



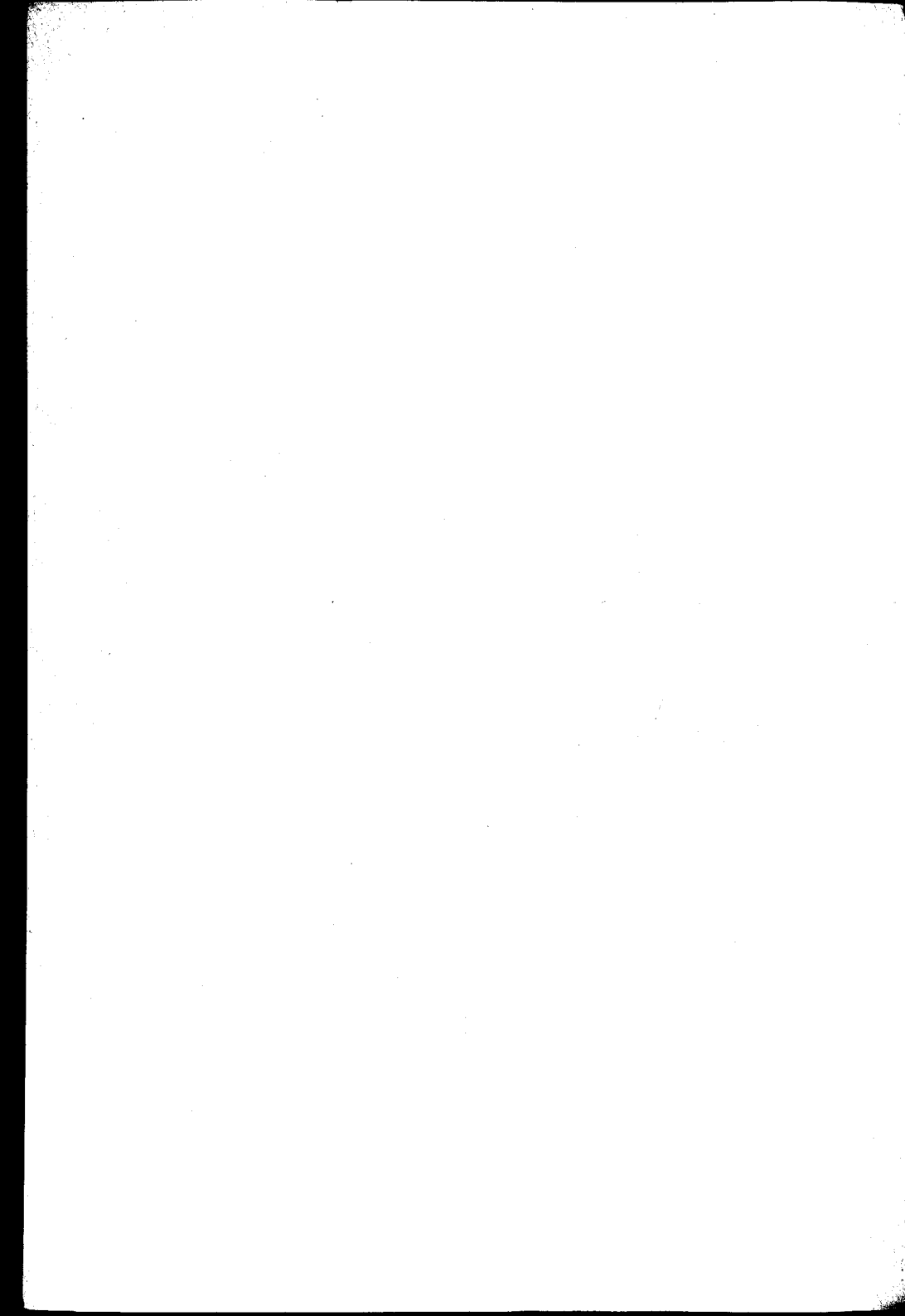
Prof. FOLCO DOMENICI

*Docente ed assistente nell'Istituto di Medicina Legale
e delle Assicurazioni della R. Università di Pavia*

TETANO ED ABORTO CRIMINOSO

Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno VIII - n. 3, del 15 febbraio 1939-XVII





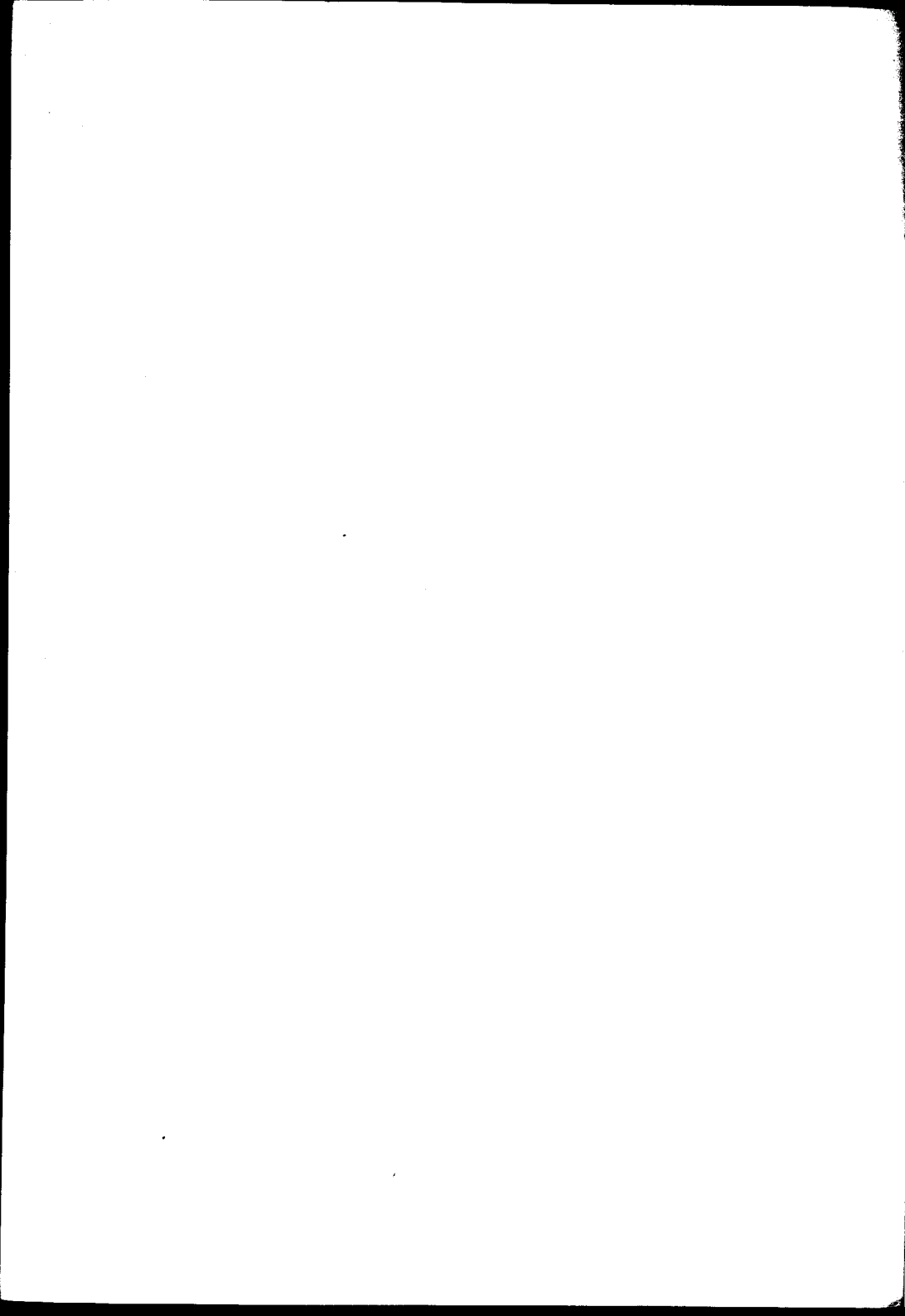
Prof. FOLCO DOMENICI

*Docente ed assistente nell'Istituto di Medicina Legale
e delle Assicurazioni della R. Università di Pavia*

TETANO ED ABORTO CRIMINOSO

Estratto da "Le Forze Sanitarie", Anno VIII - n. 3, del 15 febbraio 1939-XVII





L'infezione settica, conseguente ad aborto, viene considerata dalla maggioranza degli ostetrici come prova di avvenute manovre abortive in contrasto con quanto sostengono i medici legali, che attribuiscono a questa infezione secondaria solo un valore indiziario, sia pure di primaria importanza.

Questo contrasto ideologico tra ostetrici e medici legali si è potuto constatare anche recentemente nell'ultimo Congresso di medicina legale di Napoli nell'ampia discussione seguita alla relazione del CANUTO sulla medicina legale dei reati contro l'integrità e la sanità della stirpe.

In realtà non si può disconoscere che, nella grande maggioranza dei casi, l'infezione settica post-abortiva sia dovuta a pratiche criminose, ma non è men vero che non può affatto negarsi, in casi speciali, l'insorgenza di un'infezione settica indipendentemente da qualsiasi manovra abortiva. Orbene, basta l'ammissibilità di questa evenienza per farci scartare senz'altro la presunzione di criminalità dell'aborto settico: ne consegue che, ai lumi della medicina legale, la diagnosi di aborto criminoso non potrà mai derivare da una presunzione, ma invece dovrà essere vagliata e concretata caso per caso.

Ma se queste conclusioni sono, oserei dire, pacifiche per tutte quelle infezioni settiche delle ferite puerperali dovute al comune streptococco (talvolta allo stafilococco solo od associato allo streptococco), le discussioni si riacendono per quelle forme, invero assai rare, di tetano conseguente ad aborto.

Fino a qual punto il tetano post-abortivo possa considerarsi — in linea di presunzione —

dipendente da manovre criminose aventi lo scopo di provocare l'aborto nella donna, è stato assai discusso nel passato.

Ciononostante il problema si presenta ancor oggi di grande interesse; per tale ragione mi è parso utile riprendere l'argomento in relazione a due casi da me studiati e che qui brevemente riassumo.

CASO I. - C. M., di anni 35. Dalla deposizione del medico curante, che assistè a domicilio la C. M. prima della morte, risulta solo che la donna fu colpita da infezione tetanica grave: si sospettò secondariamente che si potesse mettere in rapporto la causa della morte con manovre praticate a scopo abortivo e per tale ragione l'Autorità ordinò che si praticasse un controllo autopsico.

Il cadavere presentava rigidità intensissima specie agli arti inferiori e nessun segno esterno di lesione traumatica, sia pure minimo. Le mammelle erano poco turgide ed, alla spremitura, fuoriusciva scarso liquido biancastro torbido. I genitali esterni erano beanti. Niente alle grandi labbra: le piccole labbra erano di color grigiastro, fortemente essiccate e d'aspetto pergameneo. Lieve colpocele anteriore, ricoperto di scarso liquido mucoso biancastro, visibile all'orificio imenale che era ridotto ad una sporgenza caruncoliforme, ben visibile al quadrante inferiore destro.

Alla sezione, praticata dal prof. LATTES, niente di notevole si rilevò a carico del cervello, del pericardio e dell'aorta. Nel cuore si osservò un callo grosso come una moneta da due centesimi: il miocardio aveva aspetto torbido rosso bruno uniforme. All'apice del polmone sinistro vi erano aderenze fibrose assai tenaci: la superficie presentava numerose ecchimosi sottosierose puntiformi. Coesisteva un certo grado d'emfisema e bronco-polmonite circoscritta al lobo inferiore. Niente al polmone destro.

Nell'addome non si trovò liquido: la sierosa peritoneale era liscia, umida e trasparente. Degli organi addominali merita speciale rilievo l'utero: misurava cm. 9 in lunghezza e cm. 8 in larghezza massima. Nella cavità uterina si trovò scarsa quantità di liquido san-

guinolento commisto a materiale puriforme ed a sangue. La mucosa uterina era asportata parzialmente, specie al collo: sul fondo dell'utero — per l'estensione di circa 5 centesimi — si notava la presenza di un tessuto spugnoso di aspetto ardesiaco che fu interpretato come decidua.

Nella parte sinistra dell'istmo si osservò una soluzione di continuo, semicircolare, lunga mm. 5 che si approfondiva per mm. 2 circa nel tessuto uterino, il cui fondo aveva aspetto pseudomembranoso, bianco-giallastro. Il miometro era flaccido ed aveva uno spessore di cm. 1,5 circa.

Niente a carico delle tube. L'ovaia di sinistra conteneva un corpo luteo vero grosso come un pisello. La vagina era liscia, uniforme, senza soluzione di continuo, in essa sporgeva la bocca uterina beante sì da permettere il passaggio del dito mignolo. All'esame microscopico degli strisci fatti col liquido esistente nei fornic vaginali, nel collo uterino e nel muso di tinca si osservarono numerosi cocci a disposizione prevalentemente a coppia, cellule pavimentose stratificate, leucociti e corpuscoli del pus. Non fu possibile mettere in evidenza i bacilli di Nicolaier.

L'esame del polmone sinistro permise di accertare la diagnosi di un piccolo focolaio di bronco-polmonite acuta e quello dell'utero la presenza di villi coriali.

Caso II. - C. S., di anni 27. Dall'anamnesi si fanno risalire i sintomi iniziali della gravidanza alla prima decade di agosto. Ricoverata il 7 di ottobre in una clinica fu rilevato il collo uterino rammollito, al suo estremo, con orificio permeabile alla punta del dito. Difficile ed imprecisa risultò l'esplorazione combinata data la forte contrattura della parete addominale e la irrequietezza della donna. L'esame con lo *speculum* riuscì impossibile perchè la donna — nonostante fosse tenuta da due infermiere — si agitava impedendo così un accurato esame delle vie genitali. Fu possibile però osservare il collo uterino cianotico con orificio foggato a fessura, dal quale fuoriusciva liquame mucoso giallo sporco, non fetido. La C. S. narrò che due giorni prima del suo ingresso all'ospedale notò un accentuarsi delle perdite sanguigne. Affermò che durante il lavoro — con le mani sporche di terriccio — cercò di estrarre i coaguli sanguigni introducendosi una mano in vagina. La sintomatologia extra-genitale era quella di una classica e grave infezione tetanica: trisma fortissimo, spasmo tonico dei muscoli del collo, dell'addome e degli arti. Stimolando l'ammalata con rumori o con punture (iniezioni), si aveva una vivace reazione con aumento della contrattura dei muscoli addominali e degli arti.

Negli atti di deglutizione si aveva un forte spasmo tonico di tutti i muscoli del collo, del viso e del torace con accessi di soffocazione. Ebbe frequenti accessi che aumentarono, in modo parossistico, lo spasmo tonico di tutta la muscolatura, con riso sardonico ed opistotono. La temperatura salì fino a 42°. L'ammalata morì per paralisi cardiaca e respiratoria tre giorni dopo il presentarsi dei primi sintomi.

All'esame esterno del cadavere si notò rigidità accentuatissima con iperestensione dei piedi e flessione invincibile delle mani. Esaminato con gran cura il cadavere non si trovarono lesioni di sorta, nè in special modo abrasioni o ferite alle dita delle mani.

Ai genitali si nota perdita di sangue: non segni di lesione traumatica.

Niente di notevole si notò alla sezione del cranio e degli organi toracici. Il cavo addominale non conteneva liquido. L'utero occupava completamente il bacino ed era mobile insieme agli annessi. Nell'ovaia di destra si rinvenne un grosso corpo luteo delle dimensioni di una nocciola, fortemente luteinizzato. Aperta la cavità vaginale si notò, in corrispondenza del margine sinistro, una soluzione di continuo degli strati superficiali della mucosa, il cui fondo, leggermente depresso, appare rossastro, lucido con punteggiature di color rosso vivo, che esaminate con la lente appaiono essere sigillazioni ecchimotiche papillari, circondate da zone iperemiche. La soluzione di continuo ha forma di doccia parallela all'asse vaginale ed è lunga mm. 30 e larga mm. 7-8. Le sue estremità distano rispettivamente 15 mm. dal cercline imenale e mm. 45 dall'apice della portio. Nella parete vaginale posteriore trovasi un'altra doccia longitudinale del tutto analoga alla precedente, che si inizia a circa mm. 20 sopra il cercline imenale e si porta in alto fino a mm. 25 sotto la portio ed è lunga in complesso circa cm. 7. L'utero misurava in complesso cm. 12 di lunghezza, di cui cm. 7,5 per il corpo. La larghezza agli osti tubarici era di cm. 9. L'orificio uterino esterno era bilabiato, irregolare e fuoriusciva liquido mucoso ematico bruniccio. Aperta la cavità uterina si notò che essa era occupata da una massa placentare inserita sul fondo, distaccata dalla parete posteriore ove la massa spugnosa appariva fortemente infiltrata di sangue: si osservarono inoltre le membrane ovariali lacerate, che non contenevano però parti di embrione.

Niente altro di notevole si osservò negli altri organi addominali se si eccettuano fatti degenerativi lievi a carico del rene e del fegato. Microscopicamente si accertò trattarsi di una normale struttura di utero gravido con iniziale mortificazione di residui ovariali. L'esame istologico del tratto di vagina escoriato non permise di riconoscere bacilli di Nicolaier, ma solo qualche germe banale.

I casi, che ho sinteticamente riportati, sono assai simili tra loro: non può affatto dubitarsi che le due donne fossero in stato di gravidanza. Sia le dimensioni dell'utero sia il rapporto di tessuto placentare — istologicamente controllato — non ci permettono di avere dubbi in proposito: nell'autopsia della C. S. anzi fu possibile accertare anche la presenza di annessi ovariali. Così pure balza agli occhi, al semplice esame dei fatti, che la causa ultima

della morte di ambedue le donne sia stata l'infezione tetanica: la sintomatologia clinica è così classica che il fatto, del resto pressochè costante, di non aver trovato in nessuno dei due casi il bacillo di Nicolaier deve essere considerato di secondaria importanza ed — in ogni modo — non tale da darci giustificato adito al dubbio sulla diagnosi clinica. La stessa negatività del reperto anatomico-patologico è oltremodo significativa: infatti non si deve dimenticare che tale reperto, nel tetano, è sempre negativo come negative sogliono sovente riuscire le indagini batteriologiche eseguite a scopo di accertamento diagnostico. L'autopsia ha dunque valore in quanto ha escluso l'esistenza di altra verosimile causa di morte e messo in evidenza, quali uniche soluzioni di continuo, quelle delle vie genitali, da cui necessariamente dovevano introdursi gli agenti patogeni dell'infezione tetanica.

Più difficile è il quesito se si praticarono sulle donne manovre abortive e se queste furono punto di partenza dell'infezione tetanica.

Nel primo caso si osservò che la mucosa uterina era asportata parzialmente — specie sul collo — e che, in corrispondenza della parte sinistra dell'istmo, vi era una soluzione di continuo semicircolare.

Anche nel secondo caso si è potuto accertare l'esistenza di lesioni meccaniche, consistenti in strisce abrasive ed ecchimosi nella parte alta della vagina.

Orbene, l'asportazione parziale della mucosa uterina deve, necessariamente, essere riferita ad un intervento strumentale, ad un raschiamento eseguito allo scopo di interrompere la gravidanza e di distruggere il prodotto del concepimento poichè tale intervento non rispondeva a nessuna indicazione terapeutica.

Tale atto operativo fu eseguito certamente da persona non troppo pratica dell'arte ostetrica. Infatti il raschiamento risultò incompleto perchè rimase ancora aderente al fondo dell'utero della decidua e si produsse inoltre, nella dilatazione del collo, una soluzione di continuo. E' da escludersi la possibilità che la donna da sola abbia potuto praticare un raschiamento endouterino, inoltre l'introduzione di un dilatatore nel collo uterino — se fatta direttamente dalla C. M. — non avrebbe potuto avvenire

se non dopo ripetuti tentativi con immani lesioni multiple del fornice vaginale.

Nel secondo caso depongono per l'aborto criminoso lo stato di gravidanza di due mesi (epoca in cui la sospensione mestruale non poteva più essere dalla donna ritenuta come occasionale) e l'aborto incompleto: infatti la ritenzione degli annessi è un elemento che fa pensare e propendere per la provocazione. Ma è specialmente l'esistenza di strisce abrasive e di ecchimosi che ci dimostrano che vi fu intervento meccanico.

Dalla storia di C. S. appaiono pertanto due circostanze che potrebbero, astrattamente, portarsi a spiegazione delle lesioni, all'infuori del fine di procurare l'aborto. La donna infatti disse di essersi introdotta una mano in vagina per estrarre i coaguli: orbene poteva ella introdursi una o due dita nella parte inferiore della vagina, ma non era possibile che introducesse la mano in maniera tale da raggiungere il collo uterino e da causare, in sua prossimità, la formazione di un'ecchimosi. Le strisce abrasive erano inoltre lunghe e regolari e richiamavano la forma di un oggetto lungo, sottile e duro.

Ma la donna fu esplorata dagli ostetrici, i quali applicarono lo *speculum*: ora è da escludersi che l'esame praticato da esperti professionisti, dalle mani difese da guanti di gomma, con uno strumento arrotondato e privo di spigoli traumatizzanti (lo *speculum* è sempre introdotto chiuso) possa aver determinato lesioni gravi ed estese come quelle osservate.

Le abrasioni sono quindi riportabili ad uno strumento relativamente sottile, piuttosto appuntito e di notevole consistenza poichè soltanto in tale strumento possiamo trovare conveniente rispondenza con la natura, la sede e la estensione delle lesioni osservate.

Ma non bisogna dimenticare che le due donne sono morte in seguito all'infezione tetanica. E' tale infezione di per sè significativa e capace di documentare avvenute manovre criminose a scopo abortivo?

Orbene basta aprire qualsiasi trattato di ostetricia per leggere che le infezioni puerperali spontanee sono sempre del tipo banale, a base stafilococcica e particolarmente streptococcica. Non è conforme a verosimiglianza clinica che

l'aborto spontaneo dia luogo ad infezione tetanica perchè il bacillo del tetano non figura mai nella flora microbica che vegeta normalmente nelle vie genitali. Infatti dice il BUMM (1) « che in puerperio, come nelle comuni ferite accidentali, l'attecchimento ed il pullulare dei bacilli del tetano sembra sia favorito dal contatto dei corpi stranieri e dalla presenza di masse necrotiche di tessuto... I bacilli del tetano, i quali si trovano abitualmente nel terreno possono essere trasportati sui genitali col pulviscolo atmosferico, o per diretta infezione delle levatrici che siansi, poco avanti, date ai lavori di giardinaggio, o da medici che abbiano in cura dei tetanici: così si spiegano certe epidemie di tetano osservate negli Istituti di Maternità ».

L'esperienza ostetrica quindi non annovera affatto il tetano fra le complicazioni frequenti o rare che siano, dell'aborto spontaneo. Il bacillo di Nicolaier deve quindi esser portato dal di fuori delle vie genitali: solamente in casi del tutto straordinari potrebbe pensarsi ad una inoculazione tetanica nell'aborto spontaneo. Tale inoculazione dovrebbe essere endouterina e non vaginale poichè notoriamente il tetano non può attecchire che su soluzioni di continuo della pelle o delle mucose è, nell'aborto spontaneo, non vi sono soluzioni di continuo della mucosa vaginale.

L'infezione tetanica deve quindi esser messa logicamente in rapporto con le soluzioni di continuo dell'istmo, nel primo caso, e con le strisce abrasive della vagina nel secondo: l'attento esame della superficie del corpo delle due donne ci ha permesso infatti di escludere la presenza di abrasioni — sia pure piccole — che avrebbero potuto eventualmente costituire porta di ingresso al bacillo di Nicolaier. E' pur vero che basta una scalfittura, una puntura di per sè insignificante per determinare l'infezione di questo terribile germe: pare però improbabile che essa sia sfuggita ad un attento esame di un occhio esercitato, mentre d'altro canto si avevano lesioni clamorose dei genitali.

Ma se, nel caso di raschiamento, deve necessariamente invocarsi l'intervento di una terza persona, l'introduzione nell'utero di un oggetto rigido a scopo abortivo può essere stato praticato anche da parte della donna medesima. Sono di-

mostrativi a questo proposito gli esperimenti del GUILHEM (citato nel Trattato del PERRANDO a pag. 362) che dimostrano che oltre la metà delle prostitute — all'uopo istruite — riescono ad introdurre sonde e canule attraverso il canale cervicale stando in posizione accoccolata.

La letteratura medico-legale registra inoltre casi bene accertati, se pure non frequenti, di autoprovocazione di aborto con i più svariati oggetti allungati: quindi sebbene l'autoprovocazione possa ritenersi statisticamente e materialmente poco probabile, la sua possibilità deve senza dubbio essere ammessa.

Ed allora niente vieta che nei tentativi di autoprovocazione di aborto possa anche prodursi l'infezione tetanica se gli oggetti adoperati a tale scopo contengano le spore tetanigene. Quindi il valore, dal punto di vista criminale, della infezione da bacillo di Nicolaier — a punto di partenza sicuramente genitale — è solo quello di documentare, in maniera indubbia, che da parte della donna o di terze persone si sono praticate manovre nei genitali capaci di apportare dall'esterno le spore tetaniche ed impiantarle sulle mucose mediante una soluzione di continuo.

E' questa una prova sicura che tali manovre siano state fatte a scopo abortivo?

Evidentemente no. Così, per esempio, basta che la donna (come si era prospettato nel secondo caso) cerchi, con le proprie mani, o preghi altri di estrarre coaguli sanguigni dalla vagina per ammettere la possibilità dell'insorgenza tetanica indipendentemente da ogni scopo criminoso. Questo qualora le mani siano state sporche di terriccio e si sia prodotta una scalfittura con le unghie, il che potrebbe avvenire anche nelle masturbazioni a solo scopo erotico! Quindi l'infezione tetanica considerata come elemento a sè stante non è affatto dimostrativa al cento per cento della criminalità delle intenzioni di colui che l'ha prodotta.

Se però rapportiamo la sopravvenuta infezione agli altri segni di lesione meccanica, osservati nei genitali delle due donne, ecco che allora il reperto assume un grande valore criminologico. Infatti in ambedue i casi le lesioni vaginali ed uterine non trovano esauriente spiegazione che in interventi meccanici a scopo abortivo; furono essi che determinarono l'insorgen-

za dell'infezione tetanica, che, nei casi in questione, assume particolare valore in quanto è un argomento di più che si aggiunge al fascio di quelli precedentemente discussi: solo dal complesso di essi scaturisce e resta giustificata la diagnosi di provocazione di aborto.

E' però da aggiungere che, anche in via casistica, il tetano post-abortivo è quasi sempre espressione di manovre criminose. Ne fanno fede i casi di SCHNEIDER (2), del KATZ (3), del FLECHTNER e del CUAIST (4), del STEVENSON (5) e quello recente del KOMAROMY (6); il VALENTI (7) invece descrisse il caso di una multipara di 23 anni, in cui l'infezione si manifestò sette giorni dopo un aborto al terzo mese avvenuto senza complicazioni ed in maniera apparentemente spontanea.

Resta infine da fare un ultimo accenno sulla durata d'incubazione del tetano, che ci può dare un criterio sussidiario, talora assai utile, per rispondere al quesito su quando furono compiute le manovre abortive.

Orbene i classici lavori del BALTHAZARD (8) e del CAFFORT (9) hanno dimostrato che assai difficilmente i fenomeni tetanici insorgono prima di tre giorni d'incubazione (recentemente se ne è registrato però un caso insorto dopo 29 ore: *Presse Méd.* n. 39, pag. 778, 1938), mentre invece sono stati descritti numerosi casi d'incubazione ritardata di parecchi giorni ed anche di qualche mese come quello del BUSSALAY (10) che com-

mentò il caso di una ragazza in cui i sintomi tetanici insorsero circa quattro mesi dopo la frattura di una gamba, quando cioè si avviava verso la guarigione.

Dati questi che potranno servire al medico legale ed al criminalista nel senso che, mentre sarà proclive ad ammettere l'insorgenza di un tetano ad incubazione ritardata, dovrà guardare con diffidenza tutti quei casi nei quali l'evento tetanizzante sia stato dichiarato avvenuto a meno di tre giorni prima dell'insorgenza della sintomatologia conclamata.

Da quanto abbiamo esposto risulta quindi che la constatazione di un tetano d'origine genitale non deve farci senz'altro porre diagnosi di aborto criminoso: tale diagnosi invece sarà concretata solo quando coesista quel corteo di prove d'intervento meccanico, senza le quali sarebbe imprudente il concludere per la crininosità delle lesioni riscontrate.

BIBLIOGRAFIA

1. BUNIM: *Trattato di Ostetricia*. Soc. Ed. Libreria, 1919, pagina 689.
2. SCHNEIDER: « *Med. Klin.* », 22, 134, 1928.
3. KATZ: « *Dtsch. Z. Gericht. Med.* », 5, 64, 1922.
4. FLECHTNER e CUAIST: « *Zentralbl. f. Gynäkol.* », 49, 975, 1925.
5. STEVENSON: « *Dtsch. Z. Gericht. Med.* », 8, 665, 1926.
6. KOMAROMY: « *Americ. Journal Obstetr. a. Gynecol.* », 34, 687, 1937.
7. VALENTI: « *Boll. Soc. Piem. Ostetr.* », 1, 411, 1933.
8. BALTHAZARD e CAFFORT: « *Ann. de Méd. Lég.* », 6, 412, 1926.
9. CAFFORT: *Thèse de Laboratoire de Méd. Lég.* Paris, 1926.
10. BUSSALAY: « *Cultura Med. Moderna* », VI, 451, 1929.

57677



325189

