario ostetrico ginecologo degli Ospedali Riuniti di Roma

L'ABORTO: EZIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA E CLINICA

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 18, del 30 settembre 1938-XVI)



L'interruzione della gravidanza prima che il feto abbia raggiunto capacità di vita nell'ambiente esterno, prende il nome di aborto. La legge, da noi, limita questo periodo al compiersi del VI mese di vita intrauterina, cioè al 180° giorno dalla data dell'ultima mestruazione avvenuta; gli ostetrici anglo-sassoni, invece, fissano il limite dell'aborto alla 28ª settimana, cioè alla fine del VII mese lunare.

Più tardi, dal 180° al 265° giorno si parla di parto prematuro e dal 265° al 275° giorno di parto precoce. Sempre poi per quanto riguarda la terminologia, l'aborto che si verifica prima che il feto abbia raggiunto forma definitiva e cioè fino alla fine del II mese circa, prende il nome di embrionale; successivamente di fetale.

L'aborto può essere spontaneo od invece provocato ad arte; in questo caso a scopo terapeutico od a scopo criminoso. Qui è chiaro, che ci limitiamo a trattare soltanto nell'interruzione spontanea della gravidanza in epoca abortiva; interruzione che può essere seguita o meno dall'espulsione dell'uovo, mentre il feto, a sua volta, a seconda della causa e del meccanismo patogenetico per il quale l'aborto si è determinato, può essere espulso vivo o morto. Da ultimo, per gli aborti delle primissime settimane, sembra ormai accertato che l'uovo morto possa venire completamente riassorbito.

FREQUENZA. — Su 100 gravidanze iniziate, quante sono quelle che s'interrompono prima che il feto abbia raggiunto l'epoca di sua vitalità? Ecco un quesito al quale non è facile rispondere con esattezza. Le statistiche globali sull'aborto sono ben lontane dal permetterci di trarre delle conclusioni: vi incide così forte-

mente il numero di quelli provocati, che non è possibile una valutazione degli aborti che avvengono nell'ambito dei fenomeni naturali. D'altra parte le statistiche ufficiali tengono conto solo dei casi denunciati, mentre è certo che ad esse sfuggono tutti quelli che per avvenire in un'epoca precoce della gestazione o per essere l'embrione già riassorbito, lasciano dubbi sulla loro natura o vengono diversamente interpretati. Più vicino alla realtà sono quelle raccolte negli ambulatori delle cliniche o delle grandi maternità ospedaliere, e però anche queste non del tutto utilizzabili in quanto si riferiscono ai grandi centri urbani, dove non soltanto l'aborto criminoso è più frequente, ma dove certamente i danni delle malattie sessuali e dell'industrialismo — anche per la donna — si fanno risentire in maniera più accentuata.

Pertanto, tenendo conto dei differenti dati riscontrati per le città e per le campagne e per le varie regioni, possiamo ritenere che l'interruzione spontanea della gravidanza in epoca abortiva si verifichi in circa il 20% dei casi; frequenza notevole, ma ancora assai lontana da quella constatata per gli aborti in genere, e che in alcuni centri europei e per alcuni anni specialmente, ha eguagliato e talora anche superato il numero delle nascite.

ETIOPATOGENESI. — Le cause dell'aborto sono certamente assai numerose e svariate e non tutte forse nemmeno ben conosciute od almeno non sempre individuabili nei singoli casi. Ciò è tanto vero che in alcuni casi di aborto abituale, dopo aver provato tutti i mezzi che la moderna terapia mette a disposizione a questo

proposito, siamo costretti a riconoscere la nostra incapacità ad ovviare a questa condizione patologica. Ed è proprio per questi casi che non di rado in assenza di altri fattori incriminabili siamo costretti ad ammettere una debolezza primaria dell'uovo o del nemasperma, debolezza costituzionale che per l'elemento maschile si estrinsecerebbe in una incapacità di comunicare all'uovo fecondato una sufficiente energia di sviluppo, mentre per l'uovo sarebbe tale da non poter assecondare la spinta evolutiva impressagli al momento della fecondazione.

Questa incapacità costituzionale insita nel germe — uovo o spermatozoo che sia — potrebbe derivare oltre che da tutte quelle cause d'ordine ereditario od acquisito che sappiamo essere sufficienti a far risentire la loro influenza sulle gonadi durante il periodo di evoluzione dell'organismo e fino alla raggiunta maturità sessuale, anche da altre cause estemporanee e però egualmente tali da menomare l'efficienza degli elementi atti alla fecondazione. Così variazioni del mezzo ambiente, del Ph, della temperatura, del tempo stesso che intercorre fra l'elaborazione della cellula germinale e quello in cui essa feconda o rimane fecondata, sarebbero capaci di determinare in essa alterazioni tali da renderla meno adatta al compito che da natura le è assegnato.

Sappiamo infatti a questo proposito, per quanto riguarda l'elemento nemaspermico, che di norma l'efficienza di esso è assicurata attraverso un processo di spermatolisi fisiologico, adatto ad eliminare gli elementi meno resistenti, donde una selezione naturale che permette di restare in campo solo ai più robusti e dotati di maggiore vitalità. Tuttavia può avvenire che questo processo, o per eccessiva richiesta del liquido seminale, o per altre cause, non si compia come di norma. Ne consegue che la fecondazione potrà avvenire da parte di spermatozoi immaturi od imperfetti.

D'altra parte, le recenti ricerche del Monch (1936) hanno dimostrato che già in condizioni normali il 20% circa degli elementi ciaculati presenta difetti di conformazione specie a carico della testa: si comprende che, se la fecondazione avverrà da parte di uno di questi sper-

matozoi imperfetti, potrà seguire l'aborto fin dalle primissime fasi di sviluppo dell'uovo.

Che altre volte, invece, l'interruzione precoce della gravidanza possa dipendere da una debolezza costituzionale dell'uovo, ereditaria od acquisita per lo più nel periodo dello sviluppo, ne abbiamo la riprova in quei casi di aborto nei quali, riuscendo a riportare alla norma mediante irradiazioni Roentgen o preparati opoterapici una funzione mestruale irregolare o disordinata, riusciamo a far sì anche, che qualora si stabilisca una nuova gestazione, questa abbia decorso normale. Ora, come è noto, l'azione dei raggi X si esplica in questi casi distruggendo i follicoli a più scarso valore e lasciando quindi maturare quelli maggiormente efficienti; allo stesso modo che l'azione dei preparati opoterapici si fa risentire su quei follicoli che per essere meno deboli costituzionalmente si trovano in condizioni più adatte per risentire gli effetti di questo stimolo. In ambedue i casi avviene perciò un processo di selezione che permette alle uova più sane o del tutto normali di maturare ed eventualmente subire gli effetti della fecondazione.

La frequenza degli aborti da questo *fattore germinale*, paterno o materno che sia, si rileva dallo studio delle uova abortive. Secondo His, infatti, nel 30% dei casi si osservano anomalie di conformazione dell'embrione o degli annessi, più specialmente anomalie od arresti di sviluppo dell'amnios, dell'allantoide, del magma reticolare, del corion, ecc., ecc.; e per quanto non possa affermarsi che la causa prima sia sempre precedente la fecondazione, ciò nella maggior parte dei casi appare verosimile.

Altre volte infine, pur ritrovando la causa dell'aborto nell'uovo, si tratta di alterazioni determinatesi durante il periodo della sua evoluzione post-concezionale, o per cause autotone insorte nell'uovo stesso, od invece secondarie al terreno ove esso s'impianta ed a condizioni patologiche dell'organismo materno.

Appartengono al primo gruppo di cause alcune malattie degli annessi ovarici quali, ad esempio, la degenerazione molare, i tumori della placenta, l'eccesso o la deficienza del liquido amniotico, alcune mostrosità fetali, la torsione

ed i nodi veri del funicolo e tutte quelle altre condizioni sufficienti ad impedire una regolare nutrizione ed ossigenazione del feto, capaci di determinare con ciò la morte del prodotto del concepimento.

In altri casi ancora la morte dell'uovo è la conseguenza del suo impianto su di un terreno poco favorevole, o del suo accrescimento in ambiente disadatto a permettere la sua normale evoluzione; e qui naturalmente rientriamo in un altro gruppo di cause, quelle proprie dell'apparato genitale: *cause locali ginecologiche* dell'aborto.

Sono specialmente gli esiti dei processi di endometrite che rendono la mucosa poco adatta ad albergare ed a nutrire l'uovo: nell'endometrite deciduale che ne è la conseguenza, la decidua appare infatti infiltrata e non di rado emorragica; altre volte, invece, essa è fortemente iperplastica: si comprende che in definitiva debba esserne compromessa la nutrizione dell'uovo. In genere, il processo infiammatorio (per lo più la blenorragia), è precedente all'impianto dell'uovo, ma può talora verificarsi per localizzazioni metastatiche di germi presenti in altri organi ammalati (ad esempio, appendicite); od anche perchè, non essendo il polo inferiore dell'uovo protetto dal tappo gelatinoso a causa di lacerazioni precedenti del collo, germi presenti in vagina possono risalire nell'utero. Può essere, infine, sempre a causa di un processo di endometrite, che l'uovo, non trovando nella parte alta dell'utero condizioni favorevoli al suo arresto, cada in quella bassa e vi si fissi; e però, non esistendo ivi condizioni adatte al suo sviluppo, venga poi eliminato.

In tutti questi casi le ragioni dell'aborto devono essere ricercate in una alterazione della decidua d'indole infiammatoria; ma può anche essere che essa sia primaria, dovuta ad un insufficiente sviluppo dell'endometrio (ipoplasia di vario grado) e più che tutto legata ad insufficiente ed alterata secrezione luteinica. L'importanza del corpo luteo e della sua secrezione interna per la formazione della decidua, per assicurare la nutrizione e per il regolare sviluppo dell'uovo nelle sue prime fasi, è oggi ben dimostrata e ne abbiamo la conferma clinica proprio in quei casi di aborto a ripetizione nei

quali mediante somministrazione continuativa di ormone luteinico (progesterone) riusciamo a far superare il periodo critico in cui più facilmente la gravidanza s'interrompe. L'azione dell'ormone luteinico, oltre che esplicarsi a livello dell'endometrio, si fa anche risentire sul miometrio, permettendo una più facile distensione delle fibre muscolari lisce in modo che l'utero si presti ad accogliere l'uovo che si accresce, rendendolo in pari tempo ineccepibile agli stimoli di varia natura che potrebbero provocare il distacco dell'uovo stesso (KNAUS).

Ciò ha valore più specialmente nei casi di ipoplasia uterina (utero piccolo, per lo più rigido, ad angolo di flessione accentuata) nei quali facilmente si stabilisce un contrasto tra l'uovo che cresce rapidamente e l'utero che stenta a seguirlo nel suo sviluppo. E' chiaro che avendo l'uovo pareti più sottili ne avrà la peggio: facilmente potrà essere espulso *in toto*, o le membrane si rompono, ed egualmente ne seguirà l'aborto.

Allo stesso modo possono comportarsi tutti i difetti di sviluppo e le malformazioni dell'utero; gli uteri miomatosi, qualora la cavità ne risulti deformata e ristretta; le retroflessioni, sia quelle così dette congenite, sia quelle di natura infiammatoria, quando ne risulti impedito il sollevamento ed il raddrizzamento dell'utero; i processi perimetritici, la presenza di tumori ovarici, ecc., ecc., ed in genere tutte quelle condizioni che si oppongono ad un regolare accrescimento dell'organo della gestazione.

Il terzo gruppo di cause è quello delle *malattie generali materne*, delle quali alcune possono far risentire direttamente la loro azione sull'uovo provocandone il distacco, altre determinando la morte, del prodotto del concepimento; altre ancora con ambedue i meccanismi.

Rientrano in questo gruppo tutte le più svariate malattie della gestante, sia quelle acute che quelle croniche. Tra le prime debbono specialmente essere ricordate le infettive acute (setticemia, tifo, polmonite, appendicite, influenza, ecc.), le quali possono determinare l'aborto sia per effetto del processo febbrile di per se stesso, sia in conseguenza delle alterazioni dell'endometrio che normalmente vi si accompa-

gnano; sia, in casi più ristretti, per la possibilità del passaggio nell'uovo dei germi infettanti o delle tossine da essi elaborate. Tra le seconde, un posto di primissimo ordine spetta alla sifilide (coniugale o precedente al matrimonio) per la quale sempre oltre il IV mese si ha il passaggio delle spirochete nella placenta e spesso nel feto; la tubercolosi, nella quale questo passaggio è raro e solo in caso di forme miliari; la malaria, quando per effetto del sovraccarico di parassiti possa risulterne alterata la barriera opposta dal villo al passaggio dei parassiti stessi, o riuscirne difficoltà la nutrizione dell'uovo.

Azione abortiva inoltre possono averla i vizi cardiaci scompensati a causa della stasi, della deficiente ossigenazione e delle alterazioni a livello della decidua e della placenta; la nefrite cronica, a cagione della fragilità vasale, dell'aumentata pressione e delle emorragie che si verificano nella zona d'attacco dell'uovo ed ancora in conseguenza di infarti; alcune malattie del ricambio e delle ghiandole a secrezione interna, quali il diabete, il morbo di Addison ed in casi più rari il Basedow; alcune intossicazioni professionali (operaie addette alla industria dei tabacchi, della gomma, del fosforo, della stampa, ecc.), o medicamentose (apiolo, sabina, ruta, cantaride, ecc., ecc.), queste ultime però quasi sempre ingerite in forte quantità a scopo criminoso.

Un altro gruppo di cause alle quali viene attribuita un'importanza maggiore di quanto non abbiano sono i *traumi*, sia quelli accidentali che quelli ripetuti e portati direttamente sull'apparato genitale, che, infine, quelli psichici. Che una caduta, un colpo sul basso ventre, uno sforzo per sollevare un grosso peso, il lavoro continuativo in posizione disadatta (nelle risaie o con la macchina a pedale), il ballo, l'andare a cavallo od in bicicletta, un viaggio in macchina, il bagno eccessivamente caldo o freddo e più ancora il coito ripetuto, le esplorazioni brutali, le lavande vaginali calde, ecc., possano in alcuni casi determinare l'aborto è cosa risaputa; e però c'è da tener presente che in molte altre

donne gli stessi traumi ed anche maggiori (ad esempio, operazioni portate sull'utero gravido) non sono sufficienti a provocare la minima contrazione dell'utero. Si tratta quindi di una reattività individuale e di quel determinato momento: così è noto che nei giorni del passaggio del mese l'utero è più suscettibile a contrarsi e risentire di tutti questi stimoli.

Che poi, uno spavento, un'impressione dolorosa, un fattore schocchizzante possano in taluni casi provocare un aborto, appare egualmente verosimile dato che essi si riflettono sul sistema ghiandolare endocrino (scarica di ormone tiroideo e di adrenalina) con riflessi sull'equilibrio del sistema nervoso vegetativo che regola il tono dell'utero. Tuttavia, la frequenza di questi aborti da trauma psichico non deve essere sopravvalutata se durante il terremoto di Avezzano e quello del Vulture furono ben poche le donne che abortirono.

Riteniamo, così, di esserci sufficientemente soffermati sulle cause che possono indurre l'aborto e sui loro meccanismi patogenetici, per comprendere come nei singoli casi possa riuscire tutt'altro che facile stabilire le ragioni che lo hanno determinato.

SINTOMI - DIAGNOSI - DECORSO. — Due sono i sintomi dell'aborto: l'emorragia dai genitali e le doglie, cioè delle contrazioni ritmiche, dolorose, atte ad aprire una via all'espulsione dell'uovo. Negli aborti fino al IV mese precede e prevale in genere il sintoma emorragia; in quelli al V e VI mese il sintoma doglie, e l'aborto può decorrere senza alcuna perdita emorragica fino a che non si abbia il distacco della placenta.

L'aborto quindi al V-VI mese può espletarsi come un parto a termine: di norma precede la rottura delle membrane a cui segue l'espulsione del feto e successivamente della placenta; in quello delle prime settimane, invece, l'espulsione dell'uovo avviene per lo più in un sol tempo ed accompagnata da modica perdita emorragica; quello dei mesi intermedi (III e IV) si verifica egualmente per lo più in due

tempi e però si accompagna per tutta la durata a notevole emorragia.

La ragione di questo diverso comportamento va ricercata nei rapporti tra uovo e parete uterina. Da principio l'uovo è ricoperto in tutta la sua superficie dal *corion frondosum*, e però i suoi rapporti con la decidua sono lassi: bastano poche contrazioni ad operarne il distacco, avvenuto il quale cessa l'emorragia. Al III e IV mese, differenziatasi la placenta, i rapporti dei villi con la decidua ancora spessa e rigogliosa sono molto più tenaci (radici di attacco), onde il distacco ne sarà reso assai più difficile: la rottura dei vasi operata fin dalle prime contrazioni determina l'emorragia sempre più abbondante a mano a mano che nuove aree di inserzione dell'uovo perdono i loro normali rapporti con la parete uterina; emorragia che si continuerà fino a che tutto l'uovo non sia distaccato: il che difficilmente però avviene (specie se la gravidanza sia al IV mese) con le sole forze della natura. Al V e specialmente al VI mese, invece, la decidua è già in via di regressione, i rapporti con l'uovo sono perciò meno tenaci onde è più facile che l'utero si liberi dal suo contenuto. Naturalmente poi, questi comportamenti di massima variano a seconda delle cause che hanno determinato l'aborto e specialmente delle alterazioni determinatesi a livello della decidua e della placenta.

La diagnosi dell'aborto scaturisce da quanto sopra. In pratica occorre piuttosto differenziare se ci troviamo di fronte ad una semplice minaccia di aborto, od invece di un aborto inevitabile od in atto; o se questo, essendosi in parte già espletato, sia stato completo o meno; ed ancora se, persistendo l'emorragia a distanza di tempo, si tratti di ritenzione di residui od invece di una endometrite deciduale post-abortiva.

La minaccia, nei primi mesi, è quasi sempre contrassegnata dall'emorragia genitale per lo più modica, in assenza di doglie od essendo queste scarse, e, più che tutto, di modificazioni a carico del collo; se invece questo si è fatto pervio al dito, specie a livello dell'orificio interno,

e l'emorragia è piuttosto copiosa, e più ancora se il sangue è rutilante, dovremo concludere per un aborto in atto od almeno inevitabile. Più difficile può essere la differenziazione tra aborto completo od incompleto, sempre nei primi mesi. La persistenza dell'emorragia ed eventualmente di rialzi termici, sta per l'incompleto. Inoltre è facile che in questi casi il canale cervicale rimanga pervio e l'utero, anzichè riacquistare il suo volume primitivo, resti più grosso, piuttosto molle, scarsamente dolente sul fondo: saranno cioè presenti i segni della sub-involuzione uterina. Nell'endometrite deciduale post-abortiva avremo, invece, che anche a distanza di tempo dall'avvenuto aborto, l'utero, benchè chiuso, seguita scarsamente a sanguinare; non c'è però febbre e l'utero non è dolente.

Più difficile può essere la diagnosi di aborto ritenuto: non sempre alla morte dell'uovo segue la sua espulsione. Negli aborti del primo trimestre specialmente, può avvenire che dopo la morte dell'embrione o del feto le membrane ed i villi possono continuare ad essere sufficientemente nutriti almeno per un certo tempo: se si tratta di aborti precoci, il liquido amniotico può essere riassorbito e così pure l'embrione: l'uovo viene invaso da sangue e si trasforma in mola sanguigna, la quale successivamente per organizzazione del coagulo e diffusione della sostanza colorante diviene mola carnososa, che può essere espulsa a notevole distanza di tempo. L'utero in questi casi perde naturalmente a poco a poco i caratteri gravidici ed è soltanto in base dell'amenorrea persistente ed all'anamnesi di fenomeni gravidici in precedenza presenti, che possiamo supporre questa eventualità. In epoche più avanzate, il feto può andare incontro a mummificazione, ma la sua presenza potrà sempre essere rilevata con la radiografia.

TERAPIA. — La cura dell'aborto è naturalmente subordinata alla diagnosi del momento in cui ci troviamo; e cioè se si tratti di semplice minaccia od invece di aborto in atto, od inevitabile.

Nel primo caso il riposo assoluto in letto e l'uso dei sedativi è la regola: gli oppiacei sotto forma di clisterini laudanati, le supposte alla belladonna e morfina, la tintura d'oppio somministrata a più riprese nelle prime 24-48 ore, possono giovare allo scopo. Una volta a rendere l'utero meno eccitabile serviva anche largamente la somministrazione del *viburnum*; oggi è stato quasi completamente sostituito dai preparati di corpo luteo. Tra questi, il più rispondente si è dimostrato il *proluton* in fiale da 1/2 milligr. ripetuto due volte nelle 24 ore, o di 2 milligr. a giorni alterni od anche tutti i giorni e per 6-7 giorni consecutivi. La donna verrà mantenuta in letto almeno fino a che l'emorragia sia completamente cessata.

Nei casi invece di aborto inevitabile due possono essere i pericoli che minacciano la donna: l'emorragia e l'infezione, quest'ultimo più del primo. Infatti è ben raro che una donna muoia in seguito ad anemia acuta da aborto; mentre non è poi tanto raro che si abbia il decesso per aborto settico anche se esso non sia stato provocato a scopo criminoso; il che può avvenire, ad esempio, per trapianto metastatico di germi provenienti da altro focolaio.

Comunque, in caso di emorragia grave, non c'è ragione di attendere che la donna sia profondamente anemizzata per intervenire e svuotare la cavità uterina, unico mezzo necessario e sufficiente ad ottenere una pronta emostasi. Più incerta può essere la nostra linea di condotta in caso di aborto altamente febbrile. Se si tratta di un aborto putrido, non c'è dubbio che l'allontanamento dei residui ovariali sui quali si moltiplicano i germi della putrefazione, riesca nella maggioranza dei casi a far cessare la febbre e togliere da ogni pericolo la donna;

nei casi di aborto settico, invece, e specialmente se il collo non sia sufficientemente pervio al passaggio del dito o della pinza adatta ad estrarre i frammenti ovariali, qualunque intervento può aprire la via al passaggio dei germi e alla diffusione di essi, determinando complicazioni morbose qualche volta letali. Sono tutt'altro che rari i casi nei quali in seguito allo svuotamento di un aborto si è visto determinarsi una setticemia od una setticopiemia mortali. Perciò molti autori consigliano in questi casi di attendere che l'utero si svuoti da sé; in tal modo si dà tempo all'organismo di organizzare le sue difese locali attuate dai leucociti, e quelle generali. Ma a parte il fatto che è ben difficile stabilire *a priori* se trattasi di aborto settico o putrido, l'intervento può essere reso necessario, ad esempio, da una emorragia, e d'altra parte la rimozione del materiale dove pullulano i germi ed elaborano le loro tossine, è da ritenersi utile.

E' da sconsigliare invece l'intervento in modo assoluto qualora il processo infettivo abbia superato la parete uterina per interessare il parametrio, gli annessi od il peritoneo pelvico.

L'intervento, se possibile, verrà espletato soltanto con il dito indice introdotto nella cavità uterina (asportazione digitale dei residui ovariali); altrimenti mediante le pinze di aborto previa dilatazione con i dilatatori di Hegar se questa sia insufficiente. Qualora si intervenga operativamente sarà opportuno allontanare la decidua mediante l'ansa smussa del Pasquali; in ogni caso assicurarsi che la cavità uterina sia vuota, il che ci è rivelato anche dal fatto che soltanto a questa condizione cessa l'emorragia e la cavità s'impiccolisce, mentre l'orificio interno specialmente si restringe.

327255

