

*ATTI
della Soc.
Ital.
di Ostet.
e Ginec.
VOL. I*

*ATTI della Società Italiana
di Ostetricia e Ginecologia.*

*Cong.
di Roma
1894*



Congresso di Roma, 1894

ATTI
DELLA
SOCIETÀ ITALIANA
DI
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Raccolti dal Segretario

Dott. F. SAVERIO ROCCHI



VOLUME I.

POGGIBONSI

STAB. TIP. CAPPELLI E C.

1895.

SOCIETÀ ITALIANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

COSTITUZIONE DELLA SOCIETÀ

Il Prof. Ercole Pasquali, Direttore della R. Clinica Ostetrico-ginecologica di Roma, con circolare in data 24 settembre 1892, rivolgeva invito a tutti i suoi colleghi, insegnanti ufficiali nelle varie Scuole ed Istituti del Regno, i quali facevano già parte della antica società ostetrica e ginecologica italiana, a volere con Lui costituirsi in Comitato promotore per formare una nuova Società, la quale, pure intitolandosi « *Società italiana di ostetricia e ginecologia* » fosse destinata all'esplicamento di uno Statuto meglio rispondente al maggiore sviluppo ottenuto negli ultimi anni in questa speciale branca di studi.

L'invito favorevolmente accolto, il giorno 7 novembre venne diramata la seguente circolare a quanti ufficialmente si occupano in Italia di studi ostetrici e ginecologici.

Egregio Collega,

Nella imminenza del Congresso Medico internazionale, che si terrà in Roma, noi abbiamo creduto di interpretare il desiderio della maggioranza degli ostetrici e ginecologi italiani, facendoci promotori della costituzione di una nuova *Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia*.

Siamo certi, che la nuova Società, dato il grande sviluppo ottenuto anche fra noi in questa speciale disciplina chirurgica, debba riuscire per gli studiosi opportuna palestra di proficue discussioni, e raccogliendo essa con assidua cura il lavoro che si compie nei vari centri scientifici della Nazione, varrà a far tenere nella dovuta considerazione, anche fuori del nostro paese, quanto di più importante si produce in Italia dai cultori di siffatti studi.

Noi quindi osiamo sperare, egregio Collega, che al nostro concesso intento non verrà a mancare il contributo della Sua operosità, e quindi La invitiamo a volere prender parte all'adunanza, che si terrà in Roma il giorno 22 del corrente mese, per dare all'a costituzione della Società il suo assetto definitivo.

La Commissione promotrice:

Professori ACCONCI LUIGI, Padova — BRUSCHI GIUSEPPE, Urbino — CALDERINI GIOVANNI, Parma — CHIARA DOMENICO, Firenze — CHIARLEONI GIUSEPPE, Catania — CUZZI ALESSANDRO, Pavia — FABBRI E. FEDERIGO, Modena — FALASCHI EMILIO, Siena — GIORDANO SCIPIONE, Torino — GUZZONI DEGLI ANCARANI ARTURO, Cagliari — INVERARDI GIOVANNI, Firenze — MADRUZZA, Perugia — MANGIAGALLI LUIGI, Milano — MINATI CARLO, Pisa — MORISANI OTTAVIO, Napoli — NEGRI PAOLO, Venezia — PANTALEO MARIANO, Palermo — PASQUALI ERCOLE, Roma — PESTALOZZA ERNESTO, Genova — PINZANI EUGENIO, Bologna — PORRO EDUARDO, Milano — SIMULA GIAN NICCOLÒ, Sassari — TIBONE DOMENICO, Torino — TRUZZI ETTORÉ, Novara.

Il giorno 22 Novembre, alle ore 2 pom., nell'Aula XX della Università di Roma intervennero i Signori: Professori, PASQUALI, Roma — MORISANI, Napoli — CALDERINI, Parma — CHIARLEONI, Catania — FABBRI, Modena — CHIARA, Firenze — PORRO, Milano — ACCONCI, Padova — INVERARDI, Firenze — MANGIAGALLI, Milano — PESTALOZZA, Genova — GUZZONI DEGLI ANCARANI, Cagliari — NEGRI, Venezia — *Dottori*, LA TORRE, Roma — BRUERS, Bologna — CLIVIO, Pavia — MAROCCO, Roma — PERI, Firenze — CORN, Livorno — CURÀTULO, Roma — CORDARO, Firenze — BOMPIANI, Roma — PAZZI, Bologna — TRETENERO, Firenze — LANDUCCI, Arezzo — PICCININI, Roma — PICCOLI, Napoli — ROCCA, Alba — ROCCHI, Roma — REGNOLI, Roma — PIRETTI, Napoli — MIRANDA, Napoli — SIMONETTA, Roma — TOMASSONI, Roma.

Si fecero rappresentare con regolare delegazione i signori: Professori, CUZZI, Pavia — TIBONE, Torino — PINZANI, Bologna — TRUZZI, Novara — SIMULA, Sassari — BOSSI, Genova — *Dottori*: CASATI, Ferrara — MANCA, Sassari — VIRZI, Palermo — GELLI,

FIRENZE — CONIGLIONE, Catania — MAURI, Spezia — DECO, Milano — BORDI, Bologna — SANGREGORIO, Milano — RESINELLI, Pavia — POZZOLI, Parma — BERTAZZOLI, Milano — MARZORATI, Parma — VILLA, Milano — RONCAGLIA, Modena — FERRUTA, Firenze — CARUSO, Napoli — LAURO, Napoli.

Tutti unanimemente dichiararono di volere fondare la Società. A regolare la discussione dello Statuto sociale già precedentemente redatto dal dottor Tomassoni elessero per acclamazione un ufficio di Presidenza, che risultò così costituito: Professori PASQUALI Presidente, CHIARA, presidente onorario; MORISANI, FABBRI, PORRO, CALDERINI, TIBONE: segretario, dottore TOMASSONI.

Il Prof. Pasquali fece allora dare lettura dei nomi di coloro, che impossibilitati a recarsi all'Adunanza di Roma, facevano formalmente adesione alla fondazione della Società. Quindi dopo la discussione e la votazione dello Statuto e Regolamento, fatta nelle tornate del 22, 23, 24, fu dichiarata solennemente costituita la nuova Società.

La Società così costituita mandava telegrammi di auguri e felicitazioni ai Professori GIORDANO, Torino — CUZZI, Pavia — PANTALEO, Palermo — i quali rispondevano con parole ispirate ai più elevati sentimenti di simpatia per i membri della nuova Società, bene pronosticando dalla concordia degli animi per l'avvenire della ostetricia e ginecologia italiana.

Finalmente nell'ultima seduta vennero acclamati, come primi soci corrispondenti i Prof. WELPNER e LIEBEMANN di Trieste.

Prima di sciogliersi l'Assemblea elesse i membri della Commissione permanente esecutiva come all'art. 6 dello Statuto, già approvato. Per acclamazione furono eletti il Prof. ERCOLE PASQUALI, presidente, ed il Dott. TOMASSONI, segretario: a grandissima maggioranza di voti venne nominato Vice-presidente cassiere il Dott. GIOVANNI PICCININI.

Il Segretario
G. TOMASSONI

SEDUTA STRAORDINARIA DEL 2 FEBBRAIO 1894

Presidenza del Prof. E. PASQUALI Presidente

Sono presenti: CALDERINI — FABBRI — MORISANI — PASQUALI —
PORRO — TRUZZI — CIOIA — CURATULO — LAURO — MAROCCO
— LA TORRE — PICCININI — REGNOLI — ROMITI — ROCCHI —
SIMONETTA.

Aderiscono per lettera: GUZZONI DEGLI ANCARANI — GELLI.

Il *Presidente* della Commissione permanente esecutiva Prof. Pasquali, ringraziati i convenuti, ricorda la perdita fatta dalla Società nella persona del suo Segretario Dott. G. Tomassoni che era stato l'iniziatore e colui che più aveva lavorato per la costituzione della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia. Parla brevemente delle sue doti morali e de' suoi lavori scientifici e quindi invita la Società ad eleggere un nuovo Segretario.

Su proposta del Dott. La Torre viene acclamato il Dott. Rocchi.

Il *Presidente* espone lo scopo della riunione che è di determinare in quale misura ed in che modo migliore la nostra Società possa onorare i colleghi stranieri che verranno a Roma pel prossimo congresso medico internazionale.

Dopo lunga discussione, cui prendono parte: Morisani, La Torre, Fabbri, Porro, Marocco, Piccinini, si mette ai voti il seguente

ORDINE DEL GIORNO:

La società stabilisce d'invitare ad un banchetto i componenti esteri della Sezione di Ostetricia e Ginecologia del prossimo congresso internazionale, dando facoltà alla Commissione permanente esecutiva di associarsi al Comitato ordinatore della Sezione medesima. Gli Italiani non appartenenti alla Società, ma facenti parte della sezione suddetta, potranno prender parte al banchetto pagando la quota che verrà stabilita dalla Presidenza.

firmato PICCININI, LA TORRE.

È approvato all'unanimità.

Il *Vice-presidente cassiere* Dott. Piccinini presenta le sue dimissioni e, sebbene pregato, insiste vivamente. Su proposta del Prof. Calderini viene acclamato Vice-presidente cassiere il Dott. La Torre.

Il *Presidente* presenta la domanda a Socio ordinario del Dott. Enrico Sava, Assistente alla R. Clinica ostetrica-ginecologica di Napoli.

Viene eletto all'unanimità.

Il *Presidente*

E. PASQUALI

Il *Segretario*

F. S. ROCCHI

SEDUTA STRAORDINARIA DEL 27 MARZO 1894

Presidenza del Prof. E. PASQUALI Presidente

Sono presenti: CALDERINI — CHIARLEONI — MANGIAGALLI — PASQUALI — TIBONE — TRUZZI — BOMPIANI — CURATULO — LA TORRE — REGNOLI — ROCCHI — SIMONETTA.

Il *Presidente* informa la Società di essere stato invitato, come Presidente della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia, alle feste che la Società ostetrica di Berlino celebrerà nel prossimo Maggio in occasione del centenario della sua fondazione.

Avvisa i Soci che il Comitato ordinatore della Sezione di ostetricia e ginecologia del Congresso medico internazionale non darà pranzi e perciò domanda: 1.^o Se la Società intende dare sola il pranzo votato nella seduta del 2 febbraio; 2.^o quante persone intende invitare; 3.^o quanto si deve prelevare dalla cassa sociale.

Il Cassiere legge lo stato di cassa, e dopo chiusa la discussione a cui presero parte Tibone, Pasquali, Mangiagalli, Marocco, Rocchi, Chiarleoni, e La Torre, si mette ai voti il seguente

ORDINE DEL GIORNO:

La Società stabilisce che ogni socio che prende parte al banchetto che si offre alle più spiccate individualità estere della Sezione di ostetricia e ginecologia nel prossimo Congresso medico internazionale, paghi la quota individuale da fissare. Le quote degli invitati saranno prelevate dalla Cassa sociale. Per la lista delle persone da invitare, la Società si rimette alla Commissione permanente esecutiva.

firmati: CHIARLEONI, TIBONE, MANGIAGALLI.

È approvato all'unanimità.

Il *Presidente* rende noto che su proposta del Prof. Fabbri la Società Chirurgica di Bologna si è offerta di cedere alla nostra Società

un certo numero di copie della Storia dell'Ostetricia in Italia del Corradi al prezzo ridotto di L. 10 (in luogo di 20) e di regalarne in più 10 copie. La Società potrebbe regalare queste copie alle principali biblioteche e cliniche ostetriche estere, come in ricordo del prossimo congresso, per far conoscere fuori d'Italia i nostri lavori. La Commissione permanente propone di acquistarne 20, che unite alle 10 regalate farebbero 30 copie sufficienti allo scopo.

La Società approva.

In seguito si delibera che la prima Adunanza annuale scientifica della Società abbia luogo nella seconda metà dell'Ottobre di quest'anno.

Come temi generali da trattare sono scelti i seguenti:

1.^o Risultati prossimi e remoti dell'isterectomia vaginale per cancro (*Relatore:* Prof. L. Mangiagalli).

2.^o Castrazione nell'Osteomalacia (*Relatore:* Prof. E. Truzzi).

Su proposta del Prof. Truzzi la Società manda un telegramma di saluto e di auguri al Prof. Giordano, le cui condizioni di salute sono piuttosto gravi.

Il Presidente

E. PASQUALI

Il Segretario

F. S. ROCCHI

PRIMA ADUNANZA ANNUALE

15, 16, 17 OTTOBRE 1894

SEDUTA PREPARATORIA

15 OTTOBRE

Presidenza del Dott. F. LA TORRE Vice-presidente

Sono presenti: MORISANI — PAZZI — LA TORRE — REGNOLI —
ROCCHI — MIRANDA — MAROCCO — NAMIAS — PESTALOZZA —
GUZZONI DEGLI ANCARANI — CURÀTULO — ACCONCI — FALA-
SCHI — FABBRI — FERRARI — GIGLIO — PINZANI — BORDÉ —
POSO — MANGIAGALLI — CAMPIONE — MASETTI — LAURO —
TRUZZI — SCARLINI — SIMONETTA — BOMPIANI.

La Seduta è aperta alle ore 10.

Il *Presidente* saluta i numerosi convenuti a nome suo e del Prof. Pasquali che impedito da grave malattia è dolente di non poter presiedere la prima adunanza scientifica della Società; si dice lieto poter annunciare che ora la malattia volge alla fine, e tutto fa sperare in una pronta e completa guarigione; passa quindi al *Resoconto morale* della Società.

Accenna al pranzo dato in occasione del Congresso internazionale alle notabilità estere della Sezione di ostetricia e di ginecologia, e si compiace della buona riuscita del geniale convegno, sia pel decoro dell'addobbo, sia per il numero e la qualità degli intervenuti, sia infine per la schietta cordialità che regnò fra i convitati delle principali nazioni. Questo fu il primo atto pubblico della nostra giovane Società, e ne possiamo esser contenti.

Fa leggere la nota delle Società e Cliniche estere cui fu inviata in dono la Storia dell'Ostetricia in Italia del Corradi (Allegato

N. 1) avvertendo che vi sono ancora 8 copie disponibili che si possono inviare ad altre Società, o cedere pel prezzo di costo (lire 10) ai soli soci.

Accenna alla dolorosa perdita fatta dalla Società nella persona del Nestore degli Ostetrici italiani, il Prof. Scipione Giordano. « Il Prof. Tibone, egli dice, ci dirà fra poco, meglio ch'io « non sappia fare, de' suoi alti meriti e del vuoto che ha lasciato « nella scienza e nell'animo di noi tutti, che l'amavamo e veneravamo « come padre e maestro. Ci conforti il pensiero che una vita così « operosa non rimarrà senza imitatori, e la Società italiana di Oste- « tricia e Ginecologia, pur ricordando con affetto e onorando la me- « moria di coloro che dovettero cedere alle malattie ed agli anni, non « avrà un istante di scoramento, e proseguirà con costanza per la via « dell'attività e del progresso. »

Presenta il *Resoconto finanziario* che si può riepilogare nelle seguenti cifre:

| | |
|------------------|----------|
| Entrate . . . L. | 2782, 77 |
| Spese . . . » | 2117, 88 |

Rimane L. 664, 89

Di queste, L. 500 sono in libretto della Cassa postale e L. 164, 89 nella Cassa sociale.

Il *Bilancio preventivo* fa sperare di poter disporre pel nuovo esercizio di oltre 2500 lire.

Il *Segretario* legge le domande pervenute alla Commissione permanente per far parte della Società, e quelle presentate da soci effettivi, e di ciascun candidato enumera i titoli e le cariche sostenute. In seguito a votazione sono eletti *Soci ordinari* i Dottori: Francesco Candia — Pier Lorenzo Ferrari — Ettore Bidone — Giuseppe Zuccaro — Fausto Pini — Francesco Campione — Carlo Ferraresi — Pio Masetti — Giovanni Scarlini — Pasquale Poso (Vedi Elenco de' Soci a pag. 15 e seg.).

Fanno domanda per essere iscritti fra i *Soci corrispondenti*: il Dott. J. Clarence Webster di Edimburgo (presentato dal socio Dott. G. E. Curàtulo) e il Dott. Celestino M. de Argenta di Salamanca (presentato dal socio Prof. Mangiagalli). Messi ai voti sono eletti all'unanimità.

Il *Presidente* apre la discussione sullo schema di Regolamento speciale presentato dalla Commissione permanente per regolare le sedute scientifiche. Dopo osservazioni di Mangiagalli, Guzzoni degli Ancarani, Morisani, Rocchi, si approva articolo per articolo quale all' Allegato N. 2.

La Presidenza del Congresso viene per acclamazione così costituita:

| | | |
|------------------------|----------------------|---|
| <i>Presidente</i> | Prof. O. MORISANI | |
| <i>Vice-presidenti</i> | Prof. E. F. FABBRI | } |
| | Prof. L. MANGIAGALLI | |
| <i>Segretari</i> | Dott. A. REGNOLI | } |
| | Dott. P. POSO | |

Un applauso saluta la Presidenza; e il Prof. MORISANI ringrazia con brevi parole e dichiara aperto il Congresso.

Il Prof. ACCONCI propone il seguente

ORDINE DEL GIORNO:

« La Società italiana di Ostetricia e Ginecologia, dolente che il Presidente della Commissione permanente esecutiva, Prof. E. PASQUALI, mancò alla sua prima tornata per cagione di malattia, gli invia un affettuoso saluto, « facendo voti ed auguri per la sua sollecita guarigione. »

Messo ai voti è approvato all' unanimità. La Presidenza del Congresso è incaricata di porgere personalmente al Prof. PASQUALI i voti dell' assemblea.

Si eleggono quindi a votazione segreta i due membri della Commissione per la stampa. Risultano eletti i Prof. MORISANI e MANGIAGALLI.

Messo ai voti il Bilancio Economico, è approvato.

Ha infine la parola il Prof. ACCONCI che a nome del Prof. TIBONE, impedito d'intervenire, legge la *Commemorazione* del defunto Socio Prof. Scipione Giordano. (Vedi pag. 10).

Fissata l' ora per la prima seduta scientifica, la seduta è tolta.

Il Segretario
F. S. ROCCHI

Il Vice-presidente
LA TORRE

Allegato N.º 1.

ELENCO delle Società ed Istituti cui fu spedita la STORIA DELL' OSTETTRICIA IN ITALIA del CORRADI.

1. Società Ostetrica e Ginecologica di Parigi.
2. Società di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria di Bordeaux.
3. Società Ostetrica di Buffalo — Stati Uniti d'America
4. Società Ostetrica di Cincinnati — » »
5. Società Ostetrica di New York — » »
6. Società Ostetrica di Filadelfia — » »
7. Società Ostetr. Ginec. di Washington — » »
8. Società di Ostetricia e Ginecologia di Pietroburgo.
9. Società di Ostetricia e Ginecologia di Mosca.
10. Società di Ostetricia e Ginecologia di Kieff.
11. Società Ostetrica di Londra.
12. Società Ostetrica Ginecologica dell' Inghilterra del Nord.
13. Società Ostetrica di Edimburgo.
14. Società Ostetrica Ginecologica di Glasgow.
15. Sezione ostetrica della R. Accademia medica d' Irlanda.
16. Società Ostetrica di Lipsia.
17. Società Ostetrica di Berlino.
18. Società Ostetrica di Vienna.
19. Società Ostetrica di Monaco di Baviera.
20. Clinica Ostetrica di Quito — Repubblica dell' Equatore.
21. Clinica Ostetrica di Madrid.

Hanno risposto ringraziando le Società di Berlino, Londra, Inghilterra del Nord, Parigi, Cincinnati, Vienna, Pietroburgo, Lipsia, Kieff, Edimburgo, Bordeaux, Filadelfia, Monaco.

Allegato N.º 2.

REGOLAMENTO SPECIALE ad esplicazione dell'Art. 9 del Regolamento generale.

ART. 1. — Le comunicazioni scientifiche verranno fatte secondo l'Ordine del giorno stampato a cura della Commissione permanente esecutiva. È in facoltà della Presidenza del Congresso fare eventuali mutamenti.

ART. 2. — Il tempo assegnato per ciascuna comunicazione è di venti minuti al massimo.

Chi prende parte alla discussione può parlare una sola volta per cinque minuti.

L'autore della comunicazione ha dieci minuti per rispondere complessivamente a tutte le obiezioni fatte.

ART. 3. — I soci iscritti all'Ordine del giorno e impediti d'intervenire alle sedute possono delegare un altro socio a leggere un breve sunto e le conclusioni del loro lavoro. La lettura di ogni comunicazione non deve durare oltre i cinque minuti.

La Commissione per la stampa, riconosciuta l'eccezionale importanza di un lavoro, ne può autorizzare l'inserzione negli Atti per esteso.

ART. 4. — Le presentazioni di inferme od operate, di strumenti, preparati microscopici e simili debbono esser fatte al principio od alla fine delle singole sedute.

ART. 5. — Gli autori delle comunicazioni sono tenuti a consegnare il manoscritto completo al Segretario prima della fine delle sedute.

ART. 6. — Negli Atti della Società non si terrà conto delle obiezioni o risposte fatte durante le discussioni se non ne verrà consegnato il testo al Segretario prima della fine delle sedute.

ART. 7. — Sulle questioni scientifiche non si ammettono votazioni.

ELENCO DEI SOCI

SOCI PROMOTORI

- 1 Prof. ACCONCI LUIGI — Padova
- 2 » BEDESCHI GIUSEPPE — Urbino
- 3 » CALDERINI GIOVANNI — Parma
- 4 » CHIARA DOMENICO — Firenze
- 5 » CHIARLEONI GIUSEPPE — Catania
- 6 » CUZZI ALESSANDRO — Pavia
- 7 » FABBRI E. FEDERIGO — Modena
- 8 » FALASCHI EMIDIO — Siena
- 9 » GIORDANO SCIPIONE — Torino
- 10 » GUZZONI DEGLI ANCARANI ARTURO — Cagliari
- 11 » INVERARDI GIOVANNI — Firenze
- 12 » MADRUZZA GIUSEPPE — Perugia
- 13 » MANGIAGALLI LUIGI — Milano
- 14 » MINATI CARLO — Pisa
- 15 » MORISANI OTTAVIO — Napoli
- 16 » NEGRI PAOLO — Venezia
- 17 » PANTALEO MARIANO — Palermo
- 18 » PASQUALI ERCOLE — Roma
- 19 » PESTALOZZA ERNESTO — Genova
- 20 » PINZANI ERMANNINO — Bologna
- 21 » PORRO EDOARDO — Milano
- 22 » SIMULA GIAN NICOLÒ — Sassari
- 23 » TIBONE DOMENICO — Torino
- 24 » TRUZZI ETTORE — Novara

SOCI FONDATORI

- 25 Dott. BERTAZZOLI ANNIBALE — Milano
- 26 » BOMPIANI ARTURO — Roma
- 27 » BORDÈ LUIGI — Bologna

- 28 Dott. BOSSI LUIGI — *Genova*
- 29 » BRUERS EMANUELE — *Bologna*
- 30 » CARRARA GIUSEPPE — *Brescia*
- 31 » CARUSO FRANCESCO — *Napoli*
- 32 » CASATI EUGENIO — *Ferrara*
- 33 » CIOIA ANTONIO — *Genova*
- 34 » CLIVIO INNOCENTE — *Pavia*
- 35 » COEN GIUSEPPE — *Livorno*
- 36 » CONGLIONE ANTONIO — *Catania*
- 37 » CORDARO VINCENZO — *Firenze*
- 38 » CURATULO G. EMILIO — *Roma*
- 39 » DECIO CARLO — *Milano*
- 40 » DONZELLINI GUGLIELMO — *Firenze*
- 41 » FERRARI GIOVANNI — *Genova*
- 42 » FERRUTA GIUSEPPE — *Firenze*
- 43 » GILLI GINO — *Firenze*
- 44 » GIGLIO GIUSEPPE — *Palermo*
- 45 » GRILLENZONI CARLO — *Ferrara*
- 46 » LA TORRE FELICE — *Roma*
- 47 » LAURO VINCENZO — *Napoli*
- 48 » LEOCATA FILIPPO — *Napoli*
- 49 » MAGGIOLI VINCENZO — *Roma*
- 50 » MANCA GAVINO — *Sassari*
- 51 » MAROCO CESARE — *Roma*
- 52 » MARZORATI UBERTO — *Parma*
- 53 » MAURI MATTEO — *Spezia*
- 54 » MIRANDA GIOVANNI — *Napoli*
- 55 » NAMIAS MARCELLO — *Mantova*
- 56 » PATELLANI SERAPINO — *Cagliari*
- 57 » PAZZI MUZIO — *Bologna*
- 58 » PERI ALESSANDRO — *Firenze*
- 59 » PICCINI GIOVANNI — *Roma*
- 60 » PICCOLI GIOVANNI — *Napoli*
- 61 » PIRETTI GIROLAMO — *Napoli*
- 62 » POZZOLI BITTINO — *Parma*
- 63 » RAINERI GIUSEPPE — *Vercelli*
- 64 » RIGNOLI ALESSANDRO — *Roma*
- 65 » RESINELLI GIUSEPPE — *Pavia*
- 66 » ROCCA GIOVANNI — *Alba*

- 67 Dott. ROCCHI F. SAVERIO — *Roma*
- 68 » RONCAGLIA GIUSEPPE — *Modena*
- 69 » SANGREGORIO GUSTAVO — *Milano*
- 70 » SANTO MAURO SALVATORE — *Firenze*
- 71 » SIMONETTA G. CESARE — *Roma*
- 72 » TOMASSONI GIOVANNI — *Roma*
- 73 » TRETENERO VALENTINO — *Firenze*
- 74 » TROTTA GIUSEPPE — *Napoli*
- 75 » VICARELLI GIUSEPPE — *Padova*
- 76 » VILLA FRANCESCO — *Milano*
- 77 » VIRZI BERNARDO — *Palermo*

SOCI ORDINARI

- 78 Dott. SAVA ENRICO — *Napoli*. Eletto il 2 febbraio 1894
- 79 » BIDONE EITORE — *Bologna*. Eletto il 15 ottobre 1894
- 80 » CAMPIONE FRANCESCO — *Bari*. » »
- 81 » CANDIA FRANCESCO — *Napoli*. » »
- 82 » FERRARESI CARLO — *Bologna*. » »
- 83 » FERRARI PIER LORENZO — *Firenze*. » »
- 84 » MASETTI PIO — *Roma*. » »
- 85 » PINI FAUSTO — *Modena*. » »
- 86 » POSO PASQUALE — *Napoli*. » »
- 87 » SCARLINI GIOVANNI — *Siena*. » »
- 88 » ZUCCARO GIUSEPPE — *Bari*. » »

SOCI CORRISPONDENTI

- 1 Prof. LIEBMANN CARLO — *Trieste*. Eletto il 22 novembre 1892
- 2 » WELPONER EGIDIO — *Trieste*. » »
- 3 » CELESTINO MARTIN DE ARGENTA — *Salamanca*. Eletto il 15 ottobre 1894.
- 4 » J. CLARENCE WEISTER — *Edimburgo*. Eletto il 15 ottobre 1894

SOCI DIMISSIONARI

- 1 Dott. VIRZI BERNARDO — *Palermo*

SOCI DEFUNTI

- 1 Dott. SANGREGORIO GUSTAVO — *Milano*. Socio fondatore
 - 2 » TOMASSONI GIOVANNI — *Roma*. 1.^o Segretario della Società.
Socio fondatore.
 - 3 Prof. GIORDANO SCIPIONE — *Torino*. Socio promotore
 - 4 Dott. MAGGIOLI VINCENZO — *Roma*. » fondatore
-

PROF. DOMENICO TIBONE

DIRETTORE DELLA R. CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA DI TORINO

Commemorazione del Prof. Scipione Giordano

Nell'ultima adunanza della nostra Società, venne manifestato il rincrescimento della assenza per ragione di malattia del prof. S. Giordano, con quella di altri nostri valorosi Colleghi. I voti che in quel tempo vennero da noi espressi per la sua guarigione non furono esauditi, la malattia che sin dallo scorcio dell'anno andato lo travagliava, e per l'indole sua maligna e per la grave età seguì il suo fatale andare e di vita lo tolse il 17 maggio.

Il nostro Egregio presidente, fedele mantenendosi alla lodevole consuetudine di porgere ai presenti nella commemorazione degli estinti gli esempi di imitazione e di emulazione meritevoli, ha assegnato a me, che fui suo discepolo e suo successore nella cattedra stata da esso con tanto lustro tenuta, di preparare per la nostra Società il necrologico ricordo.

Scipione Giordano nacque in Torino il 6 ottobre 1817. Qui si para la influenza che le qualità dei genitori spiegano sull'avvenire dei figli. Del padre, che nello esercizio dell'Ostetricia bella fama acquistò e per pratica abilità e per dolcezza di modi, le orme seguì dedicandosi allo stesso ramo speciale della medicina; ne parla il Giordano con riverente affetto nella prelezione con la quale prese possesso della cattedra nel novembre dell'anno 1857. Dalla madre che fu una valente pittrice la quale qui in Roma apprese l'arte sua, pare che gli sia pervenuta la genialità, e la tendenza alla originalità, non rara prerogativa in quelli che le arti liberali professano.

Conseguì la laurea in Torino il 10 luglio 1838. Cinque anni dopo, cioè il 23 marzo 1843, ottenne la aggregazione al Collegio Medico-Chirurgico di Torino, che in quei tempi era il primo ed indispensabile passo per arrivare alla cattedra, sostenendo una dissertazione *De placenta*.

Nell'Ospizio di Maternità e nel sifilocomio femminile, nei quali fu per lunghi anni assistente, egli trovò un opportuno ambiente per approfondirsi ne' studi suoi speciali.

Non è tanto lontano quel tempo, in cui nella Università di Torino, lo insegnamento clinico era monco per una grande lacuna: faceva difetto la Clinica Ostetrica. Nell'anno 1857 con la nomina del Giordano a professore di Ostetricia, venne inaugurata una nuova era con la istituzione della Clinica Ostetrica. Quale sia stato lo entusiasmo, con cui venne accolta la felice innovazione e il nuovo e simpatico professore che seco la portava, nessuno meglio di me lo può rammentare, che fui tra i suoi primi allievi, e tra questi — lo dico con vivo soddisfacimento — il prediletto.

Alla scienza, alla insuperabile perizia nelle più ardue operazioni, accoppiando felicemente il Giordano gli allettamenti del genio suo artistico, e il sussidio di una vasta e varia coltura, seppe rendere il suo insegnamento attraente, efficacissimo, suscitando ad un tempo negli studenti l'amore per il sapere e l'affetto imperituro per il maestro.

Rivolgendo il discorso ad una scientifica società non si può intieramente passare sotto silenzio i lavori che dello insegnamento orale il valore accrebbero, ed i dettami ne diffusero fuori della scuola.

Nella prelezione sulla febbre puerperale, sulla eclampsia e sull'edema acuto, volle nello stesso eziologico concetto, con uno sguardo sintentico, comprendere questi tre processi morbosi, che in altro ordine di efficienze causali venne di poi dimostrato per la febbre puerperale e l'edema acuto.

In due prelezioni con elevate considerazioni è trattato l'argomento di deontologia ostetrica sulla scelta e sulla opportunità delle indicazioni alle operazioni ostetriche, allorchando il parto, in quei tempi preasettici, compiere non si poteva senza il sacrificio di una vita. Col suo acuto sguardo seppe il Giordano prevedere che il taglio cesareo sarebbe col tempo diventata una operazione di riuscita normale; l'avvenire confermò e la sua felice previsione e l'augurio del concorso che apportato avrebbe l'Italia al miglioramento della statistica di questa operazione.

Nella sesta prelezione vagliando le cause che furono fattori di morte, e secondo le condizioni delle vie generative le indicazioni pose che conciliare potevano il dissidio fra i partigiani del taglio cesareo e il parto forzato nella donna gestante morta o tale creduta.

Eppure dalla cattedra che tanto con la penna e con la parola illustrava, dalle sale cliniche cui con tanto amore dedicava la sua operosità, non ancora trascorso un sessennio, venne strappato da un

improvvido ed inconsulto decreto, sopraggiunto improvvisamente a menomare le sue attribuzioni che la legge voleva intangibili, ad offendere la sua dignità di insegnante, di fronte al quale fieramente pose e mantenne la rinuncia alla cattedra.

Perduto irremissibilmente il Giordano per lo insegnamento e per la Maternità, fortunatamente non lo fu nè per la scienza nè per il paese; e per quella e per questo ci seguì a lavorare con la stessa fede, con lo stesso amore; diede alla luce pubblicazioni pregievolissime d'ordine scientifico alcune, altre di ordine scolastico e sociali, dalle quali si prometteva favorito il risorgimento nostro; e siccome il risultato non corrispose alle concepite speranze, più tardi le riuniva in un volume, cui con solenne melanconia pose il titolo *Tempo perso!*

Il Giordano fu un patriota in tempi in cui senza pericolo non era il manifestare idee e propositi di patriottismo. Nelle delicate funzioni del medico portava non solo il concorso della mente sua eletta, ma un vero spirito filantropico, mirando non alla ricchezza, ma al conseguimento dell'affetto e della riconoscenza; e da quello e da questa non gli mancarono i compensi che qualche consolazione apportarono nella sua vita solinga, e ne temperarono le amarezze.

Alcuni anni addietro dai discepoli e dai colleghi celebrare si volle il 50.^o anniversario della sua laurea con la presentazione di una pergamena. Questa dimostrazione lo commosse e il dono gli tornò gradito più di qualsiasi dimostrazione.

Di ritorno dalle acque di Vichy, dalle quali aveva sperato la salute, morì attraversando la Savoia cui aveva mandato un mesto e cordiale addio in una lezione di commiato agli studenti allorchando politici eventi separarono da noi quella forte provincia.

Morì nell'età di 77 anni. Che sono 77 anni? Risponderò con le stesse sue parole: un nulla al piede di queste alpi vetuste, che il Giordano, precursore dei moderni alpinisti, tanto predilesse; l'infinito nel libro della umana esistenza; un nobilissimo esempio di una vita saggia, operosa, modesta, sacra alla patria ed alla scienza, di un carattere intemerato, fortissimo.

PRIMA SEDUTA SCIENTIFICA

15 OTTOBRE - ORE 14

DOTT. MUZIO PAZZI - BOLOGNA

Presentazione di un « Saggio di bibliografia ostetrica e ginecologica italiana dal 1870 al 1892. »

Illustri maestri, egregi colleghi,

Ho l'onore di presentarvi un « Saggio di bibliografia ostetrica e ginecologica italiana dal 1870 al 1892 » già compiuto.

L'idea mi fu suggerita da una proposta dell'illmo. Prof. E. F. Fabbri fatta in seno alla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia quando a tempo del XI Congresso medico internazionale a Roma, si stava studiando il modo col quale la Società doveva prepararsi per ricevere i colleghi stranieri. La proposta dell'illustre clinico di Modena fu di fare un dono alle Società Ostetriche straniere dell'Opera del Corradi sulla Storia dell'Ostetricia in Italia fino al 1870 e di aggiungere al dono un elenco bibliografico che fosse come il seguito sommario di quella Storia.

Parecchi professori delle Università italiane, diversi colleghi e studenti hanno cooperato perchè il lavoro riesca a completarsi. Questo riuscirà maggiormente vantaggioso se sarà accolto con simpatia dai colleghi e se la forza collettiva dei medesimi mi aiuterà a riempire le lacune involontariamente lasciate.

Il più è fatto e spero che tanto il sommo clinico, quanto il modesto ostetricante e ginecologo sarà grato per questo « Saggio » che, se non sempre, almeno il più delle volte potrà abbreviargli la via scabra delle investigazioni bibliografiche.

Nel presentarvi la mia impresa compiuta sarò felice della compiacenza che vi degnerete di rivolgermi e sarò orgoglioso se mi per-

metterete di dedicarla alla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, che inaugura la propria vita con questo illustre congresso a Roma.

Su proposta del Presidente Prof. Morisani, l'Assemblea dà incarico alla Presidenza del Congresso di esternare al Dott. Pazzi il proprio compiacimento per l'utile lavoro compiuto, e di confermare il voto che questo « Saggio bibliografico » vegga presto la luce per le stampe.

La lettera diretta all'A. in questo senso viene firmata dai membri della Presidenza del Congresso e controfirmata dal Vice-presidente della Commissione permanente esecutiva.

DOTT. FELICE LA TORRE - ROMA

Su i giri del Cordone ombelicale

(Sunto della comunicazione)

Malgrado che molti autori e parecchi ostetrici abbiano riferito casi di distocia dovuti alla brevità assoluta o relativa del cordone, pure i trattati moderni non sono tutti d'accordo a stabilire questo punto. Ora io credo che sia necessario ascrivere in una maniera assoluta tra le cause di distocia la grande brevità relativa del funicolo.

Porto in appoggio a questa nota 7 osservazioni la cui terminazione è stata la seguente:

In uno si dovette tagliare il cordone (il feto era morto) senza di che non si avrebbe potuto espletare il parto; in 4 (occipite posteriore) la rotazione non si compiva e si dovette applicare il forcipe per compiere artificialmente il movimento di rotazione; in 2 casi la testa è scesa fino alla vulva ma non sarebbe uscita, abbandonato il parto a sè stesso, malgrado le contrazioni energiche uterine.

In un caso si poterono disfare le circolari mentre nell'altro si dovette applicare il forcipe per estrarre il feto.

Io penso quindi che le circolari del cordone ombelicale sia sul collo come sopra altre parti del corpo, che rendono brevissimo il cordone, debbono ascriversi tra le cause di distocia.

DISCUSSIONE

Il Prof. Mangiagalli si limita a ricordare un lavoro del Prof. Duncan, pubblicato negli atti della Società Ostetrica di Londra, nel quale, con quella minutezza ed esattezza che tutti riconoscono negli scritti dell'eminente ostetrico inglese, egli descrive tale causa di distocia, indicando le modificazioni che ne vengono al meccanismo del parto, dalla brevità assoluta e relativa del cordone ombelicale, i modi di riconoscerle ed i mezzi per rimediarvi.

Il Prof. E. F. Fabbri fa notare che l'avviticchiamento del funicolo al collo è stato da lui considerato come causa di distocia accidentale, di asfissia del feto per la compressione che il funicolo avvolto e stretto al collo patisce fra la mandibola e il collo nel caso di forte flessione del capo, fra l'occipite e la nuca nel caso di forte estensione del capo (presentazione di faccia e forse anche di fronte) (Veggasi per questa pubblicazione il *Bullettino delle Scienze mediche di Bologna* - anno 1872 pag. 395). In seguito il Dott. G. Roncaglia considerò che anche nel caso di latero-flessione (inclinazione di un parietale) può essere compresso il funicolo avvolto al collo.

Il Dott. La Torre risponde che avendo fatto semplicemente una comunicazione orale e riassuntiva non poteva citare tutti i lavori precedenti sullo argomento, fra i quali è quello del Duncan che ben conosce. Egli tenne a richiamare l'attenzione dei convenuti coi suoi casi sul fatto che nei moderni trattati di ostetricia non tutti riportano i giri del funicolo come causa di distocia.

DOTT. FRANCESCO CANDIA - NAPOLI

L'azione curativa della corrente galvanica intrauterina (metodo Apostoli) nell'isterismo convulsivo, dipendente da processo infiammatorio cronico dell'utero e degli annessi.

Signori,

Dopo gli ottimi risultati da me ottenuti nella cura di miofibromi dell'utero con l'applicazione della galvano-chimica intrauterina secondo il metodo dell'Apostoli, volli sperimentare lo stesso trattamento elettrico anche in altre malattie ginecologiche, come già fecero il medesimo Dott. Apostoli ed altri autori. Ed oggetto delle mie prime esperienze furono parecchie inferme, in cui la malattia predominante era l'endometrite cronica emorragica.

Debbo però dichiarare, che ne' primi casi conducevo i miei esperimenti con certa diffidenza e quasi a solo scopo di curiosità; poichè ero e sono tuttavia convinto che il mezzo radicale e più rapido, generalmente parlando, per curare siffatta malattia è il raschiamento della cavità uterina, del quale sono divenuto fautore per i continui e felici risultamenti che ne ho sempre avuti nei molti casi da me operati.

Ma ben presto gli effetti curativi dell'applicazione del nuovo metodo scossero la mia diffidenza e si manifestarono superiori alla mia aspettativa. Anzi in varie inferme pusillanimità e troppo riluttanti ad ogni altro intervento operativo, finii per giovarmi unicamente dell'applicazione del metodo elettrolitico. E questo riuscì perfettamente allo scopo, sicchè potei vedere che esso trovava altresì la sua indicazione nei singoli soggetti, che dopo aver tentato invano altri mezzi, si erano recisamente rifiutate alla innocua operazione del raschiamento.

Non è però che io voglia affermare che la pusillanimità e la riluttanza delle inferme ad una operazione somigliante, tanto benigna e sicura nel risultato finale, debbano costituire una ragione sufficiente per contrapporre ad essa un altro metodo di cura che, convien dirlo, non ancora ha acquistato una larga base nella pratica ginecologica.

Intendo solo di dimostrare che l'applicazione alla cura dell'endometrite di un metodo nuovo come il galvanico, può giungere a trovare la sua indicazione un po' più netta e precisa.

Quindi, sebbene io non intenda elevare il trattamento elettrico a metodo assoluto di cura delle varie forme di endometrite, ma tenga piuttosto a considerarlo come un ottimo mezzo coadiuvante la chirurgia; tuttavia la esperienza che ne ho fatta in alcuni casi speciali, incontrati nella mia pratica, mi danno l'opportunità di formulare qualche giudizio sulla necessità di preferire talvolta il metodo elettrico, e nell'istesso tempo mi porgono la gradita occasione di richiamare l'attenzione delle S. V. su di alcuni fatti da me raccolti e su le considerazioni che ne derivano.

Secondo le mie osservazioni, i casi propriamente ne' quali il metodo dell'Apostoli potrebbe trovare la sua vera indicazione, sarebbero quelli in cui l'endometrite emorragica è in complicità di processi infiammatorii degli annessi, da cui derivino disturbi isterici di varia forma, insieme ad un esaurimento generale ed estremo deterioramento delle forze. Beninteso però che la infiammazione degli annessi non consista in una forma suppurativa, perchè allora il metodo elettrico è controindicato; nè l'alterazione degli annessi medesimi sia tale, per cui si renda necessaria l'operazione della salpingo-ooforectomia.

La ragione adunque, per la quale io credo che convenga preferire e sperimentare il trattamento elettrico ne' casi somiglianti a quelli che accennerò fra breve, consiste appunto in ciò che in essi non è attuabile veruna cura locale, perchè oltre a riuscire dolorosa, eccita facilmente una crisi isterica. E se, pur cloroformizzata l'inferma, si volesse anche ricorrere all'operazione del raschiamento, questo nelle accennate condizioni, non agendo col meccanismo complessivo con cui agisce la elettricità, non potrà indurre, come farebbe sull'endometrio, una notevole modificazione nei processi infiammatorii degli annessi, donde principalmente derivano i disturbi isterici.

È poichè gli effetti curativi della galvano-chimica intrauterina in questi casi si avverano per un'azione e meccanismo complessi, così è dovere del ginecologo di ponderar bene e giudicare con prudenza in quali inferme convenga adoperare tal metodo ed in quali preferirlo anche alle operazioni cruenti. La guarigione infatti si ottiene. 1.^o per la progressiva cauterizzazione galvano-chimica intrauterina, che conduce alla esfoliazione dell'endometrio, e quindi alla sua consecutiva rigenerazione, come succede dopo il raschiamento; 2.^o per l'attivato

riassorbimento degli essudati interstiziali delle pareti dell'utero, e principalmente di quelli periuterini e perisalpingo-ovarici; 3.^o per gli effetti sedativi che il passaggio della corrente galvanica induce in tutto l'ambito della sfera genitale dolente per cronica infiammazione; 4.^o per l'azione interpolare e trofica della corrente continua, che rapidamente produce la restaurazione delle forze delle inferme, indipendentemente dalla cessazione delle emorragie.

Cosicchè migliorati o definitivamente guariti mercè il galvanismo intrauterino i processi infiammatorii, che in certi casi costituiscono proprio la zona eccitomotrice dell'isterismo, ne viene per conseguenza che tutti gli accessi e le forme convulsive che ne dipendono, devono per necessità esaurirsi e l'inferma guarire.

Ed ora ecco la storia di alcuni casi che io curai solamente col metodo elettrico dell'Apostoli, su la cui tecnica, a tutti nota e da me in altro lavoro ampiamente esposta, non debbo qui trattenermi (1).

In un 1.^o caso si trattava della Signora G. A. di Firenze, domiciliata in Napoli, di anni 26, maritata da 7 anni, la quale aveva avuto 3 parti ed un aborto.

La Signora narrava che le sue regole per lo passato, sebbene abbondanti, non duravano che da 3 a 4 giorni. Da un anno e mezzo poi queste, oltre di essere divenute assai più abbondanti, duravano 8 giorni e qualche volta perfino 15 giorni consecutivi. Dopo la cessazione di ciascun periodo mestruale, sopraggiungeva abbondante leucorrea.

Oltre a ciò ella si lagnava di forti dolori sacro lombari e dolori al basso ventre, principalmente a sinistra, i quali si esacerbavano dopo qualunque movimento e la più lieve fatica corporale, come passeggiate, faccende domestiche ecc. A tutto questo poi si aggiungeva una ostinata inappetenza, dolori di testa, vertigini, convulsioni isteriche più o meno intense e di varia durata, le quali erano giunte al punto da ripetersi 5 a 6 volte al giorno. Questi accessi isterici che si presentavano sotto forme diverse, e qualche volta incominciavano con un senso di oppressione e mancanza di vita, e si risolvevano in pianto, erano divenuti così frequenti e molesti, che non permettevano più alla inferma di uscire di casa sua se non in compagnia di altra persona. Ella perciò era molto inquieta e disperava di guarire, tanto più che sotto la direzione del valoroso Dott. Jappelli, aveva invano esauriti tutti i mezzi curativi che la Medicina moderna consiglia in simili inferme.

Quando nel Novembre del '92 la Signora venne affidata alle mie cure, notai subito che le turbe nervose erano intimamente collegate a malattie degli

(1) La Elettrolisi nella cura de' miofibrismi dell'utero secondo il metodo dello Apostoli con 7 Osservazioni cliniche del Dott. F. Canalis (Giorn. Internaz. delle Scienze Mediche - Anno XIV).

organi genitali, anzi fin dalla prima esplorazione diagnostica, rilevai che il punto *oculomotorio* risiedeva precisamente negli annessi di sinistra. Infatti l'inferma, oltre le note di *metrite ed endometrite cronica del corpo e del collo, con erosioni papillari sulla porzione vaginale*, mostrava altresì le note caratteristiche di una *cronica salpingo-ovarite sinistra con peri-ovario-salpingite* dello stesso lato.

Nell'intraprendere un trattamento locale ginecologico, in sulle prime feci ricorso a medicazioni blande, solventi e calmanti insieme; e principalmente adoperai l'ittolo e glicerina, sia direttamente nel cavo uterino e sia in tamponi di ovatta idrofila, che applicavo nei fornici vaginali.

Ma tutti questi tentativi riuscivano infruttuosi a calmare le sofferenze dell'inferma; e non alcun vantaggio ma invece le producevano danno; giacché bastava la semplice esplorazione digitale e la introduzione dello *speculum* per eccitare una delle sue solite crisi nervose.

Allora, come unica risorsa, non presentando il caso termini precisi per l'indicazione di qualsiasi operazione cruenta, venni nella decisione di adoperare la galvano-chimica intrauterina, secondo il metodo dell'Apostoli, facendo sì che il polo *attivo* intrauterino (la sonda di platino) funzionasse da *polo positivo*, per ottenere l'azione emostatica, mentre il *negativo*, fatta dalla placca di argilla sull'addome, rimaneva *inerte*.

Il risultato fu sorprendente. Fin dalla prima seduta si notò il benefico influsso del passaggio della corrente. Anzi, avendo in primo tempo la semplice manovra dell'applicazione dello *speculum* e dell'introduzione della sonda di platino nell'utero, eccitata subito una crisi isterica, questa scomparve immediatamente con l'ulteriore passaggio della corrente, la cui intensità in questa seduta oscillò tra i 45-65 *milliampères*, per la durata di 5 minuti con grandissima tolleranza dell'inferma.

Naturalmente in seguito, 2 a 3 volte per settimana, continuai il medesimo trattamento elettrico. Dopo la 3.^a e la 4.^a seduta notammo col suddetto Dott. Ja p p e l l i con grande nostra meraviglia e dell'inferma, che tutte le manovre che precedevano il passaggio della corrente, non solo non eccitavano più il minimo dolore ed il più lieve disturbo nervoso, ma tutti quei piccoli accessi isterici residui, che durante gli stessi primi giorni della cura solevano ancora riapparire, si erano già del tutto dileguati.

Cosicché dopo non più che 12 applicazioni galvaniche, della intensità di 45-70 *milliampères*, fatte con intervalli variabili, nel giro di due mesi e mezzo, la inferma era perfettamente guarita. Le perdite sanguigne durante le sue regole erano molto diminuite. I dolori nella regione degli annessi di sinistra e quelli sacro-lombari erano interamente spariti. Mai più si verificarono convulsioni e accessi isterici di qualsiasi forma; e non più senti la necessità di farsi accompagnare. Riacquistò l'appetito e divenne forte e resistente al cammino.

E a notarsi in questo caso, che dopo la 9.^a seduta, avendo la inferma dovuto sospendere per lungo tempo le applicazioni elettriche, i disturbi nervosi ricominciarono a far capolino; ma ripresa la cura, svanirono per non più ricomparire. Infatti ora, dopo un anno, la Signora gode un perfetto e florido stato di salute.

In un 2.^o caso, si trattava della Signora E. B. di Marzano Appio, domi-

ciata in Sessa Aurunca, di anni 30, maritata da 14 anni. Ebbe 7 aborti in 5.^o e 6.^o mese, e 6 parti, dei quali uno espletato col forcipe.

Fin dall'84, dopo l'ultimo parto, l'inferma diceva di soffrire dolore al basso ventre ed al sacro; durante le regole abbondanti perdite sanguigne, che da più di un anno si ripetevano anche per 2 a 3 volte nel mese, seguendo ad esse copiosa leucorrea.

Tali sofferenze erano accompagnate da frequenti accessi convulsivi isterici; da dolori di testa ed allo stomaco insieme con una continua irritabilità nervosa. E poi mancanza di appetito e debolezza generale notevolissima; frequente bisogno di urinare e forte coprostasi.

Nel Novembre del 92 la Signora si presentava a me, facendo reiterate premure, affinché la curassi col raschiamento dell'utero, siccome avevo precedentemente fatto con una sua amica, che me la inviava. Dopo averla esplorata formulai la seguente diagnosi: — *Endometrite cronica emorragica; utero retroverso, spostato verso sinistra e fissato da aderenze. Lacerazione del collo a sinistra. Parametrite cronica sinistra. Vaginismo.*

Come si scorge di leggieri nell'accennata diagnosi, il raschiamento solo certo non sarebbe stato sufficiente a guarire l'inferma di tutti i suoi disturbi, tanto più che si presentava subito alla mente anche l'operazione di Emmet, indicata a restaurare il collo ed a regolarizzare la cicatrice che si approfondiva nel parametrio di sinistra, da cui indubbiamente avevano origine i fatti flogistici e quindi i nervosi.

Giò non di meno, incoraggiato dal precedente risultato, scartai ogni operazione, e ricorsi anche in questo caso alla cura elettrica dell'Apostoli. Ed il risultato fu oltre ogni credere favorevolissimo. Dopo la 4.^a applicazione l'inferma avvertiva già un miglioramento sorprendente. I dolori al basso ventre ed i sacrali andavano sparendo di giorno in giorno. Ritornava l'appetito, e riacquistava la forza e la sveltezza nel cammino, mentre prima era ridotta in uno stato notevolissimo, ed appena poteva salir le scale. Durante il mese non vedeva più, come per lo innanzi, ripetersi le forti emorragie. Le perdite bianche erano già spuite. Per tali rapidi vantaggi la Signora volle con insistenza prolungare la nuova cura.

Dal 22 Novembre 1892 fino al 31 Gennaio 1893 aveva già completate 16 sedute elettriche. La intensità di ogni applicazione galvanica positiva intrauterina scivolò da 60 a 85 *milliampères*, della durata di 5 a 6 minuti, molto bene tollerata dall'inferma. La quale divenuta forte e gaia partiva completamente guarita anche di tutti i disturbi nervosi. La sensibilità dolorifica degli annessi di sinistra era sparita; il vaginismo ridotto a minimi termini. Scomparse le metrorragie, le regole riapparivano con periodi normali, e non duravano al di là di 2 a 4 giorni, mentre per lo passato si prolungavano sino a 12 giorni.

Tralascio per brevità la descrizione di vari altri casi quasi simili, non essendo i fatti nervosi così intensi, da presentare la stessa nota predominante di quelli su esposti. Soltanto mi piace di ricordare rapidamente, che nelle inferme affette da endometrite cronica, nelle quali

io ho adoperato il metodo elettrico, ho notato che esso ha prodotto i seguenti fatti caratteristici:

1.^o In tutte le inferme, senza eccezione, si è verificata la restaurazione delle forze, dovuta all'azione interpolare e trofica della corrente continua.

2.^o In quasi tutte, tranne una in cui trattavasi di antica endometrite fungosa, si è avvertita la diminuzione delle perdite sanguigne, ed il ritorno delle regole a periodi normali.

3.^o Nella maggioranza di casi sono diminuiti o quasi cessati i dolori locali ed i riflessi.

4.^o Si è visto attivato il riassorbimento de' piccoli essudati periuterini e perisalpingoovarici. Anzi in un caso di forte endometrite emorragica, l'essudato che vi era in complicità e che circondava la tromba e l'ovario di destra, era giunto alla grandezza di una piccola arancia, e mentiva, per la sua consistenza, un piccolo fibroma, che avesse origine dalla parete laterale destra dell'utero. Questo essudato sparì dopo la 8.^a applicazione elettrica insieme alla profusa emorragia.

5.^o In 2 casi si è avvertita notevole miglìoria nelle salpingiti puramente catarrali.

6.^o In altri 2 casi abbiamo notato l'impicciolimento dell'utero per oltre un centimetro e mezzo, principalmente quando il suo ingrandimento dipendeva da subinvoluzione.

7.^o Le perdite bianche son comparse attenuate, principalmente per l'azione del polo positivo, ma non in tutti i casi cessate.

8.^o Le erosioni profonde del collo hanno subito in qualche caso un miglioramento, non mai una guarigione radicale.

9.^o Nessuna azione poi l'elettricità ha spiegata ne' casi in cui predominava la ipertrofia del collo uterino.

10.^o In tre casi, dopo la cura elettrica, è venuta la gravidanza.

11.^o In conseguenza del metodo non abbiamo avuto il cattivo effetto dell'atresia del canale cervicale, forse per l'abitudine che noi seguiamo dell'*inversione* della corrente.

12.^o In tutti i nostri casi, per ottenere il risultato voluto, non è stato necessario elevare l'intensità della corrente al di là di 85 mill.

13.^o Il numero delle sedute, necessario alla guarigione delle nostre inferme, non è stato maggiore di 16, nè minore di 7.

Sembrandomi i casi sopra esposti degni di considerazione, sarei pago se altri in Italia più frequentemente e con autorità maggiore, volesse sperimentare come sussidio alla chirurgia il metodo elettrico,

oltre che ne' fibromi dell'utero, anche nelle endometriti complicate a processi cronici infiammatori degli annessi, seguiti da varie forme isteriche. Grazie ad una esatta diagnosi precedente, ed alla tecnica perfezionata dal suo inventore, il metodo dell'Apostoli, essendo innocuo e scevro di ogni pericolo, secondo abbiamo altra volta dimostrato (1) potrà pe' suoi risultati acquistare maggiore impulso e più larga diffusione nella terapia ginecologica.

(1) Contribuzione alla cura de' mio-fibromi dell'utero con la elettrolisi secondo il metodo dell'Apostoli per Dott. F. Candia -Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli - Maggio e Giugno 1892).

DOTT. FRANCESCO CANDIA - NAPOLI

La corrente galvanica intrauterina negativa nella amenorrea precoce, e nella dismenorrea (Metodo Apostoli).

L'applicazione della elettricità nella cura dell'amenorrea è abbastanza antica. L'Apostoli però ed i seguaci del suo metodo, han reso possibile di sperimentare più largamente questo mezzo sulla cura di siffatto disturbo della funzione uterina, tanto che oramai può considerarsi che ne sia la terapia più efficace e razionale.

Nei casi da me curati con questo metodo, oltre quelli in cui l'amenorrea era compagna di malattie organiche dell'utero e degli annessi, si trattava di soggetti giovani, donne robuste, di ottima costituzione, in cui non era rilevante una speciale lesione degli organi sessuali, ma solo erano minacciate da uno stato climaterico precoce, con i disturbi che l'accompagnano, avendo avuto già antecedentemente le loro regole sempre normali. In altri termini l'amenorrea in essi non era conseguenza, ma causa di tutti i disturbi nervosi locali e riflessi di cui si lagnavano, tanto da costituire quasi un'ente morboso a sè.

Nella maggior parte di questi casi si notava un certo infiacchimento della funzione utero-ovarica: le inferme o non avevano avuto mai prole, ovvero erano passati parecchi anni dall'unico parto avuto, senza divenire mai più incinte successivamente. Di maniera che, venendo a mancare in essa la funzione gestante della matrice, tutto l'apparecchio utero-ovarico veniva in conseguenza a subire una diminuzione di funzionalità, donde la diminuita vitalità degli organi della generazione.

In somiglianti casi io per lo passato ho prescritto sempre, per far ripristinare in certo modo la funzione uterina, ed ho adoperati gli eccitanti locali più sperimentati affine di aumentare l'afflusso di sangue negli organi genitali torpidi, come per es. le irrigazioni calde a 45° - 50° C., le ripetute applicazioni nel canale cervico-uterino delle lamine asettiche, nonchè le ripetute introduzioni delle sonde di varia grossezza. Ma non sempre il risultato era soddisfacente. Da

che ho messo in pratica il metodo dell'Apostoli in simili congiunture, e la prima volta verso la fine dell'89, ho notato che l'applicazione del polo negativo nel cavo uterino, produceva effetti meravigliosi, grazie alla sua azione congestionante. Per cui, anche dopo poche sedute, nelle donne in cui le regole erano per sparire, queste non solo divenivano più abbondanti, ed il colorito del sangue più rosso; ma cessata l'azione della corrente elettrica, il miglioramento ottenuto, sia locale che generale, continuava a mantenersi per lungo tempo.

Oltre alla funzione ripristinata, o aumentata, in tutti i casi che abbiamo sottoposti al trattamento elettrolitico, abbiamo costantemente notato un certo aumento di volume della matrice, manifestantesi sulla porzione vaginale, la quale, subito dopo la seduta elettrica e successivamente, appariva più ingrandita, di colorito prima rosso-fosco e poi roseo; insomma non sfuggiva all'occhio clinico di osservare anche *in vivo* l'accresciuta vitalità dell'organo in seguito all'azione vivificante dell'elettricità. Non potremo mai dimenticare un caso, in cui oltre esservi un'atresia acquisita del canale cervicale per progressa cauterizzazione, l'utero aveva subita tale una regressione, che era divenuto quasi infantile, e la porzione vaginale del collo di forma tapiroide, sembrava un pezzo di carne inerte: eppure la donna aveva già partorito una volta. Dopo la dilatazione gradata e l'applicazione della corrente elettrica, bisognava vederlo questo organo, che sembrava palpitasse di una vitalità tutta singolare! Ed insieme all'ingrandimento ed al ripristinamento della forma della matrice, sparivano in questo caso come per incanto tutti i fatti dismenorroidici, e il sangue mestruo scarsissimo, veniva più abbondante e di colorito migliore.

Poichè alcuni clinici, non avendo esperienza personale, negano ovvero mettono in dubbio l'applicazione della elettricità in simili rincontri, così ho stimato cosa utile accennare ad alcuni casi da me curati, tanto più che in Italia solamente il Prof. La Torre in Roma ed io in Napoli abbiamo portate delle contribuzioni clinico-terapiche in proposito. Di fatti i nostri casi sono stati curati col metodo elettrolitico quasi contemporaneamente. Solamente l'amico La Torre mi precedeva nella pubblicazione.

In tutti i modi lo scopo di questa mia Comunicazione è di divulgare e di accreditare sempre più l'indicazione della galvano-chimica nell'amenorrea, affinchè i clinici si persuadano che l'applicazione esterna elettrolitica ha un reale valore sull'amenorrea senza alcun

danno, ciò che non offrono i così detti *emmenagoghi*, anche facendo astrazione dai possibili danni collaterali che possono produrre.

In tutte le forme dismenorriche poi l'elettro-chimica negativa intrauterina, quando si fa seguire alla dilatazione meccanica graduata, fatta con le laminarie asettiche, rafforza l'azione prodotta da queste, e mantiene più lungamente stabile la dilatazione del canale cervico-uterino ottenuta da esse precedentemente.

CASUISTICA

I. *Dicembre 89* — C. S. di Pozzuoli, di anni 20; maritata da un anno e mezzo; di ottima costituzione. Dopo il primo anno di matrimonio ha perdute le sue regole, che prima qualche volta erano abbondanti, ma sempre irregolari ed accompagnate da dolori forti. Si lusinga di esser gravida.

Diagnosi — *Amenorrea. Utero infantile.* (La sonda segna meno di 6 centimetri).

Trattamento — Irrigazioni calde a 50.0 C.; applicazione ripetuta della sonda. Consecutivamente si praticano sole 3 applicazioni elettrolitiche negative intrauterine della intensità di 30 *milliampères* (durata 5 min.). Ebbe in principio un po' di miglioria; in seguito non si è avuto più notizia alcuna della inferma.

II. *Maggio 91* — Filomena Lombardi, di Castelposse (Benevento) di anni 38, maritata da 22 anni. Mestruta la 1.^a volta a 15 anni regolarmente, senza dolori fino a 15 anni fa; dopo le mestruazioni sono state sempre dolorose, in seguito a cauterizzazioni intrauterine. Partorito 2 volte; l'ultima 19 anni or sono. Si lagna di dolori fortissimi prima e durante le regole; tali dolori si propagano allo stomaco, al capo, alla gola, ecc. Da 2 anni in qua sofferenze accentuate anche nell'intervallo mestruale; continuo bruciore e dolori al basso ventre. Mestruazioni scarsissime!

Diagnosi — *Dismenorrea uterina (obstructiva). Tendenza all'amenorrea. Stenosi cervico-uterina acquisita.*

Trattamento — Dilatazione mercè le laminarie asettiche. Elettro-caustico-chimica intrauterina negativa. Dal 19 al 29 Maggio 5 applicaz. electr. della intensità di 50-75 mill. (dur. 6-7 min.).

Oltre al beneficio ottenuto dalla dilatazione, l'inferma, dopo la cura elettrica, dice che il bruciore è interamente scomparso; le sue regole sono apparse senza dolore, ed assai più copiose, ciò che la sorprende moltissimo.

III. *Luglio 91* — Signora D. L. di Vallo Lucano, di anni 18, maritata da un anno e mezzo. Ebbe le regole la 1.^a volta a 14 anni, irregolarmente, della durata appena di 2 giorni, scarsissime, con dolori. Nullipara. Si lagna di dolori fortissimi nelle ricorrenze, principalmente 2-3 giorni prima e nel momento che incomincia la sortita del sangue: negli intervalli abbondante

leucorrea. Dolori continui al basso ventre a destra, che si esacerbano dopo qualunque sforzo o cammino a lungo. Disturbi nervosi, fatti isterici, che si accentuano nei mesi in cui le regole sono più scarse. Porzion vaginale conica con piccolo orif. Tumefazione bernoccoluta a cordone, che dal lato destro dell'utero si prolunga verso l'articolazione sacro-iliaca destra.

Diagnosi — *Stenosi cervico-uterina. Retroposizione del corpo dell'utero antiflesso. Salpingo-ovarite destra catarrale.*

Trattamento — Dilatazione graduata. Elettrolisi: 4 sedute, intens. di 25-30 mill. (durata 3-6 min.). Inversione della corrente.

Le mestruazioni si regolarizzano, e vengono senza dolori: in seguito diventano più abbondanti. Sparisce la tumefazione della tromba, e cessano tutti i sintomi dolorosi relativi. Alla fine di Agosto del 94 la Signora parte guarita. Un'anno dopo partorisce felicemente di una bambina.

IV. *Settembre 92* — T. P. di Oetuno, domiciliata in Napoli, di anni 24, maritata da 2 anni. Soffre continui dolori al basso ventre, principalmente a sinistra, che si riacutizzano molto un giorno prima delle regole, le quali sono scarsissime e dolorosissime.

Diagnosi — *Dismenorrea utero-ovarica. Utero piccolo (6 centim.). Endometrite muco-purulenta.*

Trattamento — Dilatazione graduata. Elettro-chimica intrauterina negativa. Dopo 5 sedute, intense da 25-35 mill. (durata 5 min.) le regole son venute senza dolori, più abbondanti, ed il sangue più rosso. In seguito diviene incinta e partorisce nel Gennaio del 94.

V. *Dicembre 93* — Signora T. di anni 40, maritata da 15 anni. Nullipara. Ha sofferto sempre durante le regole dolori, espellendo di tanto in tanto piccoli pezzi di membrana uterina. E migliorata coi bagni di Franzensbad. Ultimamente si lagna di accensioni al volto, capogiri, palpitazioni, disturbi nervosi. Si propone la cura elettrica.

Diagnosi — *Endometrite membranacea. Parametrite cronica posteriore.* Utero irritabile; sopporta pochissimo l'introduzione della sonda.

Trattamento: Verso la fine del 93 ed il principio del 94 si praticano 6 applicazioni elettriche negative: le prime non ben sopportate, perchè raggiungevano l'intensità di 30 mill.; le altre di 15-20 mill. sono meglio tollerate. La mestruazione che era per finire, divenne più abbondante, e dopo si è quasi regolarizzata.

VI. *Marzo 93* — Signora C. M. di Piano di Sorrento, di anni 31, maritata da 10 anni, di robustissima costituzione. Ha partorito una volta 9 anni fa. Mestruazioni sempre regolari ed abbondanti. Da qualche anno in qua diventano sempre più scarse, da durare appena qualche giorno. L'inferma soffre molti disturbi nervosi, ed è preoccupatissima di perdere le sue funzioni da un momento all'altro. Si propone l'elettrolisi.

Diagnosi — *Tendenza all'amenorrea. Dismenorrea. Utero ingrandito (9 centim.).* Dall'11 Marzo 93 al 2 Maggio 94 si fanno 15 applicazioni elettrolitiche negative intrauterine, int. da 30-45 mill. (durata 5-7 min.) benissimo

tollerati. Dopo la 7.^a seduta, la Signora ha avute le sue regole più abbondanti, ed in quantità notevole nel 1.^o giorno: sono durate 3 giorni e mezzo! L'inferma è contentissima, perchè oltre al piacere di vedere le sue regole ritornate abbondanti, non ha sofferto alcun disturbo dolorifico, e nemmeno ha avvertito tutti quei fenomeni nervosi, da cui era molestata precedentemente. In ultimo della cura l'inferma dice che le sue regole sono state ancora più abbondanti, anzi quasi il doppio dell'ultima volta. Nella state del 94 abbiamo riveduta la Signora, la quale affermava di esser guarita, e di non soffrire più alcun disturbo di qualsiasi natura.

In questo caso, in cui non si è praticato prima verun altro trattamento, l'azione curativa della galvano-chimica intrauterina negativa è proprio manifesta.

DISCUSSIONE

Dott. La Torre — Oltre ai fatti comunicati da me al Congresso internazionale di Medicina tenutosi qui a Roma ed ai casi comunicati ora dal *Dott. Candia*, ne aggiungo un altro che dimostra come l'elettricità negativa (metodo Apostoli) intrauterina sia il solo mezzo terapeutico per l'amenorrea.

Il caso è del mio allievo *Dott. Schiavoni*, curato nel mio Istituto. Si tratta d'una ragazza con utero doppio, fu incinta dell'utero destro, sgravò prematuramente e ne seguì amenorrea per superinvoluzione *post partum* dell'utero che durò 6 mesi.

L'applicazione intrauterina dell'elettricità guarì l'amenorrea e la mestruazione si ristabilì.

DOTT. ERMANNO PINZANI

PROFESSORE INCARICATO DELLA DIREZIONE DELLA R. CLINICA OSTETRICA DI BOLOGNA

Quattro casi importanti di laparotomia a scopo ostetrico

Fra i parecchi casi di laparotomia che ho praticato nella Clinica Ostetrico-Ginecologica di Bologna durante i tre anni in cui ho l'onore di esserne Direttore incaricato, scelgo i quattro seguenti, nei quali detta operazione fu eseguita a scopo ostetrico, sempre però dietro indicazioni differenti. La ragione della preferenza sta nell'importanza speciale che offrono, a mio vedere, tali casi, massimamente il primo e l'ultimo.

Caso I. — *Certa* Giuseppina Colombari in Bonori di anni 41, nata e domiciliata a S. Giorgio di Piano (Prov. di Bologna), di professione massaiia entrò in Clinica Ostetrica il 19 ottobre 1892, essendo a termine della sua decima gravidanza ed in travaglio di parto.

Dall'interrogatorio risultò che delle nove gravidanze antecedenti solo la seconda non aveva raggiunto il termine, ma al 3.^o mese si era interrotta spontaneamente, che in quest'aborto si era resa necessaria l'estrazione dell'uovo per emorragia, che le forze naturali erano state sufficienti a compiere gli altri parti, che gli otto figli nati vivi erano stati allattati tutti dalla donna, che nessuna malattia tranne la febbre puerperale che seguì il primo parto, aveva disturbata la sua esistenza, che infine l'alimentazione era stata quasi sempre scarsa e poco nutriente. E venendo alla gravidanza attuale, l'11 febbraio 1892 comparve l'ultima mestruazione, però in maniera più scarsa del solito; nei primi tre mesi la gestante aveva verso sera, a suo dire, la febbre, associata ad inappetenza e nausea; non è dato di precisare l'epoca dei primi moti attivi, i quali cessarono completamente il 16 ottobre; negli ultimi mesi la donna aveva notato varici ed edema agli arti inferiori.

Verso le 9 1/2 pom. del 17 ottobre incominciarono i primi dolori del parto e contemporaneamente si ruppero le membrane. Il 19 in sulla sera vedendo la donna che non ostante quasi due giorni di doglie, il parto non si compiva, decise recarsi in Clinica Ostetrica e vi fu trasportata in vettura. All'esame fatto al momento dell'ingresso si ha di particolare quanto segue: *Ispezione* — Grossa sporgenza sferoidale sul ventre tra l'ombelico e il pube. *Palpazione* — Utero inclinato a destra col fondo all'ipocondrio; forma del viscere ovale con l'estremo più piccolo in alto; l'estremo inferiore molto voluminoso, costituisce la sporgenza notata all'ispezione: parti piccole fetali a sinistra in avanti. *Ascoltazione* — Negativa per rispetto al battito cardiaco. *Esplorazione*

zione — Canal genitale ampio, e molto rammollito; collo dell'utero quasi scomparso; dilatazione dell'orificio di circa 4 cm.; segmento inferiore codevole e sottile; testa molto alta, di un volume esagerato, di consistenza elastica, con una sutura accessibile al dito assai più ampia del normale. All'esame dell'apparecchio circolatorio si riscontra insufficienza della mitrale e leggiera ectasia dell'arco aortico. *Diagnosi* — Gravidanza uterina semplice a termine - Primo periodo del parto - Feto morto, idrocefalico - Presentazione di V. - Posizione ODP.

Appena ammessa la donna, le si pratica, come di consueto, il bagno e le disinfezioni dei genitali. Intanto le contrazioni si fanno più valide, sicchè immediatamente dopo il bagno si trova la dilatazione quasi completa. In tutta fretta si fanno i preparativi per liberare la donna, ma sopraggiunge in questo mentre una contrazione violentissima e si presentano all'improvviso i fenomeni che seguono: Emorragia esterna, a cui tien dietro colosso grave, polso insensibile, faccia ipocratica, respiro frequente e superficiale, innalzamento dell'orificio uterino al disopra del capo, che intanto si è in parte impegnato. Si sospetta di rottura dell'utero e senza indugio si ricorre mediante le forcipi di Smellie alla craniotomia, che cade sulla sutura sagittale in vicinanza della piccola fontanella. Un fiotto abbondante di liquido conferma la diagnosi di idrocefalia. Subito dopo si applica il cranioclaste di Braun, facendo presa sull'occipite e così si estrae rapidamente il capo, a cui tien dietro immantinentemente il resto del corpo fetale. Si esegue tosto il secondamento artificiale e così in 17 minuti si compie il parto. Il travaglio avea durato complessivamente 47 ore.

Mentre si fa l'estrazione della placenta, si sente che un lacero ampio, tanto da lasciar passare la mano, decorre a sinistra longitudinalmente sul segmento inferiore, sul collo e sul fornice vaginale. Subito dopo il secondamento rintrodotto la mano, numerosi grumi vi cadono sopra dai bordi del lacero, per cui essa viene tenuta in posto per frenare colla compressione la grave emorragia. La donna è agli estremi, si fanno iniezioni ipodermiche di etere, si applicano lunghe pinze emostatiche sui margini della rottura, si tenta il tamponamento di questa con garza iodoformata, ma tutto inutilmente; onde senza frapporre tempo in mezzo decido di praticare la laparotomia per ovviare alla perdita sanguigna, che ormai avea ridotto in fin di vita la paziente.

Prese quelle precauzioni che le circostanze permettevano, fatto a meno della cloronarosi stante le condizioni gravi della donna, taglio la parete del ventre dall'ombelico fino a due dita trasverse al disopra del pube. All'apertura della cavità addominale si trova in essa un po' di liquido libero sierosanguinolento, che viene prosciugato con garza; il peritoneo viscerale è affatto integro e gli organi contenuti fortemente pallidi. L'utero abbastanza contratto, è cacciato in alto e a destra, mentre si scorge un grosso ematoma nella spesszza del legamento largo sinistro. Getto allora un laccio elastico attorno alla porzione sopravvaginale dell'utero quanto più in basso è possibile, nel fondo della piega cisto-uterina, ed amputo il viscere circa 4 cm. al disopra del laccio. Sebbene buona parte dell'inserzione dei legamenti larghi sull'utero sia stata compresa nell'allacciatura, l'emorragia diminuisce ma non cessa del tutto. Con catgut N. 4 montati su grossi aghi curvi passo dei lacci sulla base del legamento largo sinistro, dalla parete pelvica fino contro al collo uterino: allora

l'emorragia cessa affatto. Si fa il trattamento extraperitoneale del peduncolo, si fissa con qualche punto di catgut a destra ed indietro il peritoneo parietale al moncone al disotto dell'allacciatura, mentre a sinistra in corrispondenza dell'ematoma, anzi fino a contatto colla sua parete si affonda un tampone alla Mikuliez, si sutura quindi la ferita addominale a due piani, il primo (sutura continua al catgut N. 2) comprende il peritoneo e l'aponeurosi della linea alba, il secondo (sutura a punti staccati con seta N. 2) il cellulare sottocutaneo e la pelle.

Si circonda il peduncolo con striscie di garza iodoformata, lo si cauterizza con soluzione di cloruro di zinco al 50 0/0 e lo si spolvera con miscela di iodoformio e tannino (1:5), dopo di che si fa la medicatura per occlusione.

Si lasciano in posto le pinze emostatiche applicate sui margini del lacero dal lato della vagina, e per questa via si pongono nuovamente striscie di garza all'iodoformio in quella parte della rottura che è rimasta dopo l'amputazione dell'utero e finalmente si tampona il canal cervicale e la vagina sempre con garza iodoformata. Tutta l'operazione dura 18 minuti, e sebbene la donna sia desta e sempre cosciente, mostra un'insensibilità assoluta. Dopo l'atto operatorio la pelle è fredda, il polso alla radiale insensibile, il respiro superficiale, la temperatura 36.° 9. Si riscalda artificialmente la donna, si fa un'iniezione ipodermica di 30 centigr. di caffeina, si pratica l'autotrasfusione col bendaggio elastico degli arti, si somministrano eccitanti per bocca.

Il feto era di sesso femminile: il suo peso senza cervello era di gr. 2670, era lungo cm. 51, di cui cm. 27 correavano dal vertice all'ombelico e cm. 24 da questo ai calcagni. La testa era enorme e non ostante fosse stata perforata, offriva le seguenti dimensioni: Diametro occipito-frontale cm. 17, occipito-mentoniero cm. 17, sottooccipito-bregmatico cm. 15, mento-frontale cm. 9 1/2, trachelobregmatico cm. 15, biparietale cm. 16, bitemporale cm. 14, bimastoideo cm. 11. Le dimensioni delle spalle e della pelvi fetale erano normali. Cordone ombelicale lungo cm. 66; peso delle secondine gr. 580. Placenta a forma di rene con un polo più grosso in cui era inserito il cordone; cotiledoni poco pronunciati, fiocchetti fibrinosi miliari sulla loro superficie.

All'esame dell'organo amputato si vede sul margine sinistro dell'utero l'estremo superiore del lacero: le ovaie e le trombe sono state completamente asportate.

Poche ore dopo l'operazione la paziente è disturbata da nausea e da conati di vomito, il meteorismo è intenso. Il giorno dopo il tampone vaginale apparendo imbrattato di sangue nericcio, viene estratto e dopo una lavanda vaginale all'acido salicilico viene riapplicato. Nella prima giornata post-operatoria la temperatura oscilla tra 36.° 5 e 37.°, le pulsazioni tra le 80 e le 90 (il polso è sensibile, ma vuoto) le respirazioni tra le 20 e le 22. Trentasei ore dopo l'operazione, siccome la medicatura addominale è imbrattata di un liquame scuro e fetido, viene rinnovata previa lavatura del peduncolo. Si estrae pure la garza che era stata posta in vagina, nel canal cervicale e tra le labbra del lacero, perchè sporco, si tolgono le pinze emostatiche lasciate in sito sui bordi della rottura e si fanno abbondanti lavande vaginali all'acido salicilico. Nella seconda giornata la temperatura varia tra 36.° 5 e 37.° 2, le pulsazioni tra 90 e 96, i respiri tra 22 e 24. L'urina viene cavata colla siringa; essa è in quan-

tà scarsa, ma di composizione normale. Le condizioni generali della donna vanno in seguito migliorando, dalla vagina però incomincia a fluire un liquido scarso, sanguinolento, scuriccio e un po' fetido: per cui si fanno frequenti irrigazioni vaginali ora all'acido bórico, ora all'acido salicilico: detto scolo presto scompare. In settima giornata si estrae completamente il tampono alla Mikulicz. In 14.^a giornata il moncone uterino cade: esso è mummificato e presenta al lato sinistro uno spazio, che corre per tutta la sua lunghezza. La sutura addominale ha attecchito ovunque, tranne che in un punto in vicinanza del peduncolo. Un mese dopo l'operazione la cicatrizzazione è completa tanto dalla parte della vagina, quanto da quella delle pareti addominali. Durante la convalescenza post-operatoria si ebbe però una complicanza che mise in serio pericolo la vita della paziente.

In nona giornata incomincia un dolore puntorio alla base del torace destro con dispnea (36 respiri al minuto) e aumento nel numero delle pulsazioni (120) ed elevazione della temperatura (fino a 39.), senza però brivido.

All'esame si riscontrano segni di pleurite essudativa a destra con limitato focolaio pneumonico alla base. Nei giorni successivi la febbre continuò con remissioni mattutine da prima, con vere intermissioni di poi: la dispnea si fece permanente ed il polso colla sua frequenza, piccolezza ed intermittenza accennava al pericolo della paralisi cardiaca.

Si fa intanto una cura eccitante e il 27.^o giorno dall'operazione si pratica la toracentesi estraendosi 200 gr. di liquido torbido, di color giallo aranciato con fiocchi di fibrina e con abbondanti leucociti all'esame microscopico. Dopo ciò si ha un sensibile miglioramento nelle condizioni generali, e la guarigione completa non tarda molto a verificarsi, per cui il 25 gennaio la donna lascia l'Ospedale in perfetta salute. Ho rivista di poi la operata parecchie volte, ed oggi pure essa sta benissimo.

Nulla di strano presenta il nostro caso per rispetto all'etiologia delle rotture spontanee dell'utero in travaglio: di fatti la Colombari era Xpara e sappiamo che la pluriparità predispone a questo accidente; ciò ripetono unanimemente gli autori, ciò risulta da tutte le statistiche (su 230 casi di rottura dell'utero, secondo Merz, registrati nella letteratura dal 1870 al 1892, 197 sono certamente pluripare). Come pure sappiamo per consenso unanime che l'idrocefalia frequentemente è causa della lacerazione uterina (18 volte sui 230 casi raccolti da Merz). Ed anche per rispetto al meccanismo delle rotture dell'utero il caso testè riferito conferma pienamente le vedute di Bandler in proposito.

E veniamo alla cura. Forse parrà strano ad alcuno che io qui sia ricorso alla laparotomia ed all'amputazione dell'utero: però sono convinto che se non avessi applicato tal genere di cura, la donna sarebbe inevitabilmente morta. Di fatti se prendendo in esame la statistica

di Merz, guardiamo qual'è il metodo di cura che nelle rotture incomplete abbia fornito i migliori risultati, troviamo che in prima linea figura quello inaugurato nel 1874 da C. Braun e da Chiara, vale a dire il drenaggio il quale su 7 casi di rottura incompleta ha dato 6 guarigioni (85,71%). Ma nella nostra donna dove l'emorragia costituiva un pericolo imminente, quale vantaggio si sarebbe avuto dal drenaggio? Una cura che poteva sembrar razionale ed utile in questo caso poteva essere il tamponamento con garza iodoformata, il quale secondo la detta statistica ha dato però solo 3 guarigioni su 10 rotture incomplete (30%). Ma che fiducia si poteva avere nel tamponamento, quando fu tentato e nonostante l'emorragia non cessò, e nell'aspettazione la donna correva gravissimo pericolo? Scrive Piskacek: « Unicamente allora ricorreremo alla laparotomia, quando con *positiva sicurezza* è certo un esito letale senza laparotomia e quando quest'ultima deve riguardarsi solo come un'indicazione vitale ». E così pure Fehling ci insegna in proposito che è un errore chirurgico abbandonare una ferita lacera al pericolo dell'emorragia e della sepsi invece di ricercarla e di provvedere con esattezza alla perdita sanguigna.

Ecco la ragione per cui praticai la laparotomia, tanto più che oggigiorno essa rappresenta uno dei metodi di cura che nelle rotture dell'utero dà i migliori risultati (36,1% di guarigione nella statistica di Schaffer; 39,2% in quella di Piskacek; 46,2% in quella di Leopold; 48,1% in quella di Merz).

Dirò ora perchè ricorsi all'amputazione sopravaginale dell'utero. Quest'atto operatorio nelle lacerazioni uterine, come ognuno sa, non è nuovo, esso fu già suggerito da Blundell fin dal 1823 e indicato da Porro nel 1875 e fu formalmente proposto da Alessandrini nel 1879, quando però nel 1878 Prévôt l'aveva già praticato per la prima volta, donde il nome di operazione di Prévôt datogli da Coe.

Parecchie ragioni m'indussero ad eseguire l'isterectomia sopravaginale: 1.^o Essendo la rottura incompleta, non potevasi ovviare alla emorragia colla sutura della ferita utero-vaginale proposta da Black e Schröder, nè con altro mezzo; 2.^o L'applicare, come feci, allacciature sul legamento largo sinistro, l'afferrare con pinze emostatiche i margini del lacero, il tamponare il canal cervicale, la sede della rottura e la vagina, l'affondare a sinistra nella cavità pelvica un tampono alla Mikulicz, tutti questi mezzi certamente non sarebbero riusciti a frenare completamente e permanentemente l'emorragia in quella donna già esangue, se ad essi non si aggiungeva la compressione del lega-

menti larghi e dell'utero fatta dal laccio elastico costrittore; 3.^o Sopprimendo il corpo dell'utero, si toglieva di mezzo non solo il pericolo di qualunque possibile emorragia per inerzia, ma anche lo scolo sanguigno lochiaie, che avrebbe certamente peggiorato assai lo stato della donna già esausta dalla perdita precedente; 4.^o Le membrane essendosi rotte nei primi dolori del parto, ossia circa due giorni prima dell'operazione ed il feto essendo morto avanti il travaglio, si avevano in ciò condizioni poco favorevoli per l'asepsi uterina; 5.^o Infine coll'amputazione sopravaginale, praticata quanto più in basso era possibile, si veniva in qualche maniera a diminuire l'estensione del lacero, rimanendo una parte di questo sulla porzione dell'utero amputata, una parte sul moncone al disopra del laccio elastico e quindi fuori dal peritoneo, mentre le labbra della rottura nel tratto sottoposto erano mantenute a contatto sia per la costrizione del laccio, sia per lo stiramento in alto del peduncolo.

E d'altra parte si consideri che lasciando l'utero in posto, si esponeva la donna al pericolo, accertato ormai dall'esperienza clinica, di una nuova lacerazione uterina nel caso di una gravidanza e di un parto successivo, e che avendo la donna 41 anni, l'amputazione uterina non apportava un grave danno sociale. Certamente in questo caso sarebbe stato più logico fare l'isterectomia totale, ma si pensi che le condizioni della paziente non permettevano un'operazione lunga e indaginosa come questa. È vero che l'amputazione sopravaginale nella rottura dell'utero gravido ha quasi sempre il grave inconveniente di lasciare in posto tutta la ferita o buona parte di essa, poichè nella grande maggioranza dei casi tali lacerazioni hanno sede sul segmento inferiore, tanto che C. Braun sopra 37 non ne ha mai vista una sul fondo. Ma è pur vero che non ostante ciò le statistiche dimostrano i buoni risultati di quest'atto operatorio in casi di rottura uterina. Di fatti Merz ci riferisce in proposito che su 16 lacerazioni della matrice, 15 complete ed 1 incompleta (fino a quasi tutto il 1892), si ebbero 9 guarigioni (56.25%), risultato molto migliore di quello ottenuto colla laparotomia e conservazione del viscere (su 39 casi 18 guarigioni, 46.15%). Però bisogna confessare che la statistica di Merz non è completa: ho cercato anch'io nella letteratura i casi di lacerazione dell'utero curati coll'amputazione utero-ovarica e sebbene sia costretto trascurarne alcuni, perchè di essi non ho ancora notizie precise, pure posso registrar: fino al novembre 1892, 47 di tali casi compreso il mio. Su questi si sono avute 19 guarigioni (40.30%); ma bisogna notare che

i primi casi furono quasi tutti seguiti da morte, mentre negli ultimi spesseggia invece sempre più l'esito fortunato e tanto più quanto maggiormente discendiamo negli anni. Ed invero se prendo in esame solo quei casi che appartengono al decennio dal novembre 1882 a tutto ottobre 1892, trovo che su 41 operate si ebbero 18 guarigioni (53.84%). E se invece porto l'osservazione solo sui casi avutisi dal novembre 1888 al novembre 1892, debbo registrare 28 casi con ben 15 esiti felici (53.57%).

Non intendo con questo di voler vedere generalizzata a tutti i casi di rottura uterina l'amputazione utero-ovarica, ma voglio dimostrare solo che questa non deve essere bandita dalla pratica, anzi non di rado deve trovare le sue indicazioni in casi speciali, tra cui, come nel nostro, l'emorragia infrenabile e la incertezza sulla asepsi dell'utero; poco importa che la lacerazione sia o no incompleta.

Per le ragioni che mi obbligarono all'isterectomia sopravaginale e che ho più sopra indicate, si doveva qui fare il trattamento esterno del peduncolo, come in realtà praticai.

Caso II. — L'8 novembre 1892 fu accolta in Clinica Ostetrica di Bologna Rubini Amalia maritata in Bertocchi, di 25 anni, Ip. 12, nata a Casandolo, domiciliata ad Argenta (Provincia di Ferrara), di professione contadina.

Nulla di speciale per rispetto al gentilizio; rachitide nell'infanzia, per cui la donna potè muovere i primi passi solo a 4 anni; tranne di questa nessuna altra malattia; funzione mestruale iniziata a 18 anni e sempre normale; gravi fatiche in tutte le età. Ultima mestruazione regolare ai 3 di gennaio; primi moti fetali in principio di maggio; nessuna complicanza durante la gestazione. Il 6 novembre alle 10 pom., essendo la donna a termine, comparvero i primi dolori del parto, che da prima leggeri, si fecero poi più intensi e alla mattina del 7 erano divenuti violenti. La levatrice chiamata trovò il collo dell'utero ancora formato, presentazione del vertice e vizio pelvico grave, per cui mandò pel medico dopo aver rotte le membrane a dilatazione appena iniziata (ore 3 pom. del 7). A mezzogiorno dell'8, quando giunse il medico, questi, trovata una dilatazione nell'orificio uterino poco progredita, richiese l'aiuto di un collega. All'arrivo di questi, essendo, (pare) la dilatazione sufficiente, si tentò il rivolgimento podalico interno; per primo fu abbassato l'arto inferiore destro, successivamente l'arto superiore sinistro e ambiato con la gamba omonima, furono praticate violente trazioni sulla mano e sul piede e dopo un'ora e mezza di tentativi fatti inutilmente, si ricorse ripetutamente all'applicazione del forcipe sul capo, ma anche con questo mezzo non si riuscì a completare il parto. Fu allora, ed erano le 6 pom. del giorno 8, che i medici decisero il trasporto della donna alla Clinica Ostetrica, il quale trasporto fu fatto in barella dalla casa della paziente fino alla stazione del Tragheto, in ferrovia da questa a Bologna, sulle braccia di un facchino dalla stazione di Bologna

alla Clinica. Quivi la donna giunse verso le 9 pom. dopo aver percorso complessivamente circa 40 chilometri. Al momento dell'arrivo ella è estremamente abbattuta, ha 126 pulsazioni, 36 respiri e 38,0 5 di temperatura.

All'esame si riscontra: Statura bassa, tracce di rachitismo su tutto lo scheletro: stato di nutrizione deficiente: mammelle floscie: utero a forma di budello, inclinato un po' a destra e permanentemente contratto per cui col palpamento non si riesce a riconoscere la situazione del feto: fondo del viscere sotto l'ipocondrio destro: assenza di ogni battito cardiaco fetale: perineo spaccato fino al retto e cangrenato: vulva gonfia, arrossata e con escare necrotiche in alcuni punti: mano sinistra e piede destro del feto alla vulva: vagina ovunque frastagliata massimamente a destra: rottura della parete anteriore di essa comprendente anche tutta l'uretra all'infuori del meato urinario: dilatazione completa dell'orificio uterino: testa fetale molto alta, al disopra dello stretto superiore e deviata un po' a destra: liquido sanguinolento, scuro e fetido scolorito dai genitali.

Dalla pelvimetria risulta: Fra le spine cm. 23, fra le creste cm. 25, diametri obliqui esterni cm. 24, coniugata esterna cm. 17, coniugata diagonale cm. 8 1/4, coniugata vera cm. 6 3/4.

Dietro i fatti surriferiti decido di eseguire il taglio cesareo col metodo Porro. Fatti gli opportuni preparativi (non è possibile di siringare la donna per lo stato dell'uretra) alle 12 1/2 ant. del 9 incomincio l'operazione, incidendo la parete addominale da un centimetro e mezzo al disopra del pube sino a 4 cm. circa al disopra dell'ombelico. Piccola quantità di liquido sanguinolento nella cavità addominale; taglio mediano dell'utero lungo circa 15 cm.; uscita di gas fetidi dalla cavità del viscere; feto col dorso contro l'incisione; uncinamento dell'inguine sinistro ed estrazione rapidissima del bambino; utero ben contratto; pochissima emorragia; estrazione facile delle secondine; applicazione del laccio a doppio giro attorno all'utero sotto le appendici uterine e immediatamente al disopra della piega utero-vescicale; amputazione del viscere due dita sopra il laccio; sutura col catgut N. 2 del peritoneo parietale al moncone tranne che a destra, ove s'introduce un drenaggio di garza iodoformata (poiché la testa deviata verso destra aveva a lungo e fortemente compresso il segmento inferiore dell'utero da questo lato, e perché a destra la vagina era molto maltrattata). Due piani sutura della ferita addominale, il primo al catgut N. 2 comprendente il peritoneo, il secondo alla seta N. 2 comprendente i muscoli, l'aponevrosi, il tessuto connettivo sottocutaneo e la pelle; tannizzazione del peduncolo (tannino 5, iodoforme 1); medicatura per occlusione; lavanda vaginale antisettica; garza iodoformata alla vulva. Lunghezza totale del travaglio ore 51. L'operazione dura 40 minuti; per la cloromarcosi della donna occorrono soli 10 gr. di cloroformio: durante l'atto operatorio si fa un'iniezione sottocutanea di etere. Al ridestarsi la paziente è migliorata, ha 37° di temperatura e 104 pulsazioni. Il feto di sesso maschile, in incipiente putrefazione, pesa gr. 3570 ed ha le dimensioni di un feto a termine.

Nei primi 9 giorni dall'operazione le cose procedono abbastanza bene: la temperatura che nel 3° giorno raggiunge 39° 6 e nel 4° 39° 7, va in seguito pian piano diminuendo, tanto che alla 9ª giornata oscilla tra 37° 3 e 38° 2, e del pari le pulsazioni da 124 discendono fino a 102. Al 3° giorno insorge diarrea

che va da prima aumentando, ma dietro somministrazione di astringenti scema alquanto. La vulva pure, che nei primi tempi si era gonfiata di più ed era diventata più dolente che al momento del parto, migliora in seguito coll'applicazione di impacchi all'acido borico. Dalla vagina esce da prima un liquido fetentissimo per cui si fanno lavande vaginali ogni tre ore o all'acido borico o all'acido salicilico; in 7ª giornata cominciano a staccarsi brandelli di tessuto necrosato. Dalla 4ª all'8ª giornata le pareti vaginali sono sì gonfie, che non compendosi più il drenaggio naturale, si devono introdurre strisce di garza iodoformata. Il bruciore alla vulva nei primi giorni disturba tanto la paziente che le toglie il sonno. Le orine ora vengono emesse volontariamente, ora sono perdute. In 9ª giornata si toglie il drenaggio posto al lato destro del moncone uterino; il ventre è appianato e indolente: si tolgono i punti della sutura addominale; la cicatrizzazione è completa ovunque, tranne che in vicinanza del peduncolo. Alla 10ª giornata si nota un brusco rialzo della temperatura (39° 5) però senza brivido, e sulla vulva si osservano alcune placche disteriche, che vengono cauterizzate. Di poi la temperatura si abbassa: la diarrea va sempre diminuendo; seguita il distacco di tessuto necrotico dalla vagina. In 12ª giornata cade spontaneamente il peduncolo.

Tutto sembra andare per il meglio, quando in 13ª giornata compare un forte brivido che si ripete nei giorni successivi anche ad intervalli ravvicinati. Contemporaneamente si manifestano dolori alle ossa ovunque e al basso ventre: singhiozzo. In 15ª giornata nel fare la medicatura si trova un ascesso nella fossa iliaca destra, che si apre all'esterno per un distacco situato a destra tra il peduncolo e la parete addominale e si continua in alto con un tramite superficialissimo fino all'estremo inferiore della sutura addominale. S'incide questo tramite sopra una sonda introdotta in esso, si passa un tubo di gomma attraverso il canal cervicale fino in vagina e si fa il drenaggio della cavità ascessuale con garza iodoformata. Contemporaneamente insorgono dolori acutissimi al dito piccolo del piede destro, dove di poi si manifesta un ascesso. In 17ª giornata appaiono altri ascessi alle braccia e dalle mani. Il ventre intanto si fa tumido, poco pus geme dalla cavità ascessuale dell'addome, il polso si rende frequentissimo e filiforme, sopraggiunge il delirio e alle 12,30 ant. del 28 novembre, ossia al principio della 20ª giornata dopo l'operazione, la donna muore.

Necropsia. — *Cavità toracica* — Un po' di pus bagna la superficie della pleura sinistra; ascessi piccoli e numerosi alla base di tutti e due i polmoni. — *Cavità addominale* — Peritoneo normale ovunque eccetto che nella metà destra del bacino, dove si raccoglie del pus e dove il peritoneo parietale è arrossato e presenta aderenze colle anse intestinali; peduncolo distaccato dalla parete addominale verso destra; attraverso questo distacco passano strisce di garza di cui una parte si caccia tra le anse intestinali, una parte tra il peritoneo parietale e la parete addominale a destra del peduncolo. La vescica è normale e per un orificio esistente al disotto del suo collo si apre in vagina. La parete vaginale anteriore e laterale destra sono granulanti, i fornici integri. La porzione vaginale del collo è trilobata, largamente aperta e presenta una lunghezza di 1/2 cm. L'amputazione dell'utero è avvenuta in corrispondenza della porzione sopravaginale del collo. Fegato grasso. Milza grossa con capsula raggrinzata. Reni grossi e iperemici.

Il caso testè riferito, eccita veramente il raccapriccio pensando alle violenze che imprudentemente furono praticate sulla povera paziente a casa sua.

Al momento dell'ingresso in Clinica due vie restavano da seguirsi, o l'embriotomia colla successiva estrazione per le vie naturali, o il taglio cesareo e precisamente il taglio cesareo alla Porro. Respinsi la prima operazione e ricorsi alla seconda, sebbene il feto fosse premorto: 1.º perchè essendo il vizio pelvico piuttosto grave (C. V. mm. 68) i processi embriotomici e l'estrazione per la vagina sarebbero inevitabilmente riusciti difficili, indaginosi e pericolosi per la paziente, che già era stata abbastanza maltrattata e che già presentava lesioni profonde del canal genitale e condizioni generali assai gravi; 2.º perchè coll'embriotomia non si rimediava all'infezione uterina, di cui si avevano indizi certi.

Decisa l'operazione cesarea, questa per la circostanza testè accennata doveva completarsi (come oggigiorno tutti consigliano) coll'amputazione utero-ovarica alla Porro, e col trattamento esterno del peduncolo, poichè così si toglieva dalla cavità addominale una gran parte di tessuto infetto ed un'altra parte si fissava al di fuori del peritoneo. Anzi, se fosse stato possibile, per questa medesima ragione l'ideale della cura sarebbe stato il potere asportare tutti gli organi genitali, dalla vulva all'utero, perchè su tutti esistevano palesemente cause d'infezione. Forse allora chi sa se la donna sarebbe perita!

Di fatti, come è chiaro, la morte non devesi ascrivere all'operazione, sia per l'epoca in cui è avvenuta (20.ª giornata), sia per tutto l'andamento del periodo post-operatorio, sia pel modo di comportarsi dei fenomeni morbosi avutisi in questo periodo, sia infine per la sede della lesione che alla necropsopia fu riscontrata nell'addome. Proprio a destra, là dove esistevano profonde lesioni in vagina, dove la parete del segmento inferiore era in più cattive condizioni per la compressione ivi a lungo fatta dal capo; proprio a destra si è avuto nel bacino peritonite suppurativa.

Onde chiaro apparisce il modo come avvenne e si diffuse l'infezione nel nostro caso: gangrena ed infezione del canal genitale, peritonite suppurativa circoscritta nella metà destra del bacino, piemia, morte. E perciò l'esito sfortunato devesi in ultima analisi attribuire interamente alle violenze usate sul canal genitale a casa della paziente ed alle conseguenze di esse, e punto all'operazione di Porro, che altrimenti (almeno vi son moltissime ragioni per crederlo) avrebbe avuto ben altro risultato.

Caso III — Il 1.º novembre 1893 entrò in Clinica Ostetrica come dozzinante la Giannina Jacchia in Bonfiglioli, di 34 anni, nata e domiciliata a Ferrara, di condizione possidente. Nulla d'importante dal lato genitoriale; nessuna malattia nell'infanzia; prima mestruazione a 15 anni, le susseguenti sempre e sotto ogni rapporto regolari; quattro gravidanze progressive, tutte normali, sempre condotte a termine; parti fisiologici (nel 3.º il feto morì in travaglio), puerperi regolari eccettuato il 3.º nel quale si ebbe peritonite; allattamento materno dei due primi nati; nessuna malattia o sofferenza fino alla attuale gestazione. Ultimo flusso mestruo ai 25 di marzo identico agli altri; epoca dei primi moti fetali ignota.

Durante questa gravidanza appaiono gastralgie intense e ripetute, malessere generale, minaccia di deliqui, di poi forti dolori lombari, irradianti alle cosce, strazianti, quasi continui, contro cui nulla valgono i narcotici e gli analgesici di ogni genere, anoressia, insonnia, stitichezza ostinata, forte denutrizione, scolo muco-purulento fetido dai genitali (senza però ombra di sangue). I movimenti fetali sono dolorosi. All'esame si riscontra: Dimagrimento notevole, pallore della pelle e delle mucose, abbattimento generale, mammelle flosche, utero di forma ovoidale col massimo diametro in senso longitudinale, leggermente inclinato a destra, fondo del viscere a 3 dita dall'apofisi xifoide, situazione del feto trasversale, testa a destra, dorso in avanti, nessuna glandola ingrossata agli inguini, battito cardiaco fetale superficiale nel quadrante inferiore destro; perineo cedevole, vulva e vagina ampie, collo dell'utero grosso, bernoccolato ovunque massimamente a sinistra e sul contorno dell'orificio esterno, dove è durissimo; noduli neoplastici che si propagano, seguendo un profondo lacero situato a sinistra, fino al fornice; canal cervicale lungo, pervio a 2 dita, poco rammollito; orificio interno ampio come una moneta da 10 centesimi; un tumore della grossezza di un ovo di piccione, liscio dolentissimo alla pressione nel bacino verso la sinfisi sacro-iliaca destra. Il dito esploratore si ritira imbrattato di sangue e d'icore. Le urine sono normali.

La diagnosi è evidente: la gravidanza è complicata a cancro del collo uterino diffuso al fornice sinistro e alle glandole linfatiche intrapelviche; la diagnosi viene confermata anche dal microscopio.

Dal 1.º novembre, giorno dell'ingresso in Clinica, fino al momento in cui insorgono le doglie del parto, le cose rimangono pressochè nelle stesse condizioni; sempre dolori strazianti ai lombi che eccitano la più viva commiserazione e che non si calmano con medicamenti di sorta.

Alle ore 14 del 10 novembre, essendo la donna verso la metà dell'ottavo mese, ed il feto trovandosi sempre nella situazione già descritta, si rompono spontaneamente le membrane ed esce abbondante liquido amniotico. Un'ora dopo insorgono contrazioni dell'utero abbastanza frequenti, ma pochissimo dolorose; il collo ciò non ostante non si dista, nè si dilata, per cui verso le ore 15 del giorno 11, facendosi il battito cardiaco fetale un po' debole e profondo, decido d'intervenire col taglio cesareo alla Porro. Prese le necessarie precauzioni, cloroformizzata la paziente, incido le pareti addominali da 2 cm. circa al disopra del pube fino a 3 cm. al disopra dell'ombelico, apro l'utero sulla linea mediana, cavo il feto profondamente asfittico, afferrandolo per un piede, estraggo le secondine, esploro il bacino e sento tutte le glandole

linfatiche pelviche infiltrate. Applico allora il laccio costringitore quanto più in basso è possibile, ed amputo l'utero a due dita al disopra di esso. Trattamento esterno del peritoneo parietale all'interno del moncone uterino col catgut N. 2; tannizzazione del peduncolo; sutura della ferita addominale a 3 piani, il primo peritoneale (col catgut N. 2), il secondo muscolo-aponeurotico (col catgut N. 2), il terzo cellulo-cutaneo (colla seta N. 2).

L'operazione dura 45 minuti; la donna allo svegliarsi ha 35,07 e si trova in discrete condizioni. Il feto di sesso maschile, è al momento della nascita in preda ad asfissia anemica, ma dopo 20 minuti di cure (respirazione artificiale, bagno generale ripetuto) si rianima. Esso è gracile, pesa gr. 1970, è lungo 43 cm. ed ha i diametri cefalici della lunghezza di un feto di 7 mesi e mezzo. È posto nell'incubatrice e dato ad allattare ad una buona balia; è tuttora vivente, florido e bene sviluppato.

Nella prima settimana dopo l'operazione tutto procede bene, se si eccettuano i soliti dolori ai lombi e qualche leggiera elevazione vespertina della temperatura. In 4.^a giornata s'inizia la secrezione lattaia. In 9.^a si tolgono i punti della sutura superficiale; piccolo ascesso nella parte più alta di esso; incisione; nel resto adesione completa. In 13.^a giornata cade spontaneamente il moncone e ben presto si ha sull'addome la cicatrizzazione completa (30.^a giornata). Dalla prima settimana fino a questo punto la temperatura non supera mai la norma; ma i dolori si fanno sempre più strazianti, la cachessia più profonda, il tumore esistente contro la sinfisi sacro-iliaca destra sempre più grosso, e la diffusione del neoplasma sulla vagina sempre più estesa. In conseguenza della malattia che complicava la gravidanza e che inevitabilmente continuò dopo il parto, la donna cessò di vivere il 14 febbraio 1894, più di 3 mesi dall'operazione. Non si ebbero mai emorragie dai genitali.

Dalla famiglia dell'estinta non fu permessa la necropsia.

È chiaro che quando la nostra donna entrò in Clinica Ostetrica il cancro era divenuto inoperabile, essendovi già diffusione ai fornici, e, quel che è peggio, alle ghiandole linfatiche intrapelviche, il che conferma quanto scriveva Pozzi, essere cioè molto rari i casi in cui il neoplasma è ancora circoscritto a gravidanza inoltrata. Non si poteva quindi pensare all'isterectomia addominale totale, come hanno praticato Spencer Wells, Bischoff, Zweifel, Stocker, Mackenrodt, Werth, Schröder, Grapow, Fritsch, Fochier ecc., a meno che non si fosse voluto tentare l'asportazione delle masse cancerose che circondavano l'utero, ciò che avrebbe sicuramente esposto la donna alla morte immediata o quasi immediata, come avvenne nel caso di Bischoff. Per la stessa ragione non si poteva neanche pensare all'operazione di Porro, completando l'isterectomia per la via vaginale, come qualcuno ha fatto, nè all'interruzione artificiale della gravidanza associata all'asportazione totale del-

l'utero o per la via sacrale o per la via vaginale, come hanno praticato tra gli altri Olshausen, Berthod, Theilhaber, sebbene secondo la statistica di quest'ultimo autore su 17 casi d'utero canceroso tolto coll'isterectomia vaginale totale durante la gravidanza o durante il puerperio, non si è avuta neanche una morta.

Qui dunque non si doveva avere di mira che la vita del feto, poichè la madre era inevitabilmente condannata a morire; si doveva quindi cercare ogni mezzo perchè la gravidanza raggiungesse il termine, le condizioni della donna non essendo tali da far temere una catastrofe prima di quest'epoca. Ma sventuratamente verso la metà dell'ottavo mese di gestazione spontaneamente si dichiarò il travaglio del parto come avviene di frequente secondo Hanks (sopra 131 casi raccolti da Herman, 18 volte si è avuto l'aborto e 34 volte il parto prematuro). Non ostante questa sfavorevole circostanza doveva egualmente porsi ogni cura per salvare il bambino, quindi doveva tosto bandirsi l'idea di qualunque operazione embriologica. Fu pure abbandonata l'idea dell'estrazione del feto, che era in situazione trasversale, attraverso le vie naturali per le condizioni del collo, il quale dopo una certa aspettazione lunga tanto quanto era permessa dallo stato del feto, punto non si era nè disfatto nè dilatato. Il rivolgimento podalico interno, che nel cancro dell'utero è formalmente disapprovato da Cohnstein e che secondo la statistica di Theilhaber su 5 casi dà solo un feto e due donne viventi, nel caso nostro sarebbe riuscito di sicuro disastroso e per la madre e per il bambino, stantechè per poter eseguire tale operazione era necessario prepararsi la via attraverso il collo dell'utero interamente formato e punto cedevole. E come infatti poteva ottenersi il disfacimento e la dilatazione di esso? Non certo mediante le dita, la spugna preparata, la laminaria, i sacchetti di Barnes, i quali mezzi sarebbero stati sicuramente inefficaci. Non certo coi dilatatori metallici, come quello di Bossi, poichè a colpo sicuro si sarebbe prodotta una rottura del collo che nei maneggi successivi si sarebbe estesa anche al corpo dell'utero e ai fornici vaginali. Non certo cogli sbrigliamenti, come quelli che sarebbero riusciti poco efficaci e assai pericolosi per la donna, avendosi secondo la statistica di Bar su 24 casi trattati in tal guisa, 11 donne morte; e tanto più pericolosi nel nostro caso dove per essere il canal cervicale ancora formato e pochissimo aperto, detti sbrigliamenti dovevano estendersi fino all'orificio interno, dando luogo poi nel praticare il rivolgimento a lesioni più gravi che non quelle del taglio cesareo stesso. Non certo all'amputa-

zione intravaginale del collo la quale poteva cagionare emorragia gravissima e certamente sarebbe stata il punto di partenza di lacerazione del fornice e dell'utero nei maneggi successivi per l'estrazione del feto.

Quindi nell'interesse del feto e della madre non restava che l'operazione cesarea e questo appunto praticai, preferendo però il metodo demolitore al conservatore. Ciò feci seguendo l'esempio di Sutugin, Pritzl, Saxinger, Werth, Frank, Sneguireff, Krassowsky, Murphy, Leopold ecc., affine di evitare, per quanto era possibile, il pericolo dell'infezione del peritoneo. Per questa medesima ragione essendo controindicato l'affondamento del peduncolo, lo fissai alla parete addominale.

In riguardo all'esito il feto, sebbene nato prematuramente e in istato di profonda asfissia, pure con un'assistenza opportuna poté riaversi e tuttora vive in florida salute; risultato abbastanza felice quando si pensa che, secondo i dati statistici di Herman, su 128 bambini nati da madre cancerosa, la metà solamente sono stati espulsi o estratti viventi.

Ed anche per la madre l'esito dell'atto operatorio fu felice, poichè la morte, conseguenza diretta del cancro, tardò più di 3 mesi dal parto, perciò quando da tempo era finito il periodo puerperale ed erano completamente guarite le lesioni determinate dall'operazione.

E possiamo essere soddisfatti del risultato della nostra cura anche sotto questo punto di vista, poichè sappiamo che Herman su 136 gravide affette da cancro, registra ben 40 casi di morte in conseguenza del parto e che Theilhaber nella sua statistica dal 1873 al 1893 dà il 50 % di mortalità operatoria nei tagli cesarei alla Porro praticati su cancerose.

Caso IV. — Beccucci Carolina in Roda, d'anni 20, nata e domiciliata a Bologna, di professione massia, entra in Clinica Ostetrica il 30 maggio 1894, essendo gravida per la seconda volta. Buona la derivazione; nessuna malattia nell'infanzia e nell'adolescenza; funzione mestruale regolare dai 13 anni in poi; prima gravidanza a 18 anni, la quale fu normale e raggiunse il termine; parto fisiologico; puerperio disturbato da febbre che durò 18 giorni; allattamento regolare.

Nel maggio del 1893 la donna è ammessa nella Clinica Chirurgica di Bologna essendo affetta da salpingo-ovarite sinistra e da retroversione dell'utero; ivi si pratica l'asportazione degli annessi di sinistra e la laparo-isteropessi. Per eseguire la fissazione dell'utero si cuce a punti staccati col catgut separatamente ciascun margine del peritoneo parietale col viscere (fondo e parte superiore della parete anteriore) in modo da circoscrivere un piccolo spazio ellittico

circondato tutto all'intorno da una corona di suture, nel quale spazio il peritoneo viscerale resta scoperto e direttamente a contatto cogli strati sovrapposti. Poco dopo l'operazione alla parte inferiore della cicatrice si mostra un ematoma, che viene aperto e vuotato. Tali notizie mi furono fornite direttamente dagli assistenti della Clinica Chirurgica.

La donna non ricorda la data dell'ultima mestruazione, nè quella dei primi movimenti fetali: la gravidanza decorse regolarmente, solo fu accompagnata da forte stramento doloroso in corrispondenza della cicatrice. La gestante è ben conformata e ben nutrita: essa presenta una cicatrice da laparotomia sulla linea mediana nella regione ipogastrica: verso l'estremo inferiore questa cicatrice si allarga e diviene raggiata. Ventre molto prominente nella regione sottombelicale specialmente a destra, piuttosto appianato nella regione sopracombelicale: utero fisso alla robusta cicatrice addominale, di forma ovoidale col massimo diametro diretto quasi orizzontalmente da destra a sinistra e dall'avanti all'indietro. Il feto che ha situazione: longitudinale rispetto all'utero, si trova rispetto al piano dello stretto superiore obliquamente o quasi orizzontalmente; natiche nella fossa iliaca destra e sopra la branca orizzontale del pube omonimo; testa a sinistra e indietro, fra la fossa iliaca sinistra e la colonna lombare è un po' più bassa delle natiche, dorso a sinistra. In corrispondenza del collo del feto si sente colla palpazione addominale un solco sulla parete uterina. Rumore a doppio battito sul quadrante inferiore sinistro verso la linea mediana. Vagina molto lunga diretta dal basso all'alto, dall'avanti all'indietro e un po' verso sinistra, a forma di un imbuto rovesciato, con pareti eccessivamente stirate in alto; fornici scomparsi.

Per arrivare al collo dell'utero che ha la sua direzione normale, ma che è portato molto in alto ed in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca sinistra, bisogna introdurre tutta la mano in vagina; esso è rammollito e aperto in modo da lasciar penetrare comodamente un dito, col quale non si arriva ad alcuna parte fetale. Attraverso la parete anteriore della vagina si sente per lunga estensione il corpo dell'utero ed attraverso la parete di questo, piuttosto spessa, avvertesi un corpo che ha i caratteri del tronco fetale. Bacino ben conformato; orine normali.

Vista la forte antiflessione dell'utero e la successiva situazione del feto anormale per rispetto al bacino, tento da prima il raddrizzamento del viscere, ma invano; cerco poi di mettere l'asse longitudinale del feto sull'asse dello stretto superiore, ma anche questo inutilmente, perchè il feto in seguito alla forma speciale dell'utero e alla scarsità del liquido amniotico non è punto spostabile dalla situazione assunta.

Alle ore 9 del 10 giugno s'inizia il travaglio del parto, essendo la donna a termine, alle 23 $\frac{1}{2}$ si rompono spontaneamente le membrane con uscita di pochissimo liquido amniotico: dopodichè l'utero si addossa strettamente al feto. Esplorando allora con tutta la mano dalla via della vagina, si sente che il collo uterino mantiensì sempre a livello dello stretto superiore e verso la sinfisi sacro-iliaca sinistra; che non del tutto disfatto, ha una dilatazione di circa 5-6 cm. (ma è dilatabile); che su di esso non appoggia alcuna parte fetale; che spingendo in alto le dita si arriva al collo del feto, mentre cacciandole a sinistra ed indietro si tocca la testa; che il torace fetale trovasi a destra

ed in avanti e che la parete dell'utero abbracciante il capo è di un'estrema sottigliezza. Tento allora colla versione mista, di muovere il feto e di abbassare le natiche, ma senza effetto; tento pure il rivolgimento podalico interno, ma il cammino contorto che deve seguire la mano per arrivare ai piedi del feto, l'addossamento dell'utero sul corpo fetale, e la sottigliezza della parete uterina consigliano ben presto di smettere ogni tentativo pel pericolo di lacerare il viscere. Intanto i dolori facendosi sempre più incalzanti, la donna mostrandosi assai sofferente, ed essendo imminente la rottura spontanea dell'utero, decido d'intervenire, e siccome il feto è vivente e non dà segni di sofferenza, di necessità ricorro al taglio cesareo.

Praticate le solite pulizie e disinfezioni, cloroformizzata la donna, si fa una incisione della parete addominale lunga circa 12 centim. a sinistra della vecchia cicatrice laparotomica, si giunge subito al peritoneo e si scuopre l'utero, il quale è attaccato tenacemente alla parete addominale per una piastra di essudati fibrosi e specialmente per un robusto cordone centrale cicatrizio assai breve. Si lacerano le aderenze meno salde e si tagliano fra due legature le più tenaci: coll'applicazione di qualche laccio e colla compressione si frena la discreta emorragia proveniente da questo distacco. Si tenta allora di raddrizzare l'utero, ma non vi si riesce del tutto, perchè la bozza del segmento inferiore contenente la testa, urta contro il bacino. Il viscere fissato da un assistente viene inciso in corrispondenza del fondo e della parte più alta della parete anteriore per un'estensione di circa 10 cm. Il taglio cade proprio sulla zona placentale; si distacca tosto e si estrae la placenta e immediatamente dopo si cava il feto vivo e sano, che colle natiche si presentava all'incisione. Sgusciato fuori l'utero dalla cavità addominale, si estraggono da esso frammenti di membrane restate indietro. Sebbene il viscere sia ben retratto, pure una discreta copia di sangue si raccoglie nella cavità dell'utero e grandissima quantità ne esce dalla sua ferita. Si prova a stringere colle mani il segmento inferiore ed i legamenti larghi, ma con poca efficacia sull'emorragia: si applica allora il laccio elastico provvisorio, e si arresta ogni perdita sanguigna. Si vuota l'utero dai grumi che contiene e allora si sente distintamente che la sua cavità è divisa in due concamerazioni, una più piccola situata posteriormente e inferiormente, dove contenevasi la testa fetale, l'altra più grande posta in alto ed in avanti dove si trovava il resto del feto e la placenta. Si tampona dalla via dell'incisione la cavità uterina con garza all'iodoforme, facendo sporgere in vagina l'estremo inferiore del tampone.

L'utero essendo piccolo e duro, si passa alla sutura siero-muscolare che si fa continua col catgut N. 3. Pure continua col catgut N. 2 si fa la sutura siero-sierosa alla Lambert. Si toglie il laccio elastico, l'utero resta ben contratto: si ripone in cavità il viscere, cercando di metterlo in buona direzione, si fa la sutura della parete addominale a due piani (il primo, sutura peritoneale continua al catgut N. 2; il secondo, sutura interrotta dell'aponevrosi, del tessuto connettivo sottocutaneo e della pelle alla seta N. 2). Medicatura e fasciatura compressiva; applicazione di una faldella di garza iodoformata contro i genitali esterni. Durante l'atto operatorio si devono fare, in conseguenza dell'emorragia, iniezioni sottocutanee di etere, di caffeina e di ergotina. L'operazione dura un'ora, e termina alle 5, 50' dell'11 giugno dopo 20 ore e 50' dal

principio del parto. Al ridestarsi la donna sta bene. Il feto, di sesso femminile, vagisce appena nato: è sano ed offre un solco profondo, lineare alla base del parietale destro, proprio in corrispondenza del punto del capo che pigiava sulla linea innominata sinistra. Esso pesa gr. 3330 ed ha le dimensioni di un feto a termine. Le secondine sono normali.

In 3ª giornata dopo l'operazione si ritirò in buona parte il tampone dall'utero e si fece un'abbondante lavanda vaginale con acido borico al 3 0/0; in 4ª giornata lo si estrasse del tutto e si ripeté una lavanda vaginale. Il decorso del puerperio fu regolare, solo si ebbe leggiero ristagno di lochi nella concamerazione inferiore dell'utero, lochiazione purulenta nella seconda settimana e qualche elevazione: termica vespertina nei primi 7 giorni (al massimo 38,0 7). Contro queste anomalie si usarono lavande vaginali calde all'acido borico ripetute di frequente e due lavande endouterine all'acido salicilico nella seconda settimana. In 11ª giornata si tolgono i punti superficiali della ferita addominale: l'adesione è perfetta. La secrezione lattea s'inizia in 5ª giornata, viene da prima intrapreso l'allattamento, ma poi (ai primi di luglio) per scarsa secrezione lattea, lo si deve sospendere: la bambina è affidata ad una nutrice ed è tuttora viva. In 16ª giornata dall'operazione la donna si alza e in 28ª esce dall'Ospedale in perfetta salute: anche adesso può attendere alle sue incombenze senza alcun disturbo.

L'esame fatto su di lei prima della dimissione dà: Vulva e vagina in condizioni normali; fornicoli liberi, utero in forte antiversione attaccato alla parete addominale col fondo, mobilissimo però dal basso all'alto, un po' meno da un lato all'altro, quasi immobile affatto dall'avanti all'indietro. È indolente, grosso come una voluminosa pera, col collo nella parte alta dello scavo e colla parte più alta due dita al di sopra del pube. Corpo dell'utero duro; sulla sua faccia anteriore sentonsi attraverso il fornice vaginale dei bernoccoli duri; il collo è breve e chiuso; non si ha alcuna secrezione dai genitali, solo il dito esploratore resta bagnato da un po' di muco.

Il caso testè riferito conferma pienamente quanto la clinica, massimamente per opera di Sanger, Klotz, Leopold, Kaltentbach, Winiwarter, Routier, Jacobs, Gottschalk, Carsten, Howitz ecc., ha dimostrato, che cioè la laparo-isteropessi diretta o indiretta non impedisce il concepimento. Però il nostro caso è di uno speciale interesse per ciò che riguarda la gravidanza ed il parto.

Di fatti oggi da tutti viene ammesso che dopo la ventro-fissazione dell'utero la gravidanza ed il parto in regola generale decorrono normalmente, asserto che pur'esso ha il suo fondamento sull'esperienza clinica. E così per citare qualche cifra ricorderò che Olshausen riporta un caso di parto naturale a termine in una donna a cui Kaltentbach aveva praticata la laparo-isteropessi, che dopo tale operazione Klotz ha osservato due parti normali a termine, che Sperling

cita due casi simili, che *Routier, Jacobs, Howitz e Sanger* hanno visto ciascuno un parto facile alla fine di gravidanza ecc.

È così pure io stesso ho potuto osservare in una mia operata di ventro-fissazione col processo di *Czerny* per retroversione aderente dell'utero, il parto avvenire normalmente a termine circa un anno dopo l'atto operatorio.

È per riferire qualche fatto che potrebbe dimostrare un'influenza poco favorevole della ventro-fissazione sul decorso della gravidanza e del parto, ricorderò a mò d'esempio che *Gottschalk* ha osservato un caso di aborto dopo di essa, che *Sanger* in una delle sue operate ebbe pure a constatare da prima un aborto, ma poi in una successiva gravidanza il parto a termine, nel quale però dovè praticare il rivolgimento estraendo un feto morto, che *Leopold* in un caso fu costretto applicare il forcipe per cavare il feto non del tutto a termine ecc. Potrei moltiplicare gli esempi, ma per quanto abbia ricercato nella letteratura non mi è stato possibile di ritrovare un caso neppure lontanamente simile al mio per ciò che riguarda le anomalie determinate dalla isteropessi. Di fatti possiamo facilmente immaginare quello che deve essere avvenuto durante la seconda gestazione nella *Beccucci*. L'utero il quale dopo la ventro-fissazione era già rimasto in antiverzione ed era attaccato in avanti col fondo alla parete addominale e in addietro col collo alla vagina, per l'aumento gravidico deve avere molto esagerata la sua anomala direzione, e deve esser passato dallo stato di antiverzione a quello di antiflessione, perchè non cedendo le aderenze anteriori, il collo è stato portato tanto in alto e in addietro, quanto lo ha permesso la distendibilità della vagina, la quale però a sua volta reagendo colla elasticità propria sopra il muso di tinca, lo ha obbligato a volgersi col suo orificio in basso.

È così si spiega come la cervice si trovasse cacciata contrò la sinfisi sacro-iliaca sinistra e fosse a livello dello stretto superiore, come il canal vaginale avesse presa la forma d'imbuto rovesciato e fosse diventato così lungo, che per arrivare al collo necessitava l'introduzione di tutta la mano. Fissato com'era l'utero nei due punti suindicati, la parete anteriore del viscere diventata inferiore, poco poteva aumentare nella gravidanza, perchè al disotto aveva il bacino: quasi tutto l'aumento dovè farsi quindi a spese della parete posteriore fattasi superiore. E siccome questa enorme distensione non poteva essere compensata da una corrispondente ipertrofia ed iperplasia del tessuto muscolare, si spiega perchè la parete posteriore dell'utero massima-

mente verso il collo, là dove incappucciava la testa, fosse di un'estrema sottigliezza.

Ed essendo appunto anomala la direzione dell'utero rispetto allo stretto superiore, si spiega pure perchè il feto avesse una situazione anormale rispetto al bacino (era quasi longitudinale rispetto all'asse uterino), perchè col capo avesse enormemente disteso la parete posteriore del segmento inferiore che minacciava perciò di rompersi da un momento all'altro, e perchè infine il corpo fetale punto non obbedisse ai maneggi, che tentavano fargli cambiar situazione. Di fronte a queste circostanze, di fronte all'impossibilità assoluta di terminare il parto per le vie naturali, se non con la sicurezza di determinare lesioni gravissime sulla donna, fui nella necessità di dover praticare il taglio cesareo; tanto più che aprendosi il ventre si potevano rompere (come feci) le aderenze, le quali obbligavano saldamente l'utero nella direzione anormale, ed evitare così in una ventura gravidanza le tristi conseguenze avutesi ora.

Di fatti questo secondo scopo pare siasi raggiunto, poichè allo esame praticato prima di dimettere la donna dalla clinica, si è trovato l'utero in anteversione sì, ma abbastanza mobile quasi in tutti i sensi, e quindi si deve sperare che le aderenze non si siano riformate in maniera così salda. Debbo però confessare che questo risultato, se pure è permanente, ha superato la mia aspettazione, poichè dubitavo assai che nel luogo dove erano stati lacerati i cordoni fibrosi che legavano l'utero alla parete addominale, si produssero in seguito per le lesioni determinate dal trauma operatorio altre aderenze tanto forti, quanto quelle di prima.

Concludendo adunque, le anomalie avutesi in questo caso debbono considerarsi come una dipendenza della ventro-fissazione dell'utero, onde parrebbe aver ragione *Küstner* quando asserisce che « l'isteropessi nelle donne durante il periodo dell'attività genitale, è un metodo pericoloso » se la clinica per molte e molte prove non avesse dimostrato falsa questa asserzione. E sono convinto che nei casi dove si sono avute tristi conseguenze sul decorso della gravidanza e del parto dopo la ventro-fissazione, esse si debbano attribuire unicamente al processo operatorio oppure alle complicanze che lo hanno accompagnato o seguito, per cui le aderenze si son formate in maniera troppo salda. E sono pure convinto che se il mio caso è, per quanto mi consta, unico nella letteratura, ciò si debba al fatto che, quando l'utero è fortemente attaccato alla parete addominale in modo

che durante la gravidanza le aderenze non si allungino e non si rompano, il più delle volte avviene l'aborto evitandosi così le dannose conseguenze che si ebbero nella Beccucci. Questa idea mi vien suggerita: 1.^o dal vedere che là dove il parto avvenne a termine e naturalmente, spesso si dice che l'utero durante la gestazione era mobile e di forma regolare (Olshausen, Sanger ecc.), fatto che io pure ho potuto verificare nella mia operata, che si sgravò a termine fisiologicamente, quantunque dopo il parto l'utero mantenesse la sua direzione normale; 2.^o dal constatare che i casi d'interruzione spontanea della gravidanza sono relativamente frequenti dopo l'isteropessia addominale. Così Labusquière in 12 donne che avevano subito tale operazione, registra 2 aborti e Rivière in 17 di esse nota 2 aborti e 2 parti prematuri.

DISCUSSIONE

Prof. Pestalozza — Vidi io pure un caso di distocia dovuta ad aderenze tra l'utero e la parete addominale, determinatesi dopo un taglio cesareo praticato sette anni fa col metodo conservatore. Due mesi fa la donna ci fu portata in clinica in travaglio di parto all'8^o mese: si dovette espletare il parto con atto embriotomico essendo il feto morto e in presentazione di spalla. Il secondamento presentò rilevanti e insolite difficoltà per una strettura esistente nel corpo dell'utero che si opponeva al passaggio della placenta e alla introduzione della mano, e che nella narcosi si poté giudicare dovuta a insufficiente elasticità della parete anteriore dell'utero, vincolata per estese aderenze alla parete addominale, e menomata anche nella sua potenza contrattile, si da rendere da una parte incompleto il distacco, dall'altro impossibile la discesa spontanea della placenta.

Dott. La Torre — Ritengo anch'io col collega Pinzani e col Pestalozza che la fissazione dell'utero alla parete addominale debba essere causa nociva al buon andamento della gravidanza e del parto e ricordo un fatto curioso, cioè una donna ch'era sgravata due volte bene ed a termine, poi s'ammalò di metrite e retraversione per cui subì dopo qualche anno la riduzione dell'utero e la sua fissazione alla parete addominale. Conseguirono due gravidanze interrotte però verso il 3.^o mese.

Quale causa degli aborti non ho trovato che l'aderenza del fondo dell'utero alla parete addominale che impediva la distensione dell'utero.

Prof. Mangiagalli — A proposito del caso di rottura d'utero esposto dal Dott. Pinzani ricorda un caso luttuoso di rottura d'utero da lui osservato nel corso del corrente anno in circostanze veramente straordinarie.

Donna pluripara, con presentazione di spalla e ripetuti tentativi di versione molte volte infruttuosi, ma che finalmente riescono allo scopo di estrarre

il feto. Viene inviata sopra carro all'Ospedale da un villaggio distante circa quattro ore. Al suo arrivo è in condizioni disperate, il polso è piccolo, filiforme, profondamente alterati i tratti della fisionomia; dalla vulva pende un grande tratto d'intestino, livido, rigonfio, che per i suoi caratteri si rileva appartenere all'intestino crasso. I tentativi di riduzione non riescono, per cui ricorro alla laparotomia riducendo l'intestino, esportando l'utero largamente squarciato, riunendo il mesocolon e il mesoretto lacerati. La donna, bene nei primi giorni, collabiva e soccombeva nel 4.^o e l'autopsia mostrava come causa di morte la gangrena dell'intestino.

Prof. E.-F. Fabbri — Crede che nei casi a suo avviso rari, nei quali è necessario per aderenze fare la isteropessia addominale, la si dovrebbe fare con Katgut o con punti di seta allacciati sulla cute del cavo addominale, nel concetto di fare una *isteropessia temporanea*, affidando il mantenimento della normale antiversione a un pessario giudiziosamente scelto, pessario che sarebbe introdotto subito dopo l'operazione o due o tre giorni dopo. Il massaggio potrebbe in seguito operare il distacco dell'utero dalla parete addominale.

Il *Prof. Pinzani* risponde: Rispetto ai casi di aborto notati dal collega La Torre, dirò che è stato già verificato una certa frequenza nell'interruzione della gravidanza dopo l'isteropessi addominale, per cui si deve credere che tale operazione abbia una certa influenza sul decorso della gravidanza. Però credo che tale influenza sia tanto più grave quanto più salde sono le aderenze tra utero e parete addominale, e quindi non estranei a queste conseguenze devono essere il processo operatorio seguito e il materiale che serve alla sutura utero-addominale.

DOTT. GIOVANNI MIRANDA

IL ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI NAPOLI

Il parto deve essere assistito dallo Ostetrico o dalla Levatrice?

Signori!

Ridurre al minimum la mortalità puerperale è senza dubbio il dovere della moderna Ostetricia, lo scopo finale, a cui tendono i nostri studii e le nostre ricerche.

Ora se voi considerate per poco tutta la importanza, che oggi hanno raggiunto i metodi di antisepsi e di asepsi, che nuovi e così vasti orizzonti hanno dischiuso alla chirurgia, e d'altra parte ponete mente ai rapidi e brillanti progressi fatti dall'Ostetricia in questi ultimi anni specie nella parte operativa, sarete colpiti dal fatto, che il risultato finale non ha corrisposto pienamente all'aspettativa.

In un periodo di tempo che va dal 1887 al 1892 (1) ben 32166 hanno lasciata la vita nel compimento di una funzione altamente fisiologica. Di queste donne 11906 sono morte di infezione puerperale con una media annuale di 2075, e nella proporzione di 0,69 per ogni 10000 abitanti, senza voler tener conto di numerosi casi denunziati non come processi puerperali infettivi, ma come malattie comuni: pneumonite, malaria etc. . . .

Bisogna che conveniate meco essere tutto ciò semplicemente doloroso ed anormale, anomalia così grave, a mio modo di credere, che mi autorizza a sottoporre al vostro illuminato giudizio alcune proposte, le quali mi sembra potrebbero sciogliere il nodo della questione. Quale è la ragione, per cui l'infezione puerperale continua a fare strage nei grandi come nei piccoli centri, ma specialmente nelle famiglie private?

Io al certo non starò a ripetere a voi, valorosi maestri dell'arte ostetrica, tutte le discussioni, che si sono andate facendo sull'etiologia

(1) Ministero di Agricoltura Industria e Commercio — Direzione Generale della Statistica — Statistica delle cause di morte — Roma, 1894.

de' processi puerperali, ricorderò solo a me medesimo, come gli Ostetrici odierni siano divisi in due campi, in uno stanno quelli che sostengono l'autoinfezione, a fronte dei quali stanno coloro che si schierano su l'etero-infezione.

Voi conoscete meglio di me come i campioni della autoinfezione vadano perdendo ogni giorno terreno, in quanto che non solo clinicamente non vi è nessun caso che possa dimostrare con certezza la esistenza di un'infezione puerperale sorta in modo spontaneo da germi preesistenti in vagina, ma anche batteriologicamente oggi tale possibilità non si può più ritenere.

Le esperienze ricostituite dal Krönig nella clinica di Lipsia, dimostrano che la vagina di ogni gravida con secrezione normale o patologica, purchè non esplorata, è da sostenersi completamente asettica, nel senso che tranne l'oidium albicans ed il gonococcus non contiene germi patogeni capaci di produrre lo sviluppo di un processo puerperale infettivo.

Sin dal 1890, epoca in cui ebbi l'onore di essere nominato assistente alla Clinica di Napoli, cominciai ad occuparmi, dapprima in compagnia dell'egregio collega ed amico carissimo Dott. Piccoli e poi da solo della questione dell'autosepsi in Ostetricia.

Quali siano i risultati di queste mie ricerche, condotte parallelamente a quelle del Krönig, io spero di esporre prossimamente in altra occasione. Però sin da ora mi è lecito di dire che i miei esperimenti hanno avuto risultati così perfettamente simili a quelli del collega di Lipsia da autorizzarmi a concludere, che per le condizioni speciali del canale vaginale, create dal Bacillo di Döderlein, e da un cocco che cresce in modo anaerobio, si ha tale secrezione di acido lattico che la vita di germi piogeni diventa impossibile, per cui se anche arrivano in vagina, come certamente vi arrivano, essi ben presto restano distrutti; il quale fatto mi viene anche confermato dalle osservazioni più e più volte ripetute sui conigli, ai quali avendo inoculato in quantità considerevoli il segreto vaginale, anche se di apparenza patologica, non mi è stato dato di notar mai fenomeni di reazione nè locale, nè generale, e ciò in perfetta antitesi a quanto avea creduto di dimostrare lo Steffich.

Da queste ricerche più e più volte ripetute, mi è sorto in perfetto accordo col Dott. Krönig di concludere che germi patogeni non possono vivere in vagina, per la qual cosa la vagina di una donna incinta, se non esplorata, è da ritenere completamente asettica.

Se ciò è vero, se non mi sono ingannato in questi studii, nei quali ho pur cercato di mettere tutta la buona volontà possibile, è chiaro che se una infezione puerperale sorga, non ha potuto essere determinata che da germi, i quali dall'esterno sono penetrati nelle vie interne della generazione nelle quali essendo mutate le condizioni, l'ambiente doventato alcalino nel puerperio, questi germi trovano le migliori condizioni per crescere e svilupparsi, e numerose vie di assorbimento per avvelenare e forse distruggere l'organismo. Questi germi, con altre parole non hanno potuto essere inoculati che nel momento del parto da coloro che l'hanno assistito.

E dopo ciò, anche se voi aveste a dichiararmi un'anarchico dell'Ostetricia io non esito ad affermare che se vi fosse un numero minore di Ostetrici, e non vi fossero affatto Levatrici, la infezione puerperale sarebbe a quest'ora diminuita molto di più o forse addirittura scomparsa.

La verità di questa affermazione è dimostrata dal fatto che mentre negli Istituti di Maternità la mortalità puerperale è ridotta a 0 % o presso a poco, nella pratica privata invece si mantiene sempre elevata, e se si considera che circa il 94 % di parti vengono assistiti dalle sole Levatrici, perchè appunto si compiono nelle case private, si comprende di leggieri come non crediamo di avere esagerato dicendo che certi Medici, e le Levatrici tutte sono coloro che non ancora hanno fatto sparire l'infezione puerperale; e ciò sarà anche più convinto se si dà uno sguardo agli animali inferiori, nei quali è addirittura una eccezione il vederne morire qualcuno per un processo infettivo, eppure non vi sono Levatrici, che assistono ai parti delle cagne e delle coniglie.

Questi fatti, e voi da maestri me lo insegnate, hanno richiamata l'attenzione di tutti i popoli civili, e quali siano le prescrizioni ed i consigli dati dalle varie Accademie Scientifiche, le leggi ed i regolamenti sanzionati per disciplinare lo esercizio privato dell'Ostetricia io non mi permetterò neanche di accennare.

Non posso però tacere che la molteplicità di queste leggi, la severità anche delle pene comminate sia la migliore dimostrazione di quanto pocanzi avevo l'onore di dire, che cioè le Levatrici, mi perdoni il sesso gentile, siano la causa riconosciuta ed ammessa di tanto male. Eppure l'effetto di tutte queste disposizioni legislative quale è stato?

Non molto confortante. L'infezione puerperale è diminuita, ma continua a mietere vittime.

E così doveva essere.

Gli Autori di tutte queste leggi, e di questi decreti si sono preoccupati solamente di dire se l'antisettico da adoperarsi doveva essere l'uno piuttosto che l'altro, se doveva essere adoperata in una o in un'altra formula, se e come si doveano denunziare i casi di infezione, ma non hanno tenuto riguardo alle persone che queste norme doveano apprendere, e non si sono domandati se queste donne, a cui si dà il nome di Levatrici sapevano leggere oppur no quelle norme, se erano o no al caso di comprendere almeno tutta l'importanza di quelle prescrizioni. Non si son dati pensiero di considerare che certe pratiche e certi antisettici, che noi siamo abituati ad applicare tutti i giorni nelle Cliniche, se così vengono affidati alle Levatrici riescono pericolosi, e se attenuati doventano illusorii.

Che importa a me che s'adoperi il sublimato o l'acido fenico, il hiacolo o il salicolo se chi deve adoperarlo non si persuade di servirsene in un dato modo, e non sia capace di diriger bene un parto in tutti i suoi minuti particolari?

Ora mi vorrete concedere che la esecuzione di una buona antisepsi richiede tale cultura e tale intelligenza che può avere solo colui che per molti anni e con lungo studio e grande amore abbia vagliato l'argomento.

L'antisepsi e l'asepsi sono la conseguenza di molteplici premesse, che trovano il loro fondamento in tutte le branche delle discipline biologiche, le quali rappresentano come una lunga catena, le maglie della quale se si spezzano, tutto l'edificio crolla.

Ed è possibile che con criteri scientifici e con perfetta cognizione e convincimento una levatrice possa essere al caso di far tutto ciò, quando appena ha superato, Dio sa come, un esame sul programma della 3.^a elementare?

Ciò mi sembra non solo un assurdo, anzi dirò che mi sembra addirittura impossibile come un simile stato di cose possa ancora durare nel nostro consorzio civile.

Io ricordo ancora ciò che il 28 Novembre 1890 il Prof. MORISANI, al quale, concedetemi di dire qui pubblicamente tutto lo affetto e la venerazione che ho per lui per tanti beneficii ricevuti, e come noi tutti della scuola di Napoli siamo orgogliosi di averlo a maestro, scriveva al Rettore dell'Ateneo Napoletano:

« Se a V. S. Illma. piacesse di dare uno sguardo agli elenchi rimessi (i verbali delle tornate della Commissione esaminatrice per la

Ostetricia minore) potrebbe scorgere di leggieri come il numero delle riprovazioni superò di molto quello delle approvazioni, ciò che in gran parte dipende dalla facilità con cui le allieve ottennero l'approvazione negli esami di 3.^a elementare prescritti dal Regolamento.

Quelle infatti che con buona preparazione superarono la prova dell'esame indicato dovrebbero saper leggere e scrivere correttamente. Ebbene basta guardare le tesi scritte dalle allieve per rilevare come nella maggior parte di esse gli errori ortografici siano abbondanti ed in alcune superino le parole corrette.

Ora sapendo pochissimo leggere e scrivere meno, s'intende che le allieve non possono ricavare dalle lezioni tutto quel profitto che deve renderle idonee a superare gli esami universitari e ad esercitare degnamente il loro ufficio ».

Signori, Gabriele d'Annunzio, il geniale e simpatico scrittore, che tutta l'Italia conosce ed ammira, ebbe a scrivere una volta una frase felicissima « O rinnovarsi o morire ».

Se è vero ciò che sinora ho detto, mi permetterete di ripeterla anche io questa frase rivolgendomi alle levatrici: Bisogna rinnovarsi o morire. È possibile una rinnovazione? E in che senso? Basterà che un regolamento più severo prescriva esami più difficili e rigorosi per essere ammesse alle scuole di Ostetricia? Io non lo credo.

Ho già detto che lo studio dell'Ostetricia presuppone la conoscenza minuta ed esatta delle altre discipline biologiche; è troppo antico l'adagio del *Solus obstetricus versus animus*; ed allora rinnovare le levatrici; è necessario che loro s'insegni l'anatomia e la fisiologia, la patologia medica e la chirurgica, la anatomia patologica e la batteriologica, e solo così m'avrete formato un individuo, che possa comprendere ed applicare tutte le leggi, che regolano le due funzioni della gravidanza e del parto, solo allora avrete chi sappia stabilire una esatta profilassi delle malattie puerperali, e solo allora la mortalità puerperale potrà ridursi in quei limiti in cui pur è necessario che si riduca. Fino a quando ciò non sarà vedremo sempre che parecchie migliaia di donne continueranno a morire ogni anno: quando ciò non dovrebbe essere.

Ma quando sarà fatto tutto ciò, delle levatrici se ne faranno dei medici, ai quali spetterà il titolo di *Dottorasse* e non quello di Levatrici.

E se è così, o gentili levatrici, non mi scagliate i vostri fulmini, nè gridate all'anatema se vi dico non avete più ragione di essere, che voi oggi in mezzo a tanto progresso, che agita e commuove tutta

la società, in questa febbre continua di nuove e nuove ricerche, che di anno in anno trasformano l'aspetto delle scienze, voi, mi duole il dirvelo, siete una dissonanza, rappresentate un anacronismo, ostacolate il progresso degli studii ostetrici, arrecate un danno alla società. E poichè non è possibile *rinnovarvi*, rassegnatevi a *morire*, che già troppi secoli avete vissuto, e troppo danno avete arrecato alla società.

L'idea, convengo, ch'è radicale, anzi troppo radicale, ma mi pare che sia l'unica che recida il nodo della quistione. Del resto non è nuova, e dopo tanti anni, da che fu messa innanzi la prima volta, si può ora per lo meno discuterla e vagliarla.

Già De la Touche (1) verso la metà del XVI^o Secolo si scagliava con forza contro ciò che egli chiama la *maudite et perverse imperitie des sages-femmes*, e Velpeau (2) nel 1833 scriveva: *Ceteris paribus l'Ostetrico offre maggiore garanzia di una levatrice. Egli può rimediare agli accidenti se sopraggiungono, mentre che loro non possono bastare che ai casi più semplici.*

Affinchè ciascuno abbia la sua parte bene stabilita bisognerebbe che la levatrice si limitasse a compiere i doveri di una infermiera (*garde-malade*), e che l'ostetrico si limitasse a sorvegliare gli ultimi momenti del parto ed i fenomeni che si svolgono nel puerperio.

E poichè l'ostetrico può sostituire la levatrice, mentre questa non può fare altrettanto col primo, è a temere che il circolo di Lucina non si restringa ancora sempre più. Ed a giudicare, continua Velpeau, dal passato, l'avvenire non mi promette niente di favorevole per la prosperità delle Levatrici. Nell'inforzare della Società, in epoche oscure di civilizzazione ed in regioni semibarbare le donne erano quasi le sole incaricate di soccorrere le loro simili nel momento dei parti. Più tardi, civilizzatisi ancora di più i popoli, i medici sono stati chiamati a compiere le stesse funzioni, poi si sono avuti gli ostetrici propriamente detti. In seguito si pretese che questi pratici fossero insigniti del grado di Chirurgo. E dopo, ciò si vede che da per tutto dove la civiltà si diffonde, ove i costumi prendono qualche libertà, ove i legami sociali si rafforzano, le donne si affidano sempre più volentieri ai medici allorchè sono in travaglio. È dunque permesso di concludere che il progresso naturale delle società umane tende a situare le levatrici e gli ostetrici nei rapporti che ho indicati or ora o

(1) *La très-haute science d'accoucher* — Paris, 1589

(2) *Traité complet des accouchements* — Paris, 1835.

piuttosto di fare *sparire le funzioni di levatrici dal grado delle professioni scientifiche per ridurle a quelle di semplici infermiere istruite e prudenti.*

Dopo un progresso continuo di 55 anni mi pare che sia venuto il momento di sanzionare scientificamente che il parto venga assistito dall'ostetrico, e non già dalla levatrice, la quale, come avea vaticinato Velpeau, non sarebbe d'oggi in avanti che una semplice infermiera e nulla più. Comprendo bene che parecchi ostacoli si oppongono a questa proposta, la quale è semplice in apparenza. Ma sono poi delle obiezioni tali da farci respingere senza altro la proposta?

Discutiamole brevemente.

Innanzitutto il pregiudizio sociale e il pudore istintivo della donna, mi si potrebbe opporre, non faranno mai generalizzare l'assistenza dell'ostetrico al parto. Ed io innanzi tutto farò notare che se Hecquet (1) nel 1680 contro l'indecenza che si verificherebbe se gli ostetrici assistessero ai parti, oggi di ciò non si può tener più conto quando si rifletta ai pericoli che si corrono; il sentimento della propria conservazione è superiore, e s'impone al pudore, e ciò è tanto vero per quanto nessuna donna si rifiuta di lasciarsi vedere dal Chirurgo quando una malattia la colpisce negli organi della generazione o quando un'operazione si debba praticare a una di esse. E poi sarebbe bello se il pregiudizio sociale dovesse imporsi a tutti e a tutto. Se ciò fosse in omaggio ai pregiudizi quante e quante leggi non si sarebbero dovute fare! Eppoi gli ostetrici si sono chiamati sempre al letto delle partorienti, e se i Greci avevano la Dea Lucina, le Romane invocavano Dei di altro sesso; gli scritti di Ippocrate, di Galeno, di Celso, di Ezio, di Paolo da Egina, di Albucasis, di Moschion, di Rhodion, di Pareo, di Guillemau, di Piardel, di Mauriceau, mostrano che i medici in tutti i tempi hanno apprestato le loro cure alle donne in travaglio. A coloro che dicano esservi stato un tempo in cui l'uomo non si avvicinava alla donna che partoriva, facciamo notare che la prima donna dovette essere assistita da un uomo, e che Eva non potesse ricevere altri soccorsi che quelli di Adamo. Insomma il pregiudizio sociale non può avere nessun valore di fronte ad una legge che stabilisce essere obbligatoria l'assistenza di un ostetrico a poco a poco tutti si acquieterebbero come nessuno s'è commosso allorchè furono assaliti i dentisti, i quali, poveretti al certo potevano arrecar minor danno di una levatrice.

Si potrebbe opporre ancora che la proposta in esame porterebbe

un dissesto economico, e che potrebbe non essere attuabile nei piccoli comuni. Ed anche qui è da notare che le levatrici esigono oggi dei compensi abbastanza salati, e che se gli ostetrici avessero ad assistere un numero di parti di gran lunga maggiore di quelli che oggi non assistono, al certo non potrebbero pretendere dei compensi tanto lauti quanto oggi si pretendono. Ma vi ponno essere delle persone che non possono disporre neanche di un modestissimo compenso da corrispondere ad un chirurgo, e che pure non si trovano nella possibilità di recarsi ad un ospedale. E che perciò? La istituzione delle guardie ostetriche in tutte le città a simiglianza di quelle che esistono a Milano, Genova, Padova etc. sarebbe sufficiente allo scopo, e come ha già messo in rilievo il collega Bossi esse sarebbero un mezzo efficacissimo per la profilassi ostetrica. In quanto ai piccoli Comuni i consorzi che si potrebbero stabilire fra alcuni di essi, piccoli Asili di Maternità che si potrebbero istituire nei capoluoghi dei mandamenti, il miglioramento economico dei medici condotti ed altre vie che si potrebbero ancora meglio escogitare potrebbero forse risolvere il problema.

Da ultimo si potrebbe dire che si ha dei medici, i quali si trovano in condizioni peggiori delle levatrici; la quale ultima difficoltà non mi pare che regga molto. Già oggi vediamo modesti pratici eseguire anche in campagna operazioni abbastanza gravi e con buon risultato, ma migliorate le condizioni dell'insegnamento, diffondete sempre più lo studio dell'ostetricia ai giovani, date loro i mezzi per istruirsi meglio in questa, che è pure la più difficile branca della chirurgia, e non si vedranno più gli sconci che ora si veggono, non si dirà più che vi sono dei medici che si trovano ad un livello più basso delle levatrici.

In conclusione io chieggo che la nostra Associazione affermi:

- 1.º che il parto deve esser diretto ed assistito da un ostetrico.
- 2.º che le levatrici così come sono oggi non hanno più ragione di essere, ma che invece debbono trasformarsi nel senso da divenire delle semplici infermiere istruite in modo particolare.
- 3.º che si faccia voti affinché oggi che siedono nel consiglio della Corona Francesco Crispi, a cui si deve il nuovo ordinamento sanitario del Regno d'Italia, e Guido Baccelli che è una delle più splendide affermazioni della Medicina Italiana, il governo del Re voglia far studiare da un'apposita Commissione i mezzi necessari per tradurre in pratica i nostri voti.

E dopo ciò ho finito!

Se ho abusato così a lungo del vostro tempo e della vostra pazienza l'ho fatto perchè mi sembra che la questione abbia la più alta importanza non solo scientifica ma anche sociale.

Ogni donna che muore o è un disastro economico o il dissolvimento di una famiglia; in ogni feto che perisce o si perde una madre che nuovi figli avrebbe potuto dar forse alla patria, o, se non un Newton, sarà per lo meno un cittadino che sparisce, e che forse un giorno avrebbe col suo onesto lavoro contribuito al benessere dell'Italia nostra, o anche, occorrendo, con le armi alla mano ne avrebbe saputo difendere i confini.

Io però non ho nessuna autorità per sostenere e far trionfare queste idee, le affido perciò al vostro patrocinio, a voi che siete i più saldi campioni degli Ostetrici Italiani.

DISCUSSIONE

Il *Dott. Pazzi* sarebbe meno radicale del *Dott. Miranda*. Prima di evocare dal Governo la distruzione delle levatrici domanderebbe che da ora in avanti non si permettesse più la patente di levatrice alle levatrici abusive ed a quegli uomini che in alcune provincie d'Italia si permettono di domandare la patente per l'esercizio della ostetricia.

Prof. Guzzoni degli Ancarani — A schiarimento di quanto ha accennato testè il collega *Pazzi*, ricordo che nella sezione ostetrica del Congresso medico di Siena venni incaricato di una relazione sulla riforma da introdursi nell'istruzione delle levatrici, relazione che presenterò quando ci sarà un nuovo congresso dell'Associazione Medica italiana.

Dott. La Torre — La questione delle levatrici, tale quale la pone il collega *Miranda*, è immensa ed è difficile poterla risolvere.

Certo, in America non vi sono levatrici e tutte sgravano bene; e male, e da noi anche senza levatrici si andrebbe bene; ma credo impossibile che si possano togliere in Italia le levatrici.

Io credo che moltissime volte la causa della infezione sia la levatrice (ne ho pubblicato casi chiarissimi) ma possono essere anche gli ostetrici — è il dito esploratore che porta il germe; quindi o levatrice o ostetrico.

Io penso che piuttosto che abolire le levatrici è meglio educarle ed istruirle di più; essere più rigorosi nello accettare le studente levatrici tanto per istruzione quanto per moralità e poi l'importante è di educare anche la società; noi sappiamo che le famiglie non comprendono essere micidiale il chiamare le levatrici ignoranti o servirsi di donne pratiche senza essere al caso di conoscere l'asepsi e l'antisepsi indispensabili nel parto.

Dott. Bordé — Fa due osservazioni alla comunicazione del *Dott. Miranda*: una d'ordine tecnico e l'altra d'ordine igienico-sociale. Gli ostetrici ed i batteriologi si combattono in questo terreno « se esista o no auto-infezione » — Tutti ammettono assiomaticamente che l'auto-infezione

esista e rappresenti l'eziologia del maggior numero delle febbri puerperali. La intossicazione poi da ptomaine prodotta da corpi in putrefazione esistenti e ristagnanti nei genitali, impropriamente messe in un fascio colle infezioni, non si potrà mai evitare ad onta anche della massima perfezione delle leggi profilattiche.

Rispetto poi alla proposta di abolire tutte le levatrici l'O. fa osservare che bisognerebbe cominciare dall'abolire piuttosto le diplomate nel periodo preantiseptico, poiché le grandi evoluzioni, come quella avvenuta nel campo chirurgico, dovrebbero avere l'effetto retroattivo, altrimenti si ritarderà moltissimo l'applicazione delle idee nuove. Le levatrici del presente vogliono essere meglio istruite.

La questione poi è collaterale e per scioglierla bisogna rivolgere l'attenzione all'altro elemento, il pubblico che è assistito dalle levatrici e dai medici. Bisogna inculcare ai capi-famiglia ed alle mamme la massima di diffidare delle levatrici tutte, di affidarsi all'ostetrico per potere avere una levatrice istruita, così si avrebbe il vantaggio eziandio dell'affiatamento fra medico e levatrice che è tanto utile per la salute della cliente.

Dott. Regnoli — La levatrice, credo, non può essere abolita per ragioni sociali.

Si provveda perchè vi sia in esse una coltura preparatoria maggiore di quella che ora si richiede perchè esse possano comprendere la missione cui sono destinate. Si provveda che gli studi ai quali si indirizzano sieno limitati al loro semplice esercizio di levatrice, e non si ecceda nell'istruzione. Solo in questo modo si potrà fare del bene alla Società riponendo le cose al loro posto.

Prof. Acconci — Quantunque nella questione della abolizione delle levatrici non sembri opportuno il momento, non ne ritiene conveniente l'abolizione tanto più che esse stesse nei loro congressi fanno voti perchè sia migliorata la loro coltura. Quanto alla auto-infezione non ne è partigiano e dimostra con dati statistici come col metodo aseptico si ottenga sicuramente un puerperio fisiologico, meno ben inteso i casi in cui l'antisepsi è per speciali condizioni patologiche indicata.

Dott. Marocco — Io non voglio toccare quella parte della dissertazione che si occupa dell'ecatombe delle levatrici. Occupiamoci: 1.° degli strappi del perineo e loro conseguenze; 2.° Della disinfezione delle mani delle puerpere; 3.° Di diffondere il rispetto dell'asepsi naturale, sulla quale mi intrattenni nell'esame ostetrico esterno di *Leopold e Credé*, pertrattando la parte dell'infezione e sulla dissertazione tenuta al 2.° Congresso delle Levatrici in Roma.

Egredi Colleghi, se oggi sopprimete a mo' d'esempio le levatrici, domani le costituirete di nuovo. Basta guardare il numero ingente delle gravide perchè ammettiate la necessità delle levatrici... bene educate, specialmente all'obbedienza.

Il *Dott. Miranda* risponde: Che la Società ha il diritto di discutere la questione essendo essa della più grande importanza igienica e sociale.

Non si tratta di abolire le levatrici ma si tratta di ridurre le loro funzioni a quella di semplici infermiere e riservare all'Ostetrico la suprema direzione del parto.

Del resto l'abolizione o la trasformazione delle Levatrici non potrà far

risentire i suoi benefici effetti, se non dopo moltissimi altri anni, non potendo distruggere i diritti acquisiti dalle levatrici esistenti.

In quanto poi all'autoinfezione ripete dettagliatamente le proprie esperienze, che lo menano a negare l'esistenza dell'autoinfezione, in quanto che egli non ha mai riscontrato germi patogeni nel canale vaginale. Questo fatto lo spiega con le condizioni speciali del canale vaginale che è di reazione costantemente acida. Nè il fatto che altri ricercatori hanno rinvenuti germi patogeni deve imporre, perchè probabilmente questi osservatori hanno esaminato il secreto vaginale di donne le quali avevano potuto avere rapporti conjugali poco tempo prima di essere ricevute negli Istituti di Maternità, quando il secreto fu inguinato nell'atto in cui fu raccolto.

L'O. invece ha curato di raccogliere la secrezione vaginale solo quando le donne avevano passato non meno di 15 giorni nella clinica, durante il quale tempo non erano esplorate su nessuna ragione.

Da ultimo parla di una serie di esperienze praticate su i conigli, che lo menano a conclusioni diametralmente opposte a quelle a cui era giunto lo Steffech.

Il Dott. Regnoli propone che si lasci la questione a studiare da una commissione essendo essa delicata per ragioni sociali e per ragioni d'insegnamento.

Difficilmente le signore rinunceranno a lasciarsi assistere da donne, e d'altronde la legge per la istruzione delle levatrici esiste, e non si può sopprimere d'un tratto, con una decisione della nostra Società.

Prof. Guzzoni degli Ancarani — Mi pare che ormai sia tempo di concludere.

Io ritengo sia anzitutto opportuno far voti presso il Governo onde mai più si diano esami e si facciano corsi accelerati per le levatrici abusive: e siccome non è possibile accettare le conclusioni accennate dal collega Miranda sulla abolizione delle levatrici anche perchè non si possono togliere dei diritti acquisiti, io vedrei con piacere invece che a coloro che si presentano per studiare da levatrice sia chiesto la patente di maestra di grado inferiore o almeno la licenza elementare; vorrei ancora che ogni 4 o 5 anni si tenessero da apposite persone tecniche speciali conferenze sull'assistenza ai parti come si fa di tanto in tanto per i maestri e le maestre. Tutte le levatrici avrebbero obbligo d'intervenirvi e alla fine delle conferenze dovrebbero sostenere un esame: siccome *salus populi suprema lex est*, così coloro che non lo superano dovrebbero essere sospesi dall'esercizio fino a che non si mettano in condizioni di superare tale esame. Questi i voti che io formulo ai quali ne vorrei aggiungere un'altro.

In Italia oltre alle scuole d'Ostetricia di Milano, Venezia e Novara abbiamo anche le scuole di Bari, Aquila, Catanzaro. In queste tre scuole meridionali non mi consta che viga il regolamento per le altre scuole d'ostetricia: non mi consta che i titolari e il resto del personale siano stati nominati per concorso, non mi consta che vi siano in esse dei liberi docenti o degli eleggibili in concorso di ostetricia: io lo ignoro perfettamente e gli annunci del Ministero della pubblica Istruzione da me consultati mi hanno fatto sorgere questo dubbio: e si che lo stipendio dei titolari è superiore a quello di certi professori d'Università o delle scuole d'Ostetricia: a ciò si aggiunga che uno

degli insegnanti oltre all'incarico dell'ostetricia aveva l'incarico della mineralogia e della fisica e della botanica e della chimica! Io vorrei che nella nomina del titolare, del personale tutto, negli esami, nella clinica si estendesse il regolamento generale d'ostetricia anche alle scuole di Aquila, Bari e Catanzaro (qualora si vogliono mantenere) come detto regolamento è rigorosamente osservato in tutte le altre cliniche ostetriche e scuole d'ostetricia del Regno, e prego il nostro illustre Presidente a volere farsi interprete di questi miei giusti desiderii presso il Ministero direttamente o alla prima discussione del bilancio in Senato.

Prof. Morisani — Ho il dovere prima di chiudere questa discussione di rispondere al collega Prof. Guzzoni.

Le scuole per le levatrici di Bari, Catanzaro ed Aquila sono regolate dallo stesso Regolamento Bonghi sulle scuole di ostetricia minore; ma esse sono fuori la legge poichè non sono alloggiate in Ospedali, non hanno sale di Maternità, sicchè la istruzione pratica manca completamente.

Ed è curioso, che io sono invitato a firmare i diplomi rilasciati da quelle scuole, visto che quei Professori non sono autorizzati a firmarli.

Nello scorso anno io rifiutai di apporre la mia firma, e feci tra le altre cose riflettere al Ministero, come la mia firma apposta a quei diplomi recasse un danno positivo alle allieve iscritte nella scuola Ostetrica Universitaria di Napoli. Invero il fatto dimostra che delle allieve di Napoli un piccolo numero ottiene l'approvazione coi voti semplici, qualcheduna con segnalazione, e finora una sola ottenne la *eminenza*.

Per contrario le allieve delle scuole sopra cennate sono frequentemente approvate con segnalazione ed eminenza. La qual cosa dimostra, come le commissioni di esame di quelle scuole sieno molto più facili ad approvare, e più larghe nelle votazioni in confronto della Commissione di Napoli.

Ora supponiamo che una allieva di questa ultima scuola, ed una di quelle di Bari, Aquila o Catanzaro si presentino ad un concorso per ottenere una condotta; è chiaro che se il diploma presentato da ciascuna concorrente porti la firma del Direttore della scuola, ove l'allieva compì i suoi studi, la Commissione potrà preferire l'una o l'altra, tenendo conto del rigore più o meno grande, con cui nelle due scuole sono eseguiti gli esami; ma se invece i due diplomi portano la stessa firma, è evidente che sarà preferita colei la quale ottenne con facilità e larghezza una vantaggiosa approvazione all'altra, la quale esaminata con maggior rigore, fu approvata appena a maggioranza, quantunque quest'ultima abbia studiato con maggiore impegno e perfezione. La quale cosa è evidentemente una ingiustizia.

Io posso assicurare il collega Guzzoni che non mancherò di adoperare tutto lo impegno, affinchè cessi questo stato di cose, il quale reca grave pregiudizio alla scuola, che ho l'onore di dirigere.

Su proposta del Prof. Morisani l'Assemblea dà incarico alla Presidenza del Congresso di nominare una Commissione deputata a studiare la questione da' suoi vari lati e riferirne alla prossima riunione annuale.

Vengono nominati i Signori Professori Guzzoni degli Ancarani (Presidente) e Truzzi, e i Dottori Miranda, Pazzi e Regnoli.

PROF. LUIGI MANGIAGALLI

DIRETTORE DEL COMPARTO GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

Risultati prossimi e remoti della isterectomia vaginale per carcinoma.

RELAZIONE.

Nel tema messo all'ordine del giorno e sul quale io ho l'onore di riferire, sono comprese due serie di argomenti; gli uni, strettamente di indole tecnica, si riferiscono ai metodi, ai processi operatorii, ai limiti della indicazione dell'operazione, a tutto quanto insomma può influire a migliorare la prognosi immediata della operazione, gli altri invece si riferiscono ad una questione fondamentale di patologia, la curabilità chirurgica del carcinoma, studiata, nella fattispecie, riguardo all'utero. Le questioni sono dunque essenzialmente due. Quante ammalate di carcinoma uterino guariscono dalla operazione, quante guariscono dalla malattia? O in altri termini: i benefici che si hanno dalla operazione sono tali da giustificarla? A mio avviso la Presidenza della nostra società ha fatto bene a non scindere le due questioni, essendo evidente che la risposta all'ultima domanda formulata, possa, in parte almeno, dipendere dalla risposta che l'esperienza può dare alle domande della prima serie.

Ora niuno vorrà contestarmi che la isterectomia vaginale, pure considerata nei soli casi di carcinoma, abbia avuto una linea ascendente brillantissima e rapida, quale forse nessun'altra operazione. Quando nel 1887, epoca per a noi così vicina, Augusto Martin di Berlino riferì, nel Congresso medico internazionale di Washington, i risultati della sua esperienza sulla isterectomia vaginale per carcinoma, egli fu rudemente attaccato da Reeves Jackson di Chicago; e tutti voi ricordate pure il giudizio che Vernouil dava della nuova operazione, a un anno di distanza, nella Società di chirurgia francese, giudizio così severo che l'isterectomia parve per qualche tempo condannata in Francia. Due anni più tardi, nel 1890, nel 10.^o Congresso

medico internazionale a Berlino, l'operazione era già accettata universalmente e solo si discutevano le questioni che riguardavano i metodi, le limitazioni, i risultati definitivi, quantunque un anno prima Lewson Tait, lanciaisse il suo anatema contro l'isterectomia. Per l'autorità del nome, *stat magni nominis umbra*, vale la pena che io vi citi testualmente le parole che egli scriveva nella sua opera tuttora incompleta « *Sulle malattie delle donne e sulla chirurgia addominale* » (v. p. 117): « L'idea di trattare il cancro dell'utero mediante la completa rimozione dell'organo incontrò, è pressochè inutile che io lo dica, la mia più energica disapprovazione. » Ma udite quali ragioni egli reca a conforto della sua tesi: « Le mie ragioni » aggiunge « sono che la sua primaria mortalità *deve sempre* essere forte e che i pochi casi in cui la malattia non recidiva sono evidentemente errori di diagnosi. « Inoltre, le operazioni per una malattia che non danno buoni risultati secondari non devono trovar luogo nella buona chirurgia. Nella confusa mente del pubblico non si discernono così tali operazioni da quelle che danno risultati secondari perfetti, e siccome io desidero che la mia opera sia stabile, mi sono sempre opposto alla asportazione dell'utero per cancro, ed il mio primo giudizio è stato confermato dai fatti. »

La critica è facile. Ragioni di opportunità professionale non devono essere qui prese in considerazione, e il resto del ragionamento basa su false premesse, poichè, tutte le operazioni hanno un procento grande o piccolo di risultati remoti non buoni, perchè non è lecito il negare senza prova le affermazioni di tanti insigni ed onesti cultori dell'arte, e perchè infine non è vero la mortalità debba sempre essere elevata.

La mortalità della isterectomia vaginale per carcinoma che, 10 anni or sono, si aggirava attorno al 25 % (si confrontino i lavori di Brunner, di Mundé, di Duncan, di Sara Post, di Hache) può considerarsi oggidi come inferiore al 10 %, pur non tenendo calcolo di quella selezione che la critica concede e la ragione esige. Per restare nel nostro paese, nel recentissimo lavoro di Berruti (Contributo alla isterectomia vaginale. Torino, 1894), troviamo raccolti 553 casi italiani di isterectomia vaginale per carcinoma con 52 decessi e colla mortalità perciò del 9.5 %. Io ho praticato 88 isterectomie vaginali per affezioni maligne dell'utero, delle quali 87 per carcinoma, uno per sarcoma, con otto decessi, vale a dire colla mortalità complessiva brutta del 9 %. Fuori d'Italia, accanto alla mortalità molto

bassa di Kaltenbach (1) (3,3%), di Leopold (2) (5,0%), troviamo quella di Schauta (3) del 9,1%, di Fritsch (4) del 9,7%, di Gussierow (5) del 10,4%, di Hofmeier (6) del 10,7%, di Salaitzki (7) del 12,6%. Nella clinica ginecologica di Berlino (Frauenklinik) (8) dal 1 maggio 1880 al 1 ottobre 1885, si ha la mortalità del 25%, mentre dall'ottobre 1885 al 30 Aprile 1891, scende all'11,9%. In Francia Richelot, che in occasione della discussione avvenuta in seno alla Società di chirurgia francese aveva portato una statistica poco brillante, ora, nel suo recente trattato (9), riferisce una nuova serie di 44 casi con 3 morti.

A. Martin fino al 1887 aveva praticato 94 isterectomie vaginali per carcinoma. Di queste solo 66 potevano veramente considerarsi come operazioni radicali, essendo stato con esse rimosso completamente il neoplasma: ne morirono 11 e si ebbe perciò la mortalità del 16%. Il numero delle sue operazioni è poi cresciuto di 77, ma di queste non accenna ai risultati (10). La statistica complessiva italiana, come la mia personale, possono considerarsi con sufficiente approssimazione come rappresentanti la mortalità media della isterectomia vaginale per carcinoma, *senza selezione di casi*, mortalità che, nel 1890, nel Congresso medico internazionale, veniva da Olshausen calcolata dal 10 al 15%. Una selezione è però necessario farla dal punto di vista delle questioni che ci occupano. Concedetemi ora appunto di analizzare la mia mortalità complessiva rappresentata, come dissi, dal 9%, non perchè io pretenda di dimostrare che le morte quasi non sieno morte, ma perchè da tali analisi mi pare sorga un argomento di molta importanza da aggiungersi agli altri, perchè la isterectomia vaginale sia preferita *sempre*, nei casi di carcinoma, all'amputazione vaginale e sopravaginale. Tale questione non ancora del tutto silente è stata molto discussa negli anni antecedenti. Verneuil, basandosi sulla sua pratica, Schroeder e la sua scuola, specialmente Hofmeier e Winter, basandosi, oltrechè sull'osservazione clinica,

anche su considerazioni anatomiche che riguardano il modo di diffondersi del carcinoma secondochè ha sede sul collo, nel canale cervicale o nel corpo, volevano riservata l'amputazione alta del collo per il cancro della porzione vaginale, l'isterectomia per i casi della seconda e terza famiglia. In un mio lavoro antecedente, pubblicato nel gennaio 1890, ho già indicato diffusamente tutte le ragioni che militavano a favore della isterectomia. Nel Congresso internazionale del 1890, Schauta e Pozzi, relatori su questo argomento, dimostrano pure il lato debole delle argomentazioni degli avversari, e non mi pare sia il caso di ripetere tale dimostrazione. Su questo punto non ho mutato d'avviso. Non regge neppure l'argomento che considera l'amputazione sopravaginale come *actum minoris periculi*. Il metodo statistico deve avere dei limiti che non si devono oltrepassare. Non appare tosto come due serie operatorie, comprendenti, l'una i casi di amputazione del collo, l'altra i casi di isterectomia vaginale non sieno confrontabili, non appare tosto evidente come l'una comprenderà soltanto i casi relativamente facili, quelli cioè in cui è applicabile, l'altra insieme a questi anche i casi avanzati? La forza di tale argomentazione si rileva subito quando si abbia cura di separare i risultati della isterectomia vaginale in due classi, una che comprenda i casi in cui sarebbe stata attuabile l'amputazione del collo, l'altra i casi in cui di necessità si sarebbe dovuto ricorrere alla isterectomia.

È appunto quello che ho fatto colla mia statistica. Degli otto decessi, uno si è verificato per adiposi cardiaca, uno per collasso, uno per diabete, cinque per setticoemia. Se noi ora classifichiamo i casi da me operati a seconda del criterio accennato, noi abbiamo 6 casi di carcinoma o sarcoma del corpo con un caso di morte, che non devono essere considerati nella questione che qui si dibatte. Gli altri 82 casi così si dividono: casi di carcinoma del collo senza diffusione apparente al parametrio o alla vagina, N. 46 casi con 1 solo caso di morte; casi di carcinoma del collo con diffusione all'uno, all'altra o ad entrambi, N. 36 con 6 morti.

Nella serie dunque in cui sarebbe stata applicabile l'amputazione alta del collo la mortalità non è stata colla isterectomia che del 2,17%. Quale mortalità si può contrapporre a questa coll'amputazione alta del collo uterino? Il dott. Baker di Boston, nel 1888, riferiva, nell'*American Journal of Obstetrics*, 57 casi operati col termocauterio con 2 morti, colla mortalità quindi del 3,50%, mentre Winter più recentemente riferisce di 155 asportazioni parziali con

(1) *Festschrift f. Hegar*, 1880.

(2) *Archiv. f. Gynaec.*, Bd. 26.

(3) *Berliner Klinik*, 1891.

(4) *Archiv. f. Gynaec.*, Bd. 37.

(5) *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, N. 47.

(6) *Münchener med. Wochenschr.*, 1890, N. 42 e 43.

(7) *Verhandl. des X. intern. Congres.*

(8) Krükenberg. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaec.*, XXIII Bd., 1 H.

(9) « *L'isterectomie vaginale* » 1894.

(10) « *Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten* » 1893, pag. 292.

to morti, cioè colla mortalità del 6,45 % (1). Lo stesso Winter in altra pubblicazione (*Annals of Gynecology*, february, 1891), sopra una più ampia statistica di 828 casi dà la mortalità del 2,20 %. *Nei casi dunque confrontabili per la loro natura, per le difficoltà da cui sono circondati e perchè possono prestarsi indifferentemente all'amputazione alta ovvero all'isterectomia*, non si va lungi dal vero, affermando che la prognosi delle due operazioni può equivalersi.

Quanto cammino in poco più di un lustro, dall'epoca (1888) cioè in cui Verneuil, nella memoranda riunione della Società francese di chirurgia, sosteneva con tanta eloquenza l'amputazione del collo, come più facile, più efficace, meno pericolosa ed affermava che l'isterectomia aveva una gravità che poche operazioni presentavano maggiore, dall'epoca in cui Byrne (1889), alla riunione della Società americana di ginecologia chiamava l'asportazione totale *una operazione micidiale non compatibile coi sentimenti del dovere e della responsabilità!* Si aggiunga l'incertezza in cui noi ci troviamo sulla reale delimitazione del neoplasma anche nel senso dell'altezza. Prescindendo infatti dai casi, ormai numerosi, nei quali, accanto a lesioni limitate del collo, si osservarono focolai cancerosi nella parte alta della cervicè e nel corpo, è raro, nei casi che si presentano per l'operazione, trovare che il neoplasma non sia già diffuso fino all'istmo e oltre all'istmo. Prescindendo dai casi affatto iniziali, rappresentati da limitate ulcerazioni epiteliomatose della porzione vaginale del collo, come comportarsi nei casi in cui, pur riconoscendo indenni vagina e parametrii, il collo è pressochè completamente distrutto, evasato, profondamente ulcerato a cratere? Ho messo tali casi nella prima categoria. Ebbene dall'esame post-operatorio dei 46 uteri esportati, appartenenti a detta categoria, solo in cinque l'amputazione anche alta del collo sarebbe stata rassicurante. Un altro fatto devo aggiungere che parla molto eloquentemente a favore della isterectomia anche in casi apparentemente indicati per l'amputazione del collo. Nel quadro statistico in cui ho procurato di compendiare accuratamente le mie osservazioni e che ho allegato alla relazione stessa, troverete (Osservazioni 19.^a, 21.^a, 25.^a, 35.^a), 4 casi di isterectomia praticata per recidiva a breve scadenza sul moncone, dopo che era stata praticata l'amputazione del collo. Ebbene due di esse sono tuttora senza recidive alla

(1) *Zeitschrift f. Geburt. u. Gynaek.*, XXII Bd., I H., 1891.

distanza rispettivamente di 4 anni e 3 mesi, di 3 anni e 6 mesi dalla praticata isterectomia. (Osservazioni 21.^a, 35.^a).

È mia convinzione dunque che si debba estendere l'indicazione della isterectomia vaginale a tutti i casi di cancro della porzione vaginale anche a quelli iniziali. Disgraziatamente al clinico si presentano molto di rado questi ultimi casi non solo, ma, accogliendo anche con una certa larghezza le indicazioni della isterectomia per carcinoma, abbiamo un procento relativamente basso di casi operabili in confronto con quelli inoperabili, sia per scarsa diffusione della cultura e pratica ginecologica, sia per il decorso subdolo della malattia, sia per imprevidenza dell'ammalata o per pregiudizio o per erronea interpretazione della perdita sanguigna da parte non solo dell'ammalata ma qualche volta del medico stesso. In quasi tutti i casi da me operati, erano presenti *almeno* da sei mesi sintomi che dovevano indiziare fortemente la malattia. Nella mia esperienza la proporzione dei casi operabili a quelli inoperabili è all'incirca di ventidue a cento. È pure a notarsi come, delle 88 operate, 56 spettino a Milano, quantunque l'Ospedale Maggiore accolga ammalate non solo dall'intera provincia di Milano, ma anche da parecchie limitrofe. M o m s s e n ha dimostrato eguale fatto per Berlino e per la campagna (1). La proporzione invece dei casi operabili ai non operabili fu oscillante nella clinica ginecologica di Berlino dal 25 al 31 %. Essa fu (2) rappresentata per:

| | |
|-----------------------------------|------------|
| Kaltenbach (Halle) | dal 30,8 % |
| Olshausen (Halle) | » 27,2 » |
| Czerny (Heidelberg). | » 27,1 » |
| Leopold (Dresda) | » 20,4 » |
| Fritsch (Breslau) | » 19,2 » |
| Schauta (Praga) | » 18,0 » |
| Schroeder, Hofmeier (Berlino) . . | » 19,0 » |
| Gusserow (Berlino) | » 5,0 » |

La breve digressione fatta non è inutile a dimostrare quanto resti a fare ancora perchè una delle più temibili malattie possa in tempo beneficiare dell'arte e della scienza medica. Mi affretto a rientrare nell'argomento.

(1) Winter, « The progress of obstetrics and gynaecology in Germany. » *Annals of Gynecology*, February 1891.

(2) Krukenberg, loco citato.

Quali sono i limiti entro cui devono contenersi le indicazioni della isterectomia per carcinoma? Quando dobbiamo noi, in altri termini, considerare clinicamente come operabile un caso di metrocarcinoma? Bisogna riconoscere come in questi ultimi tempi siasi andato designando una generale tendenza a contenere tale operabilità entro confini piuttosto ristretti; a limitare la indicazione della isterectomia ai casi in cui il neoplasma è rigorosamente, in apparenza almeno, circoscritto all'utero e ai casi in cui l'utero conservi la sua mobilità. Mentre io ritengo sia di danno alle ammalate ed all'arte, l'accingersi alla isterectomia anche quando i parametri sono largamente invasi ed il neoplasma ha dilagato notevolmente oltre i confini dell'utero, nel retto o nella vesciva, non posso però del tutto convenire nella rigorosa limitazione della indicazione voluta da alcuni. L'idea esposta e sostenuta da Thiem (1) nella 61.^a riunione dei medici e naturalisti tedeschi, tenutasi a Colonia nel settembre 1888, che l'isterectomia vaginale anche nei casi che si suole chiamare inoperabili sia la migliore cura palliativa, a mio avviso, deve assolutamente rifiutarsi. Se può esser vero che i sintomi dovuti all'accumulo di materiali stagnanti nella cavità uterina possono qualche volta essere leniti, o l'emorragia farsi meno grave e frequente, è indubitabile che ciò non compensa il senso di dolore e di profonda sfiducia nell'arte che ingenera lo spettacolo della recidiva rapidissima o galoppante, nella immensa maggioranza dei casi. A tale argomento d'ordine generale ne aggiungo uno specificato: la notevole frequenza colla quale in tali casi, per rapida invasione del retto e della vesciva e loro ulcerazione ne segue una fistola rettale o vescivale, rendendo così più insopportabile un'afezione già per sé così dolorosa. Analizzando l'ingente numero di carcinomi caduti sotto la mia osservazione e passati successivamente nei cronici, ho dovuto convincermi che tale invasione è molto più frequente nei casi operati che nei casi non operati. Ne troverete un certo numero nel mio quadro statistico.

Le considerazioni sopra accennate valgono per i casi in cui il neoplasma è molto diffuso, ma nei casi di limitata invasione della vagina o dei parametri sotto forma di nodi ben distinti, individualizzati, nei casi in cui la vagina, quantunque invasa, è tuttora mobile rovesciabile, nei casi in cui l'utero non può abbassarsi ma è spostabile e un po' mobile *in situ*, e si possono circoscrivere col tagliente

(1) *Centr. f. Gynaek.*, N. 47, 1888.

i nodi parametrali, in tali casi non mi pare possa negarsi alla paziente il conforto della speranza che l'operazione possa valere a guarirla o eventualmente a prolungare la sua esistenza. Nell'analisi delle mie osservazioni rispetto ai risultati lontani della isterectomia, vedremo come tale speranza possa qualche volta non essere vana.

Generalizzata l'indicazione della isterectomia a tutti i casi di carcinoma uterino operabili con intenti radicali, passiamo ad esaminare la tecnica. Qualunque sia il processo a cui ricorriamo, dobbiamo noi proporci in modo assoluto di asportare coll'utero trombe ed ovaie? La mia convinzione su questo punto è pure fatta, e non posso che confermare, dopo più matura esperienza, quanto esposi, nel lavoro già accennato, quattro anni or sono. Due argomenti si possono portare in campo a favore dell'ablazione degli annessi: la possibilità di forme nervose moleste o di accidenti peritoneali dovuti alla persistenza della funzionalità ovarica, ovvero la possibilità di recidiva nel moncone tubarico o nell'ovaio. Prescindendo dai lavori di Glaewecke (1) e di Grammatikati (2), che io ho già analizzato altrove e che sono conosciuti a tutti coloro che si occupano di ginecologia e restando nel campo della mia esperienza, ho fatto, nelle mie operate, le più diligenti ricerche in proposito, ma ne trassi la persuasione che tali timori sono vani o grandemente esagerati, per cui oggi ancora consiglieri di attenersi al concetto pratico di opportunità che io ho sempre seguito. Se gli annessi cadono nel campo operatorio ed è facile la loro asportazione, giova completare con questa la esportazione dell'utero; se la loro ricerca è appena appena indaginosa, se la loro ablazione non è specificatamente indicata da alterazioni in esse incoate, è meglio limitarsi alla pura e semplice isterectomia. Quanto al timore di lasciare nelle trombe elementi di recidiva, mi pare affatto insussistente. Io ho invitato il mio assistente volontario, dott. Luigi Villa, a fare ricerche nel tratto di tuba centrale, in molti uteri da me esportati, e le ricerche furono costantemente negative.

Nel praticare l'isterectomia vaginale prevale generalmente il concetto, fatta l'incisione vaginale o col bistouri o colle forbici o col termo-cauterio o col galvano-cauterio, di trarre l'utero in basso, senza capitombolo, separando l'utero da' suoi attacchi, previa emostasi colle legature di seta o di catgut ovvero mediante forcipressura, dopo aver

(1) *Archiv. f. Gynaekologie*, Bd. XXXV, 1 H.

(2) *Centr. f. Gynaekologie*, N. 7, 1890.

scollato la vescica e aperta la piega di Douglas. Landau (3) dà il consiglio, specialmente per i casi di carcinoma alquanto avanzato, di lasciare intatto lateralmente, nella circoncisione vaginale, un piccolo ponte di mucosa onde evitare la possibilità, quando la mucosa è molto assottigliata e la cervice è in gran parte invasa dal neoplasma, di penetrare col tagliente nella zona vascolare della base del legamento largo ed avere così emorragie che di solito non si manifestano finchè l'utero è sottoposto a trazioni, ma che insorgono ad operazione compiuta. Il Landau dà grande importanza a tale precetto. Ho trovato utile qualche volta seguirne il consiglio, ma non posso esagerarne la portata. Riguardo alla incisione vaginale, io la pratico di solito, nei casi in cui il neoplasma non è molto diffuso e l'utero può trarsi alla vulva, col bistouri; nei casi in cui l'utero è fisso ed elevato, ma l'indicazione non è data dal carcinoma, mi servo volentieri della forcipe curva sul piatto, mentre nei casi di carcinoma alquanto avanzato dò la preferenza al galvano-cauterio, col doppio vantaggio di non avere il gemizio di sangue dalla incisione vaginale, e diminuire la probabilità di innesti eventuali sulla linea d'incisione. Il raschiamento non lo pratico se non quando gli inconvenienti che alcuni vi attribuiscono (penetrazione nelle vene e nei linfatici di elementi neoplastici) sono di gran lunga superati dai vantaggi che ne derivano o alla tecnica operatoria o all'antisepsi, le quali esigono qualche volta o che si demolisca il neoplasma rigogliosamente vegetante entro la vagina, o si raschino le masse proliferanti entro il canale cervicale le quali non permettono una rigorosa disinfezione. Lo sbrigliamento vulvo-vaginale consigliato da Chaput nei casi di rigidità e ristrettezza della vulva e della vagina non l'ho praticato che una volta (osservaz. 83.^a), e devo riconoscere come l'atto operativo ne sia stato molto facilitato, aggiungo però tutto come colla pazienza e colla destrezza si possa riuscire ad estirpare uteri relativamente voluminosi attraverso a genitali angusti di nullipare o rigidi di donne in età avanzata. Queste accennate sono ad ogni modo piccole particolarità operatorie che non richiedono una discussione speciale. Una invece ne meriterebbero i seguenti punti. La forcipressura: merita la preferenza sulle legature progressive? Il peritoneo deve chiudersi ovvero torna meglio lasciare aperta l'ampia breccia residua alla esportazione? Abbiamo a quest'ultimo riguardo

3. *Beitrag zur. Woch.*, 1888, N. 9 e 10. — *Vadasi anche: ABEL. • Zur Technik der vaginalen Uterus extirpationen. • Archiv. f. Gynaek.*, Bd. XLVI, II, 1. 1891.

opinioni contraddittorie e non si può dire che la questione sia risolta. In via generale, in Germania, prevale una tendenza alla chiusura generale o parziale della breccia peritoneale, mentre in Francia prevale una tendenza opposta. Chi pratica la forcipressura risolve già implicitamente tale problema.

Esporrò più tardi i risultati della mia osservazione e della mia esperienza. I casi clinici sono del resto così vari l'uno dall'altro, sono così diverse da caso a caso le circostanze in cui si opera, diffusione del neoplasma, lacerabilità dei tessuti, angustia e rigidità della vagina e della vulva, stato del cuore e dei reni, resistenza organica, ecc., che sarebbe difficile anche al più coscienzioso osservatore il fare due serie che si possano paragonare. L'abilità acquistata nell'uno o nell'altro processo può anche valere a modificare i risultati della serie. Per conto mio non ho più contro la forcipressura la prevenzione mostrata in alcuni scritti antecedenti. L'analisi ragionata dell'uno e dell'altro metodo, senza preconcetti, guidata dall'esame spassionato dei risultati ottenuti dai caldeggiatori della legatura e della forcipressura, parrebbe condurre alle seguenti affermazioni:

A. Legatura progressiva:

- 1) È metodo più elegante, più artistico, richiede maggior destrezza ed abilità, ma anche maggior tempo.
- 2) Permette, a seconda dei casi, di chiudere o lasciare aperta la breccia addominale.
- 3) Dà meno dolori nei giorni che seguono l'operazione.
- 4) Permette al pari della forcipressura, l'emostasi immediata, assicura meglio quella consecutiva.
- 5) È noiosa l'attesa della caduta dei fili, se si lasciano lunghi in vagina; favorisce suppurazioni successive, se si tagliano corti essendo facile il loro inquinamento per mezzo del neoplasma.
- 6) Rende laboriosa l'operazione nei casi di utero poco mobile e di notevole diffusione del neoplasma.

B. Forcippressura:

- 1) Richiede minor tempo, riduce quindi al *minimum* i pericoli della narcosi, del collasso, dell'eventuale degenerazione grassa del cuore.
- 2) Permette di operare con relativa facilità anche i casi di notevole diffusione del neoplasma ed estende in tal modo i limiti della isterectomia.
- 3) Non permette di chiudere la breccia peritoneale, il che può essere invocato come un vantaggio o come uno svantaggio.

4) Dà maggior somma di sofferenza nei primi due giorni dopo l'operazione.

5) Assicura l'emostasi immediata, ma lascia qualche trepidanza al momento in cui si levano le pinze.

6) Il trattamento consecutivo è più semplice, quantunque la breccia richieda a chiudersi definitivamente circa quaranta giorni, per la eliminazione completa dei tessuti necrosati.

La forcipressura può essere pure considerata da un punto di vista speciale, se cioè essa, evitando completamente, quando si premetta l'incisione della vagina col galvano-cauterio, cruentazioni di ogni sorta, non renda meno probabile l'eventualità di un innesto. Dai più si sostiene che le recidive locali derivino quasi sempre da piccoli nidi neoplastici, sfuggiti all'opera del chirurgo, avendo perso terreno in questi ultimi tempi l'ipotesi antica che nelle vicinanze del campo operatorio il tessuto sano degenerasse cancerosamente. Tale convinzione è espressa recisamente da König, il quale afferma che la recidiva locale avviene perchè colla esportazione del tumore si lasciano parti di esso. Winter (1) che ha fatto recentemente con tanta accuratezza lo studio della recidiva del metrocarcinoma, sopra 58 recidive osservò 54 recidive locali, delle quali 32 poteva attribuire sicuramente, considerando il decorso della operazione, all'aver lasciato germi cancerosi. È una esperienza del resto da me fatta e che tutti avranno fatto con me, che l'operatore può già predire con quasi sicurezza, operando casi di metrocarcinoma avanzato, dove avverrà la recidiva. Winter assegna alla recidiva locale i seguenti caratteri:

- 1) essa incomincia nella immediata vicinanza della cicatrice;
- 2) ha principio in punti circoscritti e cresce perifericamente in modo lento;
- 3) in generale, nella sua diffusione, segue la stessa via lungo la quale si diffonde il carcinoma quando non sia operato.

Oltre alla recidiva locale, a quella linfatica ghiandolare, a quella metastatica, Winter descrive ed analizza accuratamente quella da innesto, dovuta al seminio di elementi cancerosi nel tessuto sano durante l'operazione stessa. Si accetti o si rifiuti l'origine parassitaria del cancro, la clinica e l'anatomia dimostrano tale possibilità e Winter fa una lunga enumerazione delle osservazioni e dei fatti che la

comprovano. I chirurghi che accettano tale recidiva da innesto danno anche una serie di consigli per evitarla. Hahn per es. consiglia di chiudere la ferita con altri strumenti che non sieno quelli stati adoperati per asportare il neoplasma, e Fritsch avverte di non impiantare su tessuti sani pinze uncinato che abbiano già afferrato il neoplasma. Non è dunque razionale l'ammettere che colla forcipressura associata alla incisione vaginale col galvano-cauterio, non avendo superfici sanguinanti, risparmiando le punture e i tragitti degli aghi, si renda meno probabile la recidiva da innesto? Come speciale vantaggio della forcipressura, Landau (l. c.) cita pure la necrosi dei tessuti compresi nei klemmer per il tratto di 1-2 cent. Certo la dimostrazione clinica che la forcipressura, dia risultati più durevoli che gli altri metodi non è stata data, ma dovendo giudicare imparzialmente dei vantaggi e svantaggi del metodo, non poteva certo omettere i due argomenti accennati quantunque abbiano sinora soltanto una base teoretica. Comunque sia, non possiamo ora più accettare che la forcipressura aumenti la mortalità o predisponga a speciali accidenti operatorii. Le due pubblicazioni più recenti, che risalgono a pochi mesi or sono, di partigiani esclusivi della forcipressura lo dimostrano, avendo Richelot avuto nella sua nuova serie una mortalità del 6. 81 %, e Landau, unendo ai suoi casi quelli di Abel, una mortalità del 5. 4 %.

La mia esperienza sulla isterectomia può dividersi in tre periodi, contraddistinti da modificazioni abbastanza profonde del tecnicismo. Nel primo praticai le legature frazionate con seta, lasciando aperta la breccia; nel secondo mi servii pure delle legature progressive con seta, suturando però sierosa con mucosa all'avanti ed all'indietro, e quindi sierosa con sierosa nel senso antero-posteriore; nel terzo periodo praticai la forcipressura. L'importanza dell'argomento esige che entri in una analisi un po' minuta dei risultati ottenuti.

TABELLA 1.^a

Casi distinti a seconda della sede.

| | |
|--|--|
| Carcinomi del corpo (compresovi un caso di sarcoma) | casì 6, guarig. 5, morti 1, mort. 16.66 %. |
| Carcinomi del collo | " 82, " 75, " 7, " 8.53 " |

(1) • Ueber die Recidive des Uterus Krebses insbesondere über Implectidive. • Zeit. f. Gynaek. und. Geb., XXVII Bd., 4 H., 1899.

TABELLA 2.^a

Casi distinti a seconda della diffusione del processo.

Carcinomi del collo N. 82:

| | | | | |
|---|----------|-------------|----------|---------------|
| a) senza diffusione apparente alla vagina od al parametrio | casi 46, | guarig. 45, | morti 1, | mort. 2.17 %. |
| b) con diffusione alla vagina, al parametrio o ad entrambi | 36, | 30, | 6, | 16.66 % |

TABELLA 3.^a

Casi distinti a seconda del tecnicismo operatorio senza distinzione di sede o di estensione del processo.

| | | | | |
|---|----------|-------------|----------|----------------|
| 1. ^a CLASSE: legatura frazionata con seta; breccia aperta | casi 23, | guarig. 20, | morti 3, | mort. 13.04 %. |
| 2. ^a CLASSE: legatura frazionata con seta; sutura siero-mucosa e sier- o-sierosa | 40, | 38, | 2, | 5.00 % |
| 3. ^a CLASSE: forcipressura | 25, | 22, | 3, | 12.00 % |

TABELLA 4.^a

Casi distinti a seconda della sede, della estensione del processo, del tecnicismo.

A. Carcinomi del corpo (compre-
sovi un caso di sarcoma):

| | | | | |
|--|---------|------------|----------|----------------|
| 1. ^a CLASSE: legatura frazionata con seta, breccia aperta | casi 2, | guarig. 1, | morti 1, | mort. 50.00 %. |
| 2. ^a CLASSE: legatura frazionata con seta, sutura siero-mucosa e sier-sierosa | 2, | 2, | 0, | 0.00 % |
| 3. ^a CLASSE: forcipressura | 2, | 2, | 0, | 0.00 % |

B. Carcinomi del collo:

| | | | | |
|---|-----|-----|----|---------|
| 1. ^a CLASSE: legatura frazionata con seta, breccia aperta: | | | | |
| a) senza diffusione ecc. | 13, | 12, | 1, | 7.69 % |
| b) con diffusione ecc. | 8, | 7, | 1, | 12.5 % |
| 2. ^a CLASSE: legatura frazionata con seta, sutura siero-mucosa e sier-sierosa: | | | | |
| a) senza diffusione ecc. | 23, | 23, | 0, | 0.00 % |
| b) con diffusione ecc. | 15, | 13, | 2, | 13.33 % |
| 3. ^a CLASSE: forcipressura | | | | |
| a) senza diffusione ecc. | 10, | 10, | 0, | 0.00 % |
| b) con diffusione ecc. | 13, | 10, | 3, | 23.07 % |

Dallo studio dei quadri esposti risulta:

1) Che la mortalità della isterectomia per carcinoma del corpo è superiore a quella della isterectomia per carcinoma del collo.

A priori si può supporre debba essere così e possiamo anche ammettere che la esiguità del numero dei casi non infirmi tale proporzione, almeno nei casi avanzati, pensando al volume del viscere, alla impossibilità di abbassarlo, alle maggiori difficoltà del tecnicismo, alla maggiore facilità di inquinare il peritoneo, quando siamo costretti a ledere l'integrità del viscere. Krukenberg però, che ha fatto lo spoglio del vastissimo materiale della clinica ginecologica di Berlino, dà per il carcinoma del collo, la mortalità del 12.7 %, contro la mia del 8.53 %; per il carcinoma del corpo quella del 10 %, contro la mia del 16.66. Mentre nella statistica di Krukenberg, il carcinoma del corpo sta al carcinoma del collo nella proporzione di 15 a 100, nella mia statistica starebbe nella proporzione molto inferiore di 6 a 100, deducendo il caso di sarcoma.

2) L'elemento pronostico più importante nella isterectomia vaginale per carcinoma del collo è la diffusione del processo alla vagina od al parametrio.

Mentre abbiamo infatti in questa categoria di casi una mortalità del 16.66 %, la mortalità discende al 2.17 % nei casi in cui tale diffusione manca.

3) È meno dimostrabile l'influenza del tecnicismo operatorio o quanto meno essa è superata dalla influenza della diffusione del processo.

Dall'esame della mia statistica, risulta che chiudendo la breccia, si avrebbe la mortalità minore del 5 %, mentre sarebbe pressoché uguale la mortalità lasciandola aperta, sia servendosi delle legature con seta (13 %), sia della forcipressura (12 %). È tosto a notarsi come la forcipressura abbia avuto una serie sfavorevole, avendosi in essa un caso di morte per diabete, al quale esito è affatto estraneo il tecnicismo operatorio e un caso di diffusione del neoplasma alla vescica nel quale si dovette resecare un pezzo di quest'organo. A dimostrare poi come il tecnicismo passi in seconda linea rispetto alla diffusione del processo, come la sua influenza sia cancellata dalla influenza del secondo fattore enunciato, vediamo come, sia chiudendo la breccia e servendosi della seta, sia lasciandola aperta e servendosi della forcipressura, noi abbiamo la mortalità zero per i casi in cui non avvii diffusione di processo alla vagina od al parametrio.

Passiamo ora ad esaminare la controversa questione della curabilità chirurgica del metrocarcinoma mediante l'isterectomia. Lo scel-

ticismo non è per nulla giustificato in questo campo come non lo è in nessun altro campo dell'attività chirurgica, ed è troppo comodo sistema di critica il rispondere a coloro che presentano casi di guarigione durevole di carcinoma, *avete sbagliato diagnostico*. Se questo può per avventura darsi di alcuni casi di carcinoma iniziale, il cui diagnostico riposa sull'esame istologico compiuto da persone che non hanno grande competenza ovvero anche eccezionalmente da istologici consumati, che dire dei casi di carcinoma conclamati, in cui la diagnosi anatomica-macroskopica-clinica s'imponeva alla evidenza prima della operazione e dopo l'operazione, dei casi di operazione di carcinomi recidivi pur seguiti da guarigione durevole? Non è ormai più serio il muovere oggi tale obiezione ad un'infinita legione di osservatori che hanno tutta la competenza per bene osservare. Le guarigioni sono rare, relativamente al numero dei casi operati, e le ragioni sono molteplici ed ovvie, ma sono indiscutibili. La questione non è dunque sostanziale, ma piuttosto numerica. In tutto il campo della chirurgia si ha un risveglio di speranze, un movimento ascensionale nel procento delle guarigioni. Osservisi quanto avviene per il cancro mammario. Le guarigioni di oltre 3 anni che Winiwarter calcolava al 5.5 %, salgono all'8.8 % con Fischer, all'11.5 % con Es-march, al 17.8 % con Volkmann, al 21.5 % con Küster, al 23 % con König, al 32.3 % con Bergmann. Nella discussione notevole sulla guarigione del carcinoma alla Società tedesca di chirurgia nel 1889, vennero portati alla tribuna casi eloquentissimi di guarigioni durevoli anche dopo operazioni di recidive ghiandolari ripetute, e guarigioni anche di quel carcinoma che si riteneva sinora come assolutamente incurabile, il carcinoma della lingua.

Nella decima riunione della Società italiana di chirurgia, si discusse eguale argomento con speciale riguardo alla isterectomia per carcinoma. Certo le note di quella riunione non sono liete. Così Durante riferiva che nella maggioranza de' suoi casi la malattia era recidivata e l'ammalata era morta da 6 a 24 mesi dopo l'operazione: Caselli aggiungeva a conferma i risultati della propria esperienza e confessava come non si sentisse di raccomandare tale operazione e come egli non operasse che dietro espresso desiderio dell'ammalata, e D'Antona ammetteva che la sua esperienza era triste. Casi di guarigione durevole di isterectomia per carcinoma ne cita Berruti nel suo lavoro già accennato spettanti a lui stesso, a Bergesio, a Biondi, a Bottini, a Carle, a Cavazzani,

a Franzolini, a Frattina, a Novaro, a Romiti, a Ruggi, a Tibone. Nella Società ostetrica e ginecologica di Pietroburgo, nella seduta del 30 dicembre 1893, Ratchinski presentò un'ammalata senza recidiva nella quale era stato levato l'utero 8 anni e mezzo prima, e altri casi citarono Rein, Fenomenoff, Ott, Olenine, in cui non si era avuto recidiva dopo 4, 5, 7, 8 anni. Questi ultimi fatti sono preziosi, mettono fuori dubbio la possibilità di una guarigione duratura del metrocarcinoma, ma non indicano quale sia il grado di frequenza di tale possibilità, sono documenti isolati, sono pagine sparse nella storia della curabilità del carcinoma dell'utero, ma non servono a tratteggiare e lampeggiare a sufficienza la questione della recidiva del metrocarcinoma. Gli elementi per uno studio adeguato a tale questione dobbiamo chiederli alle statistiche coordinate a tale indagine. Innanzi tutto quando dobbiamo noi considerare come guarita un'ammalata di carcinoma? La domanda non è oziosa poichè dalla risposta che si dà ad essa dipende l'interpretazione delle statistiche. Non essendo infatti univoco tale criterio, si comprende agevolmente come si possa avere un procento molto diverso di guarigioni nelle diverse statistiche. *Di qui la opportunità di determinarlo in modo possibilmente uniforme*. Volendo stabilire un termine non capriccioso e determinare una legge che, salvo eccezioni, stabilisca i rapporti della curabilità chirurgica del metrocarcinoma, essa potrebbe essere così formulata: *può considerarsi guarita una donna operata per metrocarcinoma, quando sia trascorso un certo numero di anni, oltre i quali l'esperienza dimostra che la recidiva è eccezionale*.

Ora quale numero d'anni dobbiamo noi accettare? Hofmeier (1) afferma che le ammalate di carcinoma della porzione vaginale sono garantite dalla recidiva locale, quando sia trascorso un anno circa dalla operazione senzachè si mostrino fatti locali sospetti. Schroeder stabilisce invece nel suo trattato questo corollario: se, fra 78 ammalate che sopravvissero alla operazione, 24, ovvero il 31 % sono ancora esenti da recidiva due anni più tardi, è permesso di affermare che l'ablazione curativa del cancro uterino è pienamente giustificata. Martin (l. c.) accoglie come prova di guarigione che siano trascorsi due anni senza recidiva. La durata di *due anni senza recidiva dalla operazione*, come generalmente si accetta dai ginecologi tedeschi, mi pare

(1) Ueber die endgültige Heilung des Carcin. cervic. uteri durch die Operation. • Zeit. f. Geb. u. Gyn., XIII Bd., 1886.

troppo breve. Per il cancro mammario i lavori di Gross hanno stabilito che, trascorso il 3.^o anno senza recidiva, questo si manifesta solo nel 2.3 % delle sopravvivenenti. Può quindi accettarsi per il cancro della mammella il limite di 3 anni *senza recidiva* come criterio di grandissima probabilità di guarigione. Per stabilire tale criterio per il cancro uterino, mi sono servito della statistica di Krukemberg, una delle più circostanziate, che abbraccia una lunga serie di anni. Da essa risulta come, nel carcinoma della porzione vaginale del collo, dopo il 5.^o anno dalla operazione non siasi più osservato alcun caso di recidiva, e nel 4.^o anno il 7.1 % di recidiva. Come criterio di guarigione definitiva per il carcinoma uterino, noi dobbiamo dunque accettare un limite più elevato che non per il cancro mammario, possiamo cioè *considerare come durevolmente guarite le operate di isterectomia vaginale per carcinoma del collo, quando sieno trascorsi quattro anni senza recidiva dalla operazione.* Nella statistica di Krukemberg erano senza recidiva:

| | |
|--|--------|
| dopo il 1. ^o anno | 58.5 % |
| » il 2. ^o » | 44.7 » |
| » il 3. ^o » | 37.5 » |
| » il 4. ^o » | 29.5 » |
| » il 5. ^o » | 17.6 » |

Rispetto alla frequenza della recidiva, così classifica Krukemberg in ordine crescente le diverse forme di carcinoma:

1. Carcinoma della mucosa cervicale non ancora molto avanzati. 33.3 % di recid.
2. Carcroidi superficiali della porzione vaginale. . 36.4 » »
3. Piccoli tumori a cavolfiore della porzione vaginale. 42.4 » »
4. Carcinomi avanzati della mucosa cervicale . . 58.8 » »
5. Carcinomi delle pareti cervicali 60.0 » »
6. Voluminosi tumori a cavolfiore della porzione vaginale 62.5 » »
7. Cancroidi della porzione vaginale profondamente ulcerati penetranti nella sostanza cervivale. . 80.0 » »

Le circostanze che danno una prognosi più sfavorevole sono, a seconda della mia esperienza, la gravidanza il puerperio e l'età

giovane come condizioni generali; e riguardo alla sede, il carcinoma del canale cervicale che abbia invaso notevolmente lo spessore delle pareti della cervice.

Richelot del suo materiale statistico utilizza 28 casi, poiché negli altri, eliminate le morti operatorie, l'isterectomia vaginale non aveva che il valore di una operazione palliativa. Di esse erano viventi e senza recidiva al momento della pubblicazione del suo libro, oltre ad otto ammalate operate da meno di due anni.

| | |
|------------------|--|
| 1 dopo 2 anni | |
| 1 » 2 » e 5 mesi | |
| 1 » 2 » e 7 » | |
| 1 » 3 » e 1 » | |
| 1 » 3 » e 4 » | |
| 1 » 3 » e 6 » | |
| 1 » 4 » e 1 » | |
| 1 » 6 » e 10 » | |
| 1 » 7 » e 3 » | |

L'amputazione sopravaginale del collo dà risultati più durevoli? Winter nel lavoro accennato riferisce su 155 estirpazioni parziali: 10 donne morirono per l'operazione, di 13 non si ebbero notizie, per cui esamina gli altri 132 casi dal punto di vista della recidiva:

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| nel 1. ^o | anno si ebbero N. 57 recidive |
| » 2. ^o | » » » 10 » |
| » 3. ^o | » » » 5 » |
| » 4. ^o | » » » 5 » |
| » 5. ^o | » » » 3 » |
| » 6. ^o | » » » 0 » |
| » 7. ^o | » » » 0 » |
| » 8. ^o - 12. ^o | » » » 0 » |

Winter calcola a 38 % le operate rimaste libere da recidiva dopo due anni. Per l'esportazione totale, abbiamo, scegliendo gli operatori che accettano il criterio di due anni senza recidiva come espressione di guarigione durevole, con Leopold il 64 ⁴/₁₀ % di guarigioni, con Schauta il 47 ²/₁₀, con Olshausen il 47 ²/₁₀, con Fritsch il 47. Martin, per un anno e mezzo ha il 70 % Win-

ter dà una proporzione di operate senza recidiva dopo 5 anni del 26.5 %, ma Fritsch ne dà una per eguale periodo di tempo del 36 %. Non è dunque punto dimostrabile sulla base di tali cifre che l'amputazione sopravaginale del collo dia risultati più durevoli, mi pare anzi dimostrato il contrario, quando si rifletta che *necessariamente* i casi in cui si pratica l'amputazione del collo appartengono ad una serie *selezionata*.

Concedetemi ora di prendere in esame in mia statistica. Non disponendo che di 88 casi, non ho potuto fare come Krukenberg delle numerose distinzioni, mi sono per ciò limitato a distinguerli in due categorie, carcinomi del corpo e carcinomi del collo, distinguendo questi in due sottoclassi, secondochè non si aveva o si aveva diffusione evidente alla vagina, al parametrio o ad entrambi. Nel calcolo dei risultati remoti ne ometto 5 (1 morta, 4 guarite) essendo state operate da troppo breve tempo, dopo il 30 maggio 1894. Delle residue 83, 7 morirono per l'operazione, di 7 non si riesci ad avere notizie sicure, per cui l'esame rispetto ai risultati remoti resta limitato a 69 casi; di questi 4 si riferiscono a carcinomi del corpo, 65 a carcinomi del collo. Ho sempre interpretato nel senso più sfavorevole le notizie raccolte: così quelle sospette le ho messe addirittura nelle recidivate; quelle in cui ho constatato la recidiva, non ho calcolato questa dal momento della constatazione, ma l'ho fatta risalire quanto più indietro era possibile, fino alla comparsa dei primi segni sospetti. Una delle operate nel 1890 (osservaz. 28.*), vivente nel 1893 dopo 3 anni dalla operazione, ma della quale non riuscii ad avere notizie nel settembre 1894, è stata messa fra le irreperibili. Un'altra operata pure nel 1890 (osservaz. 30.*), della quale consta essere tuttora vivente, ma della quale non si riuscì ad avere alcuna notizia precisa, è stata messa pure fra le irreperibili. Le tabelle seguenti espongono i risultati lontani.

A. Carcinomi del corpo, N. 4 casi:

1 caso recidiva nei primi 6 mesi, morta
 1 » vivente senza recidiva dopo 4 mesi
 1 » » » » 7 »
 1 » » » » 3 anni e 10 mesi.

B. Carcinomi del collo con diffusione alla vagina od al parametrio, N. 22 casi:

Recidive: N. 16

Nei primi 6 mesi N. 9 — tuttora viventi 1 — morte 8
 » » 12 » » 4 — » 0 — » 4
 » » 18 » » 1 — » 0 — » 1
 Dopo 3 anni e mezzo » 2 — » 1 — » 1
 — — — — —
 N. 16 — tuttora viventi 2 — morte 14

Tuttora viventi senza recidiva, N. 7:

N. 2 — 4 mesi dopo l'operazione
 » 1 — 2 anni »
 » 1 — 2 » 8 mesi »
 » 1 — 3 » 5 » »
 » 1 — 3 » 9 » »

C. Carcinoma del collo senza diffusione secondaria, compresi quelli del canale cervicale, N. 43.

Recidive: N. 21

Nei primi 6 mesi N. 17 — morte 14 — tuttora viventi 3
 » » 12 » » — — » — — » —
 » » 18 » » 2 — » 1 — » 1
 Dopo 4 anni » 2 — » 0 — » 2
 — — — — —
 N. 21 — morte 15 — tuttora viventi 6

Viventi senza recidiva, N. 22:

N. 1 — 10 mesi dopo l'operazione
 » 1 — 11 » »
 » 1 — 1 anno 4 » »
 » 1 — 1 » 7 » »
 » 1 — 1 » 9 » »
 » 2 — 2 » 0 » »
 » 2 — 2 » 3 » »
 » 1 — 2 » 4 » »
 » 1 — 2 » 7 » »
 » 1 — 2 » 9 » »
 » 1 — 3 » 3 » »

| | | | | |
|----|-------|---|--------------------------|---|
| N. | 1 — 3 | > | 4 mesi dopo l'operazione | |
| > | 1 — 3 | > | 6 | > |
| > | 1 — 3 | > | 7 | > |
| > | 2 — 4 | > | 0 | > |
| > | 1 — 4 | > | 3 | > |
| > | 1 — 4 | > | 6 | > |
| > | 1 — 5 | > | 3 | > |
| > | 1 — 5 | > | 6 | > |

Seguendo il criterio comune di due anni per avere una possibilità di confronto con altre statistiche, per i casi della prima categoria, sopra 16 operate ne abbiamo 6 libere da recidiva dopo due anni, cioè il 37.5 %, per i casi della seconda categoria sopra 43 operate ne abbiamo 19, cioè il 44.18 %. Certo non possiamo considerare come guarite dette operate a norma del criterio da me accettato. Così delle 6 della prima categoria, due ebbero più tardi la recidiva dopo 3 anni e mezzo, e delle 19 della seconda, due la ebbero dopo 4 anni. Ad ogni modo riunendo le sopravvissute senza recidiva dopo 2 anni dell'una e dell'altra classe ne abbiamo 17 così distribuite:

| | |
|---|----------------|
| 9 | fra 2 e 3 anni |
| 6 | > 3 e 4 |
| 4 | > 4 e 5 |
| 2 | > 5 e 6 |

Secondo l'ampia statistica di Krukenberg, dopo il 5.^o anno non si osservò più alcuna recidiva, e nel corso del 3.^o, 4.^o e 5.^o anno, le sopravvissute senza recidiva hanno all'incirca 9 probabilità sopra 10 di essere durevolmente guarite. Io posso dunque considerare due delle operate di quest'ultimo gruppo come definitivamente guarite, posso sperare che 17 delle altre 19 non sieno colte ulteriormente da recidiva. Considerando le guarigioni durevoli se non sicure molto probabili conseguite, considerando ad ogni modo la lunga serie di anni di sopravvivenza senza recidiva, senza sofferenze, senza dolori che l'arte largi a donne condannate inesorabilmente, ho ragione di affermare che in questo campo come negli altri, la chirurgia non può retrocedere, non può risalire a ritroso dei tempi, non può cancellare le splendide conquiste dell'arte, ho ragione di concludere come conchiudeva l'Olshausen nel 10.^o Congresso medico internazionale,

che l'isterectomia vaginale per carcinoma è una operazione altamente benefica (*eine segensreiche opération*), che non può scomparire dal numero delle operazioni ginecologiche. I risultati immediati sono già buoni, sono incoraggianti quelli lontani. Spetta a noi renderli migliori, mediante una più accurata selezione dei casi, mediante una diagnosi possibilmente precoce, mediante il perfezionamento continuo della tecnica, ma spetta ad ogni medico il compito di far sì che vada scemando quella falange di donne, che, vero esercito del dolore, non richiedono che troppo tardi l'opera dell'arte.

OSSERVAZIONI DI ISTERECTOMIA VAGINALE PER CARCINOMA.

| Num. progressivo | NOME E COGNOME, ETÀ, DOMICILIO | PRIMA MESTRUAZIONE PARTI | SINTOMI, LORO INIZIO, CONDIZIONI GENERALI | GENTILIZIO | DIAGNOSI | OPERAZIONE | ESITO | OSSERVAZIONI | NOTIZIE ULTERIORI |
|------------------|--|--|---|------------------------|--|---|-------------|---|--|
| 1 | Virginia La., 25. Milano. | Prima mestruazione a 12 anni, 3 parti a termine, l'ultimo il marzo 1880. | Emorragia da due anni. Stato generale buono. Non ghiandole inguinali ingrossate. | Padre morto di cancro. | Carcinoma midollo, della porzione vaginale del collo. | 12 dicembre 1889. Legature progressive con seta. Nessuna sutura. Fili in vagina. | Guarigione. | Esportate le ovaie. Fenomeni iodoformici gravi. | Ottimo fino al 1893; nel giugno di quest'anno insorse ischialgia ribelle con sospetto di riproduzione nel cellulare pelvico che si conferma nel 1894. L. V. 94. Tuttora vivente in grado di estrema emaciazione. |
| 2 | Maria For., 28. Milano, Lazzaro Spallanzani, N. 6. | Prima mestruazione a 11 anni, 1 parto 3 anni prima strumentale. | Emorragie da due mesi. Stato generale discreto. Non ghiandole inguinali ingrossate. | Madre morta di cancro. | Carcinoma della porzione vaginale del collo. | 17 marzo 1889. Nessuna sutura. Legature progressive con seta. Fili in vagina. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Nessun segno di recidiva settembre 94. |
| 3 | Marianna Inver., 39. Osteria Valle Ambrosia, Comune Ossago. | Prima mestruazione a 17 anni; 5 parti, l'ultimo 4 anni prima. | Perdite sanguigne fetenti da un anno. Stato generale buono. Non ghiandole inguinali ingrossate. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale fino alla volta vaginale e del canale cervicale. | 19 aprile 1889. Nessuna sutura. Legature con seta portate. | Guarigione. | Esportate le ovaie. | Recidiva nell'agosto, nel settembre fistola vagino-rettile; passa nelle croniche nel novembre 1889, dopo infruttuosi tentativi di operazione plastica; muore pochi mesi dopo. |
| 4 | Carolina Piov., 50. Milano, Via Anfilantro, 36, p. III. | 10 parti. | Da 15 mesi perdite sanguigne. Antecedenti ulcere aplolettici, atromia diffuso. | Negativo. | Cancro della porzione vaginale del collo, della vagina, del parametrio di sinistra. | 19 aprile 1889. Nessuna sutura. Legature con seta. Fili in vagina. Due pinze emostatiche. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. Attacco aplolettico in seconda giornata, del quale si rimette completamente. | 25. 3. 90. Constatata la recidiva sotto forma di piccoli nodi. 4. 12. 6. 90. previa formazione di fistola vescico-vagino-rettile. |
| 5 | Maria La., 35. Milano, Via Luigi Canonica, N. 40, piano II, fuori P. Tenaglia. | Nullipara. | Da due mesi emorragie. Nutrizione discreta. Ghiandole inguinali ingrossate. | Negativo. | Carcinoma del canale cervicale. | 29 giugno 1889. Nessuna sutura. Legature con seta. Fili lunghi in vagina. | Guarigione. | Esportato un ovaio. | Nessun segno di recid. (settembre 1894). |
| 6 | Anna Can., 22. Milano, Marco d'Oggiono, N. 6. | Nullipara. | Da tre mesi perdite sanguigne e perdite fetenti da 15 giorni. Site dolorosissime all'ipogastrio, deunita. Ghiandole inguinali ingrossate. | Negativo. | Carcinoma esteso della porzione vaginale, ancora rispettati vagina e parametrii. | 12 luglio 1889. Nessuna sutura. Legature con seta. Fili lunghi in vagina. | Guarigione. | Conservate le ovaie. | Recidiva al principio del 90. Morte nello stesso anno, previa formazione di fistola retto-vaginale. |
| 7 | Rosa San., 48. Cascina Maddalena, fuori Por. Magenta. | 9 parti; da 2 anni nella menopausa. | Da un anno emorragie e perdite fetenti. Nutrizione discreta. Ghiandole inguinali ingrossate. | Negativo. | Cancro della porz. vaginale molto esteso ma non diffuso apparentemente né alla vagina, né ai parametrii. | 12 settembre 1889. Metodo operatorio <i>ut supra</i> . | Guarigione. | Conservate le ovaie. | Constatata la recidiva il 2. 3. 90. 4 pochi mesi dopo. |
| 8 | Domenica Co., 42. Prato Campaccio. | 10 parti. | Da un anno emorragie, perdite gravolenti, dolori. Nutriz. discreta. | Negativo. | Cancro della porz. vaginale fino al limite vaginale. | 2 ottobre 1889. Metodo operatorio <i>ut supra</i> . | Guarigione. | Conservate le ovaie. | Morta 6 mesi circa dopo l'operazione in seguito a ripr. del neoplasma (Lettera del dott. Ruffa Achille). |
| 9 | Anna Mar., 43. Milano, P. Vittoria, 22. | 1 parto. | Da due mesi perdite sanguigne. Nutrizione discreta. Ghiand. inguinali tumide. | Negativo. | Carcinoma cervicale. | 20 ottobre 1889. Metodo operatorio <i>ut supra</i> . | Guarigione. | Conservate le ovaie, fenomeni d'intossicazione iodoformica. | Segni di recidiva nel gennaio 1890. Rientrata nel febr. 90. passata nei cronici il 4 marzo 90. 4 nell'autunno. |
| 10 | Carolina Val., 60. nata Mombello, domiciliata a Milano. | 14 parti. | Emorragie da un mese. Non ghiand. inguinali. | Negativo. | Infiltrazione cancerosa del collo diffusa alla vagina posteriormente ed al legamento largo di sinistra. | 10 novembre 1889. <i>Ut supra</i> . | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Nessuna traccia di recidiva alla fine del 1890. Il 12 luglio 91 si avverte recidiva sotto forma di nodi sanguinanti. Probabilmente morta: non si trova più tracce dell'ammalata. |

| Num. progressivo | NOME E COGNOME, ETÀ, DOMICILIO | PRIMA MESTRUAZIONE PARTI | SINTOMI, LORO INIZIO, CONDIZIONI GENERALI | GENITILE | DIAGNOSI |
|------------------|--|---|--|---|---|
| 11 | Angela Bl... | 1 parto. | Da sei mesi emorragie e dolori lancinanti che si irradiano lungo la gamba destra. Non ghiand. inguinali. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale e del collo cervicale diffuso al legamento largo di sin. |
| 12 | Pol..... 30, Chiavenna. | 6 parti, l'ultimo nel settem. 1889. | Emorragie dal giugno. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale del collo e della volta vaginale. |
| 13 | Emilia Massa Cassani, 52, Milano. | Prima mestruazione a 11 anni, 1 parto. | Da due anni perdite sanguigne e dolori. Condizioni generali medio-crit. Non ghiandole inguinali ingrossate. | Buono. | Metrocarcin. della porzione vaginale del collo con diffusione al parametrio posteriore a sinistra. |
| 14 | Adole Bl..... 10, nata Daverio, Luinale. Circondario di Varese. | Prima mestruazione a 17 anni, 2 parti a termine, 1 prematuro. | Da tre anni perdite sanguigne. Condizioni generali mediche. Ghiandole inguinali un po' ingrossate. | Negativo. | Metrocarcin. della porzione vaginale del collo diffuso al cellulare paracervicale di sinistra. |
| 15 | Riz... Angela, 40, levalrico, Lucco. | Prima mestruazione a 15 anni, 3 parti abortivi. | Da 5 mesi perdite sanguigne irregolari scarse. Nutrizione florida. Mancanza d'ingrossamento delle ghiandole inguinali. | Negativo. | Metrocarcin. della porzione vagin. del collo, diffuso alla vagina post. e a sinistra ed al legamento largo di sinistra. Utero poco mobile. |
| 16 | Cel.... Maria, 73, nata a Linabè, dim. a Milano. | A 15 anni, 4 parti. | Da tre mesi emorragie. Nutrizione buona. Atrofia diffusa. Mancanza d'ingrossamento delle ghiandole inguinali. | Negativo. | Carcin. del canale cervicale. Forma cavilaria e parenchimat. con diffusione al cellulare anteriore e laterale destra. |
| 17 | Bir... Antonia, 44, casalinga, Milano, Via Bramante, 29. | Prima mestruazione a 11 anni, 4 parti. | Emorragie da 4 mesi e scoli fetenti. | Negativo. | Metrocarcinoma del canale cervicale. Forma cavilaria e parenchimatosa. Utero sviluppato come in una gravid. a 4 mesi. Non ghiandole inguinali ingrossate. |
| 18 | Ripam.... Luigia, 44, casalinga, maritata, Milano, Corso Simonetta, 105. | A 14 anni, 6 parti, l'ultimo abortivo l'anno innanzi. | Dopo l'aborto le perdite continuarono sanguigne. Nutrizione scaduta. Non ghiandole inguinali. | Midrometria probabilmente per cancro uterino. | Carcinoma a cavolfisso della porzione vaginale del collo con diffusione alla vagina ed al cellulare paracervic. destra. |

| OPERAZIONE | ESITO | OSSERVAZIONI | NOTIZIE ULTERIORI |
|--|---|---|---|
| 19 novembre 1889. Ut supra. | † per sepsi acutissima in terza giornata. | Lasciate le ovaie. | - |
| 11 dicembre 1889. Ut supra. | Guarigione. | Lasciate le ovaie, lesione della vescica. | Riproduzione rapida alla fine dell'89. † nel febr. 1890. |
| 22 gennaio 1890. Incisione circolare della vagina a 2 centimetri dalla volta. Legatura del legamento largo di destra. Incisione piega di Douglas. Legatura degli annessi di destra. Incisione della piega utero-vescicale. Legatura degli annessi di sin. Legatura del legamento largo di sin., riuscendo così facile l'isolamento del nodo canceroso di questo lato. Suture anteriori con filo mucosa. Fili lunghi in vagina. | Guarigione. | Lasciate le ovaie, fenomeni imponenti d'intossicazione jodoformica. | † il 15. 10. 1891. Recidiva da circa 3 mesi, locale e nello stomaco. |
| 22 gennaio 1890. Operazione come nei primi 12 casi, sutura in modo più sferosa con mucosa all'avanti ed all'indietro e quindi sferosa con sferosa nel senso antero-poster. lasciando i fili lunghi in vagina. Garza jodoformica. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Non fu possibile avere sue notizie. |
| 10 febbraio 1890. Colle norme dei primi casi nessuna sutura. Tamponi di garza jodoformica. | Guarigione. | Lasciate le ovaie; il carcinoma non aveva oltrepassato l'istmo. Fibromi multipli del corpo. | 27. 8. 91. Ha sempre goduta buona salute e non ha mai smesso un giorno il suo pesante servizio. Da un anno è dimagrita e perde un po' di sangue; l'esame vaginale rileva qualche piccola escrezione sanguin. Lett. del Dr. Tornaghi, 27ett. 1894. |
| 11 febbraio 1890. Operazione molto laboriosa. Sutura sieromucosa e sierosierosa. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | † 27 ottobre 1890 in seguito a recidiva rapida. |
| 2 marzo 1890. Legatura progressiva con seta. Sutura sieromucosa e sierosierosa. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Nulriz. florida. Nessun segno recidiva (settembre 94). |
| 21 aprile 1890. Operaz. molto laboriosa. Incisione circolare della vagina. Incisione della piega vesicco-uterina. Capiforbolo all'avanti; non si praticò sutura di sorta; per l'emostasi si rese necessaria l'applicazione provvisoria di 5 Pan e di 4 Kleimner. | Guarigione. | Fenomeni di jodoformismo. Lasciate le ovaie. | † autunno 1891. |

| Num. progressivo | NOME E COGNOME ETÀ DOMICILIO | PRIMA MESTRUAZIONE PARTI | SINTOMI, LORO INIZIO CONDIZIONI GENERALI | GESTIZIONE | DIAGNOSI |
|------------------|---|---|---|--------------------------------|---|
| 19 | Provas... Carolina, 44, servente, Milano, Vicolo San Carlo, 8. | A 11 anni, 3 parti di cui 1 abortivo. | Operata da altri di amputazione vaginale del collo 9 mesi prima col l'ansa galvanica. Guarita, le perdite ricominciarono tosto. Nutrizione buona. Nessun ingrossamento ghiandole. | Buono. | Metrocarcinoma recidivo dalla porzione vaginale del collo e della zona infiltrata. Sutura vagina. Operata la prima volta il 13 agosto 1889. |
| 20 | Fas... Gius., 38, Milano, Pietro Castoldi, 14. | A 14 anni, 10 parti, l'ultimo 4 anni prima. | Da due mesi emorragie. Notevole dimagrimento. Lieve ingrossamento delle ghiandole inguinali. | Negativo. | Metrocarcinoma con distruzione della porzione vaginale ed invasione della volta vaginale posteriore. |
| 21 | Fer... Santina, 41, contadina, Crescenengo, Cascina Malghera super. | A 15 anni, 11 parti di cui 5 a termine, gli altri abortivi o prematuri. | Emorragie da 1 anno circa; era stata praticata l'amputazione del collo nel febbraio 1889. Dopo ebbe una gravidanza seguita da aborto. | Negativo. | Metrocarcin. che parte dal canale cervicale in utero puerperale. |
| 22 | Bard... 60, Lauro, N. 5. | 2 parti termine. | Emorragie da 1 anno. Deteriorata la nutrizione, ghiandole inguinali piccole, mobili. | Negativo. | M. c. della porzione vaginale con diffusione ai legam. largo di sin. |
| 23 | Gia... Giovannina, 44, portinaia, Milano, C. Venezia, N. 28. | A 18 anni, 5 a termine, ultimo 6 anni innanzi. | Emorragie da sei mesi. Condizioni generali buone. Ghiandole inguinali non ingrossate. | Negativo. | M. c. della porzione vaginale senza diffusione ai parametri. |
| 24 | Bru... Angela, maritata, Modaglia, 30, Milano, Viale P. Romana, 6. | A 14 anni, 5 a termine, ultimo 2 anni fa. | Emorragie da 1 mese, nullipara, buona. Non ghiandole inguinali tumide. | Negativo. | M. c. della porzione vaginale, forma vegetante. |
| 25 | N. N. VI... Lanzone, 40 circa. | Nullipara. | Emorragie da alcuni mesi che prima creò una necessità l'amputazione del collo. Non ghiandole inguinali. | Negativo. | Carcinoma del corpo e fibromi interstiziali. |
| 26 | Torret... Maddalena, 48, Crenna, Circondario di Gallarate. | A 13 anni, 11 parti, l'ultimo 4 anni prima. | Da 2 anni perdite leucorriche sanguigne, condiz. generali buone. Non ghiandole. | Madre morta di metrocarcinoma. | Carcinoma della porzione vaginale del collo. |
| 27 | Gioven... Giovannina, 32, Milano, Campo Lodigiano, N. 2. | A 15 anni, 2 parti a termine, 3 aborti e perdite fetide. | Da 1 anno emorr. e perdite fetide. Non ghiandole inguinali. | Negativo. | Carcinoma della porzione vagin. a cavolfiori. |

| OPERAZIONI | ESITO | OSSERVAZIONI | NOTIZIE ULTERIORI |
|---|-------------|---|--|
| 19 maggio 1890. Incisione circolare della vagina a 2 cent. dalla zona infiltrata. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Recidiva nel dicembre. Formazione successiva di fistola rettovaginale. † 10 agosto 1891. |
| 28 maggio 1890. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa; per il resto come nei casi antecedenti. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Primi segni di recidiva nell'aprile 91. Morte probabilmente; non se ne trovano più tracce. |
| 20 Maggio 1890. Legature progressive con seta e sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | L'utero era molto voluminoso come in una gravidanza alla fine del terzo mese, presentava notevole spessore delle sue pareti, circa 3 cent. l'infiltrazione neoplastica raggiungeva l'orificio interno; verso l'orificio tubario sin. traccia di placenta residua a precedente raschiamento. | Lettera del dott. Ferrari Diego, 27 agosto 1894. Sta benissimo e nulla accenna alla riproduzione del neoplasma, solo la paziente accusa un non molto incomodo prolasso vaginale. |
| 9 giugno 1890. Leg. con seta sul siero-mucosa ant. e post., siero-sier. antero-poster. Fili lunghi in vagina. | Guarigione. | L'utero era sede di un nodo fibromatoso. Lasciate le ovaie. | Primi sintomi di recidiva nel febbraio 94. † 28 giugno 94. Una concomitante affezione cardiaca accelerò la fine. |
| 14 giugno 1890. Come nel caso antecedente. | Guarigione. | Ablazione dell'ovaio di sin. | 25 novemb. 1890. Da 15 giorni dolori, nessun segno locale di recidiva. † nel 1891. |
| 17 giugno 1890. Come sopra. | Guarigione. | Non esportate le ovaie. | Benissimo nel gennaio 1893, nell'agosto 94 dolori nel dominio dell'ischiatico sin., in settembre si constata una placca dura elevata nel cellularo pelvico a sinistra. |
| 3 agosto 1890. Laboriosissima per il volume del visceri e per l'angustia della vagina. Legature con seta, nessuna sutura. | Guarigione. | Idem. | Recidiva rapida. Morte nello stesso anno. |
| 11 settembre 1890. Come nei primi 12 casi. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Si è ingrossata, ed astrazione fatta di alcuni lievi disturbi nervosi, gode abitualmente di buona salute. Nessun segno di riproduzione del neoplasma. Lettera del dottore Cardani 27. 8. 94. |
| 12 settembre 1890. Come nei primi 12 casi. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Condizioni floridissime, assenza di ogni segno di recidiva (dott. Decio 15. 9. 94). |

| Num. progressivo | NOME E COGNOME ETÀ DOMICILIO | PRIMA MESTRUAZIONE PARTI | SINTOMI, LORO INIZIO CONDIZIONI GENERALI | GENITILIZIO | DIAGNOSI |
|------------------|---|---|---|---|---|
| 29 | Falci... Colomba, 42, Milano, Via Beccaria, 4. | A. 13 anni, 2 aborti. | Da 1 anno dolori, da 3 mesi perd. sanguigne. | Madre e una sorella morte di carcinoma. | Metrocarcinoma del collo con diffusione alla parete vagin. poster. al cellulare paravaginale. |
| 29 | Cro... Teresa, vedova Cap... 60, Milano, Via Panfilo Castaldi 19. | Nullipara. | Dolori e perdite da un anno. Non ghiand. inguinati. | Negativo. | Metrocarcin. del corpo. |
| 30 | Pizzig... Giulia, 44, Milano, Via Tortona, 11 F. | 11 anni, 14 parti di cui 3 abortivi, ultimo parto 3 anni prima. | Da 3 mesi emorr. quasi continue. Nutrizione scarsa. Piccole e numerose ghiand. inguinati. | Negativo. | Metrocarcin. della porz. vagin. diffuso alla volta vagin. poster. |
| 31 | Colon... Maria, ved. Nerviani, 55, Oleggio. | 16 anni, 7 parti di cui 3 abortivi. Menopausa da 8 anni. | Da 6 mesi dolori trafittivi ed emorragie. Nutrizione molto deperita. Non ghiand. inguinati. | Negativo. | Metrocarcinoma a forma parenchimat. con diffusione ai parametri. |
| 32 | Bell... Teresa, 36, Milano. | 13 anni, 8 parti, l'ultimo 5 anni prima. | Da 1 anno perdite sanguigne. Anemia profonda e polisarcia. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale a forma vegetante. |
| 33 | Mazz... Rosa, 45, Milano, Borgo S. Gottardo. | 13 anni, 7 parti a termine. | Da 6 mesi emorragie, da 4 mesi dolori, deperita. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale con diffusione al parametrio. |
| 34 | Baral... Maria, 43, Gazzada. | 14 anni, 12 a termine, l'ultimo nel maggio 1889. | Emorragie da 9 mesi. | Negativo. | Carcinoma della porzione vag. del collo e del canale cervicale. |
| 35 | Garav... Adele, 34, Milano. | 3 parti a termine. | Emorragie per le quali era già stata praticata l'amputazione del collo. | Negativo. | Carcinoma sul moncone del collo. |
| 36 | Mot... Giuseppina, marit. Ferrari, 48, Milano, Via Disciplini, 6. | 14 anni, 3 parti, l'ultimo da 14 anni. | Perdite sanguigne da più tempo e dolori. | Negativo. | Metrocarcinoma con diffusione alla parete posteriore della vagina e al leg. largo di sin. |

| OPERAZIONE | ESITO | OSSERVAZIONI | NOTIZIE ULTERIORI |
|--|-------------------------------|--|---|
| 10 novembre 1890. Legati i parametri prima dell'apertura del peritoneo che si apre all'avanti; si lascia per ultimo l'incisione della piega utero-rettale onde rendere più facile la resezione di vasto lembo vaginale. Nessuna sutura. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Vivente a tutto il 1893, non si riuscì ad avere altre notizie. |
| 10 novembre 1890. Laboriosa per il volume del visceri e la rigidità ed angustia della vagina. Legature frazionato dei legamenti. Nessuna sutura. | Guarigione. | Lasciate le ovaie atrofiche; l'utero grosso come in gravidanza alla fine del terzo mese estesamente infiltrato nel corpo. L'infiltrazione oltrepassa l'orificio interno entro il canale cervicale. | Bene nel 1893. Continua bene nel settembre 1894. Nessun segno di recidiva. |
| 10 dicembre 1890. Legatura frazionata dei legamenti. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Esportate le ovaie. | Vivente ma irreperibile nel settembre 1894. |
| 23 dicembre 1890. Incisione circolare della vagina. Legatura frazionata dei legamenti larghi, indi incisione della plica utero-rettale. Esportazione di un nodo prefebrale. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. Alle trazioni si è lacerato in un punto il canale cervicale e ne uscì un cucchiaino di pus fetente. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Trovata in buone condizioni di salute, non presenta accento di sorta a recidiva. (Lettera del dottor Minoli Carlo 27. 8. 94). |
| 10 gennaio 1891. Legatura frazionata dei legamenti. Sutura siero-mucosa; nella breccia tamponi di garza jodoformica. | † l'11 gennaio 1890. | Lasciate le ovaie. Paralisi cardiaca da profonda degenerazione adiposa del miocardio. | - |
| 14 gennaio 1891. Incisione circolare della vagina. Incisione della piega di Douglas prima della legatura frazionata dei legamenti. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | † il 30 gennaio. Setticesima. | - | - |
| 3 aprile 1891. Come nel caso antecedente. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | 1. 9. 94. Lettera del dott. Pietro Castiglioni. Sta bene; all'esame presenta nessun segno finora di riproduzione. |
| 5 aprile 1891. Legatura frazionata dei legamenti larghi dopo l'apertura della piega del Douglas. Sutura siero-mucosa all'avanti ed indietro. Sutura siero-sierosa. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Senza recidiva nell'agosto 94. Maritata il 10 ottobre non presenta alcuna segno di recidiva. |
| 12 aprile 1891. Come nel caso antecedente. | Guarigione. | Abdazione dell'ovale di destra. | Condizioni ottime; assenza di ogni segno di recidiva nel settembre 1894. |

| Num. progressivo | NOME E COGNOME ETÀ DOMICILIO | PRIMA MESTRUAZIONE PARTI | SINTOMI, LORO INIZIO CONDIZIONI GENERALI | GESTIZIO | DIAGNOSI |
|------------------|--|---|--|---|---|
| 37 | Patriar... Caterina, 37. Milano. | 14 anni, 8 parti, l'ultimo da 6 mesi. | Emorragie e perdite leucorriche dalla metà della gravidanza antecedente. | Madremorta di metrotrocarcinoma. | Metrotrocarcinoma a cavolo. Bore della porz. vagin. con diffusione alla porzione sopravvagin. e al legamento largo di sin. |
| 38 | Cor... Maria, 43. Bruziano. | 15 anni, 9 parti, ultimo da 3 anni. | Perdite sanguigne dal novembr. | Negativo. | Metrotrocarcinoma del canale cervicale. |
| 39 | Tomas... Giovanna, 39. Milano. | 18 anni, 3 gravidanze, l'ultima 3 anni prima. | Da 3 mesi metrorragie e dolori. | Negativo. | Metrotrocarcin. della porz. vaginale. |
| 40 | Bernasc... Gerobio, 35. | 6 parti, l'ultimo 40 giorni prima. | Perdite sanguigne in gravidanza e poi nel puerperio. | Padremortodiverticolarcinoma della laringe. | Metrotrocarcinoma diffuso a tutta la porz. vagin. del collo che si prolunga nel canale cervicale posteriormente e a sin. sotto forma di grosso nodo ulcerato. |
| 41 | Bo..., 58. Milano. | — | Emorragie da 2 anni. | Negativo. | Metrotrocarcin. del corpo. |
| 42 | Brogli... Maddalena, 45. Invaldina. Anzilcato, 12. | 10 anni, 8 parti, ultimo 10 anni fa. | Da 6 mesi emorragie e perdite emorragiche fetali. Nutriz. deperita. | Negativo. | Metrotrocarcin. della porz. vaginale del collo a cavolo. |
| 43 | Rag... Caterina, 48. Corso P. Romana, 101. | 13 anni, 9 parti, l'ultimo da 11 anni. | Da 2 mesi dolori e perdite sanguigne. Ghiandole inguinali un po' tumefatte. | Negativo. | Metrotrocarcin. della porz. vaginale. |
| 44 | Zucca... Virginia, 34. Corso Venezia, 47. | 13 anni, 5 parti, l'ultimo da 2 anni. | Da 1 mese circa emorragie. Assenza di ghiandole inguin. tumefatte. | Negativo. | Metrotrocarcin. della porz. vaginale. |
| 45 | Ri... Paolina, 59. Ello. | 13 anni, 5 a termine, l'ultimo da 16 anni. | Da 9 mesi perdite miste, fetide. Molto dimagrita. Ghiandole ingrossate agli inguini. | Negativo. | Metrotrocarcin. della porz. vaginale del collo con diffusione alla parete vaginale posteriore. |

| OPERAZIONE | ESITO | OSSERVAZIONI | NOTIZIE ULTERIORI |
|--|--|---------------------------------------|--|
| 18 maggio 1891. Come nel caso antecedente. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Constatata la recidiva nell'agosto 1891. † il 2. 1. 92. |
| 18 maggio 1891. Come nel caso antecedente: l'utero misurava 14 centimetri. | Guarigione. | Ablazione delle ovaie e delle trombe. | Nessun sintomo di recidiva. Esplorazione negativa. La donna è molto ingrassata. Dott. Rossari Andrea (Lettera 23. 8. 94). |
| 1 giugno 1891. Come nel caso antecedente. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Nel novembre 1892 constatata la recidiva sotto forma di placca dura aderente all'ileo ricoperta dalla vagina non mobile su di essa; morta il 18. 12. 92. |
| 1 giugno 1891. Come nel caso antecedente. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Recidiva rapida alcuni mesi dopo. Morta nel principio del 1892. |
| 1 giugno 1891. Incisione circolare della vagina. Legatura laboriosa dei parametri. Corpo uterino triplicato di volume avendo il carcinoma infiltrato l'intero spessore delle pareti e per un tratto tromba e legamento rotondo a sinistra: l'estrema friabilità, lacerabilità del tessuto non permette una operazione metodica e obbliga ad applicare il Klemmer a sinistra. | † 9 giugno per esaurimento progressivo. Nessuna emorragia. | — | — |
| 1 giugno 1891. Legatura frantumata dei legamenti con seta. Sutura sierosa-mucosa e sierosa-sierosa con fissazione dei monconi in vagina. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Condizioni ottime. Nessun segno di recidiva nel settembre 1904. |
| 2 giugno 1891. Come nel caso antecedente. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | Recidiva epoca incerta. † poco tempo dopo l'operaz. |
| 27 luglio 1891. Come nel caso antecedente. | Guarigione. | Esportato l'ovale sinistro. | Nessuna traccia di recidiva il 6 ottobre 1891. † nella primavera del 1892. |
| 18 agosto 1891. Sutura sierosa-mucosa e sierosa-sierosa. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | † nel maggio 1894 per copiosa ed insistente suppurazione alle ghiandole inguinali di destra dopo 2 anni di sofferenza. Lettera del dott. Redaelli Carlo (settemb. 1894). |

| Num. progressivo | NOME E COGNOME STÀ DOMICILIO | PRIMA MESTRUAZIONE PARTI | SINTOMI, LORO INIZIO CONDIZIONI GENERALI | GENTILIZIO | DIAGNOSI |
|------------------|---|---|--|------------|---|
| 46 | Ri..... Rosa, 46, Zoccorino (Besna- na). | 15 anni, 12 grav., di cui 10 portate a termine, aborti 4 mesi prima. | Da 6 mesi perdite san- guigne. Nutrizione buo- na. Non ingrossamento dei gangli inguinali. | Negativo. | Metrocarcin. della port. vaginale con diffusione alla volta vaginale pos- teriore. |
| 47 | Salm... Rosa, ma- rit. Agostoni, 43, Via Solferino, 40. | 14 anni, nullipara. | Da 2 anni perdite color lavatura di carne, fetide; deperita, non ingrossa- mento delle ghiandole vaginali. | Negativo. | Metrocarcin. della port. vaginale con ovario- pingite sinistra e peri- metrite d'origine met- sieriana. |
| 48 | X, 5V. Busto Ar- sizio. | Multipara. | Emorragie da 18 mesi. Nutrizione deperita. | Negativo. | Metrocarcin. della port. vaginale e del canale cervicale. |
| 49 | Maria... Paolina, 49, Milano, Via Luigi Canonica, 26. | 13 anni, 5 parti, l'ultimo 14 anni or sono. | Perdite sanguigne com- miste a leucorrea da molto tempo. Nutrizio- ne buona. | Ignoto. | Metrocarcinoma del ca- nale cervicale. |
| 50 | Arch.... Giovan- na, 49, levatrice, Corso P. Roma- na, 93. | 18 anni, 6 parti, 1 abortivo, meno- pauza da 3 anni. | Emorragie da 7 mesi, do- lori trattivi all'ipoga- strio. | Negativo. | Metrocarcinoma a forma cavitaria e parenchi- matosa del collo e del corpo. |
| 51 | Carlo.... Elvira, 23, Milano. | 13 anni, 1 parto, 13 anni fa. | Da 11 mesi perdite san- guigne abbondanti. | Buono. | Metrocarcinoma del ca- nale cervicale con pio- salpinge sinistro ed e- matosalpinge destro. |
| 52 | Stefan... Cateri- na, 43, Milano, Via Palermo, 4. | 13 anni, 2 parti di feti-morti, l'ulti- mo 4 anni fa. | Da 2 anni perdite san- guigne. Nutrizione an- cora discreta. | Buono. | Metrocarcin. della port. vaginale con diffusione al parametrio. |
| 53 | Scavia... Luigia, 46, Milano, Viale P. Ticinese, 11. | 14 anni, 5 parti, l'ultimo da 15 anni. | Da 13 mesi perdite san- guigne fetide incomin- ciate un anno dopo es- sere entrata nella me- nopauza. | Ignoto. | Metrocarcin. della port. vaginale e del canale cervicale a forma cavi- taria e parenchimal. |

| OPERAZIONE | ESITO | OSSERVAZIONI | NOTIZIE ULTERIORI |
|---|-------------|---|---|
| 30 settembre 1891. Sutura siero- mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Esportazione di entrambi gli annessi ammalati (idrosal- pingi). Degeneraz. cistica delle ovaie. | 16 settemb. 1894. (Lettera del dott. Viscardi). Nessun se- gno di recidiva. |
| 4 ottobre 1891. Operaz. molto laboriosa per l'angustia e ri- pugilità della vagina e perché si vaste aderenze, reliquati di processi peri e parametri- ci, fissavano notevolmente l'utero. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Esportazione degli annessi di sinistra. | Non si riesci ad avere alcuna notizia. |
| 13 ottobre 1891. Sutura siero- mucosa e siero-sierosa. Nu- merose aderenze a maglia imbrigliavano il corpo uter- ino e gli annessi di sinistra. | Guarigione. | Lasciato l'ovario destro. Es- tirpato quello di sinistra perché in preda a dege- nerazione cistica. | † il 25 febbraio 1892 per re- cidiva. |
| 11 novembre 1891. Sutura siero- mucosa posteriore. Lega- tura del parametrio. Sutura siero-mucosa anteriore e su- tura siero-sierosa. | Guarigione. | — | † il 30 gennaio 1892. |
| 24 ottobre 1891. Incisione cir- colare della vagina. Incisione della piega di Douglas. Su- tura siero-mucosa. Forcipres- sura essendo per il volume dell'utero straordinariamen- te laboriosa l'applicazione delle legature. | Guarigione. | Il corpo uterino era aumen- tato come in gravidanza al terzo mese, le sue pareti presentavano notevole spes- sore. L'infiltrazione oltre- passava l'ostio uterino. | † il 9 febbraio 1894. |
| 11 novembre 1891. Legature con seta. Sutura siero-muco- sa all'indietro, omesse le al- tre suture. | Guarigione. | — | Irreperibile nel settemb. 94. |
| 14 dicemb. 1891. Incisione cir- colare della vagina. Apertura dello spazio del Douglas. For- cipressura richiesta dal volu- me del viscere e dalla sua fis- sità che non permettevano in alcun modo l'applicazione metodica e regolare delle le- gature. Le pinze lasciate a permanenza furono in nume- ro di 14. Nessuna sutura. | Guarigione. | — | † il 21 aprile 1892 dopo ma- nifestatasi la recidiva, bre- ve tempo dopo la operazio- ne. (Dott. Decio). |
| 18 dicemb. 1891. Legature progressive con seta. Sutura siero- mucosa e sutura siero-sie- rosa. | Guarigione. | Esportato l'ovario destro de- generato cisticamente. L'u- tero esportato presentasi come tipo di carcinoma del canale cervicale formando un tutto cilindrico in cui è predominante la porzione sopravaginale del collo no- tevolmente aumentato nel- la sua lunghezza e nel suo volume superiore a quello del corpo, il quale è sepa- rato da essa, da una lieve depressione appena accen- nata che ricorda l'istmo uterino. | Settemb. 94, Denissimo, nes- sun segno di recidiva. |

| Num. progressivo | NOME E COGNOME ETÀ DOMICILIO | PRIMA MESTRUAZIONE PARTI | SINTOMI, LORO INIZIO CONDIZIONI GENERALI | GENITALIO | DIAGNOSI |
|------------------|--|---|--|-----------|--|
| 54 | Manen... Teresa, 59, Milano, Corso Lodi, 14. | Prima mestruazione a 17 anni, 6 parti, menopausa da 10 anni. | Da un anno perdite sanguigne, da qualche mese dolori, insufficienza mitrale, mancanza di infiltrazione di ghiandole inguinali. | Negativo. | Metrocarcin. della porz. vaginale e del canale cervicale con invasione della vagina posteriore a destra. |
| 55 | Sapori... Carolina, 53, Cassano Magnago. | Prima mestruazione a 17 anni, 8 parti, menopausa a 44 anni. | Emorragie da sei mesi. Nutriz. buona. Ghiandole inguinali tumidette. Paralisi facciale destra. | Negativo. | Carcin. del canale cervicale diffuso alla porz. vaginale. |
| 56 | Bertola... Annetta, 48, Milano, Via Luigi Canonica, 38. | Prima mestruazione a 13 anni, menopausa da 15 mesi, 5 parti. | Emorragie da tre mesi. Aspetto florido, assenza di ingrossamento delle ghiandole inguinali. | Negativo. | Carcinoma della porz. vaginale e sopravaginale a forma papillomatosa prevalente. |
| 57 | Ballerio Luigia, 52, Milano, Corso P. Garib., 104. | — | — | — | Carcinoma del corpo uterino. |
| 58 | Coria... Antonia, 44, Mezzate. | Prima mestruazione a 15 anni, 6 parti, l'ultimo 12 anni fa. | Emorragie da sei mesi, doperifa. Ghiandole inguinali tumidette. | Negativo. | Carcinoma della porz. vaginale del collo e del canale cervicale. |
| 59 | Anno... Erminia, 35, Milano, Via Gian Giacomo Morra, 8. | 11 anni, 11 gravidanze con parti normali, l'ultimo 6 anni pr. | Emorragie da 2 mesi. | Negativo. | Carcinoma della porz. vaginale del collo. |
| 60 | Bologne... Luigia, 34, Milano, Viale P. Vigentina, 13. | 13 anni, 8 parti, l'ultimo da 2 anni. | Emorragie da tre mesi. Molto dimagrata. | Negativo. | Carcinoma a cavolfiore della porz. vaginale del collo. |
| 61 | Fonla... Amalia, 42, P. Vittoria, bassone. | 14 anni, 4 parti. | Da 4 mesi emorragie. Molto doperifa. Ghiandole palpabili agli inguinali. Già cauterizzata col caustico attuale. | Negativo. | Carcinoma della porz. vaginale del collo. |
| 62 | Maria... Teresa, 46, Milano, C. Magenta, 2. | 12 anni, 9 parti, l'ultimo da 6 anni. | Perdita sanguigna fetida da 8 mesi. Dolori ai lombi ed agli arti. Deterioramento notevole. | Negativo. | Carcinoma enorme a cavolfiore della porz. vaginale del collo. |
| 63 | Moran... Angela, 34, Novate Milane- se. | — | Emorragie da 4 mesi. Dolori sacrali. | Negativo. | Metrocarcinoma. |

| OPERAZIONE | ESITO | OSSERVAZIONI | NOTIZIE ULTERIORI |
|--|-------------|--|--|
| 17 gennaio 1892. Legature progressive. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Lasciate le ovali. Diffusione del neoplasma anche alla mucosa del corpo. | Settemb. 91. Benissimo, nessun segno di recidiva. |
| 15 febbraio 1892. Legature progressive con seta. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Lasciate le ovali. Diffusione del neoplasma anche al corpo. | Non ha recidiva e neppure tracce di scolo leucorrico. Lettera del medico curante, 28 agosto 1894. |
| 12 marzo 1892. Legatura progressive con seta. Nessuna sutura. | Guarigione. | Lasciate le ovali. | † nell'autunno 1892. |
| 1 aprile 1892. Legature progressive con seta. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | L'utero era grosso come un utero gravido alla fine del terzo mese e ricoperto nella sua faccia posteriore da esudato gelatinoso. Il neoplasma era nettamente limitato al corpo, liberi gli ostii tubarici. | Irreperibile. |
| 3 aprile 1892. Legature progressive con seta. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | — | Due mesi dopo l'operazione segni evidenti di carcinoma epatico. † il 28 giugno 1893. Lettera del dott. Pietro Pizzocaro 29 agosto 1894. |
| 25 maggio 1892. Legature frazionarie con seta, perdute. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Lasciate le ovali. | Nessun segno di recidiva Settembre 1894. |
| 1 luglio 1892. Legature progressive con seta. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Esportato l'ovale di destra. | Nessun segno di recidiva. Ottobre 1894. |
| 11 luglio 1892. Legature progressive con seta. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Emorragia all'atto dell'operazione per sfuggita di un laccio: si poté afferrare e legare l'arteria. | Sta benissimo e attende alle sue faccende domestiche come non fosse mai stata ammalata. Ne gode tanto più perché da altri era stata sconsigliata l'operazione (Lettera del dottor Migliavaca 22 settembre 1894). |
| 1 ottobre 1892. Forecpressura. | Guarigione. | Lasciate le ovali. | Vivente, nessun segno di recidiva. (Bott. Dacloy). |
| 11 ottobre 1892. Forecpressura. | Guarigione. | Lasciate le ovali. | Nessun segno di recidiva. Lettera del dott. Siro Ragni, 10 settembre 1894. Rivisitata da me in ottobre è in condizioni ottime per ogni riguardo. |

| Num. progressivo | NOME E COGNOME ETA DOMICILIO | PRIMA MESTRUAZIONE PARTI | SINTOMI, LORO INIZIO CONDIZIONI GENERALI | GESTIZIO | DIAGNOSI |
|------------------|--|------------------------------------|--|-----------|---|
| 64 | Rolan... Mortara. | Xpara. | Emorragie da 1 anno. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale del collo. |
| 65 | Forti..... Barica, 40, Via Magolda, 14. | 4 parti, 1 abortivo. | Emorragie da 2 mesi. Nutrizione discreta. Tinta gialla-terrea. | Negativo. | Metrocarcinoma del canale cervicale. |
| 66 | Briv.... Severina, 33, Robbiate. | 14 anni, 7 parti. | Da 7 mesi emorragie. Deperita. | Negativo. | Metrocarcinoma del collo con diffusione al corpo, alla vagina posteriormente, al parametrio di sinistra. |
| 67 | Casari.... Teresa, 31, Cascina Molinazzo, N. 207. | — | — | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale del collo. |
| 68 | Galbani.... Cosarina, 38, Milano, Strada Baracca, 9, Quartiere P. Vigentina. | 15 anni, 3 parti, di cui 1 aborti. | Da 5 mesi emorragie. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale del collo. |
| 69 | Pagnamen., Margherita, 66 Biaggio. | 6 parti. Menopausa da 20 anni. | Da 5 mesi leucorrea fetida. Perdita sanguigna, dolori. Nutrizione buona. | Negativo. | Carcin. del canale cervicale con diffusione al cellulare paracervicale e parauterino a sin. |
| 70 | Beret... Enrichetta, 29, Milano, C. fuori P. Romana, 84. | 12 anni, 5 parti a termine. | Perdite sanguigne. Da 1 mese molto deperita. | Negativo. | Epitelioma della porzione vagin. del collo con diffusione alla volta vaginale. Epitelioma del piccolo labbro sin. |
| 71 | Poz... Marianna, 43, Luino. | 15 anni, 8 parti a termine. | Emorragie da 7 mesi. | Negativo. | Carcinoma della porzione vag. del collo e del canale cervic. con diffusione al corpo, alla vagina ed al paramet. |
| 72 | Giovanna Marti., 37, Milano, Via Principe Umberto, N. 47. | 19 anni, parti 1 | Dolori. | Negativo. | Carcinoma con aderenz. perituterino. |
| 73 | Rasin.... Arona, 37. | Pluripara. | Emorragie da 8 mesi. | — | Carcin. del canale cervicale e della porzione vaginale del collo. |
| 74 | Visma.... Maria, 36, Milano, Via Daniele Crespi, 11. | 9 parti. | Da 6 mesi emorragie. Nutriz. buona. Non ghiandole inguinali ingrossate. | Negativo. | Metrocarcinoma a forma vegetante ed ulceroide, superficiale e cavitario, con diffusione alla volta vaginale. |
| 75 | Cavea... Giuditta, 43, Milano, Via Anfitrion, 12. | 17 anni, 2 parti. | Da due mesi emorragie, leucorrea, dolori. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale del collo. |

| OPERAZIONE | ESITO | OSSERVAZIONI | NOTIZIE ULTERIORI |
|--|-----------------------------|------------------------------|---|
| 17 dicemb. 1892. Legature progressive con seta. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | Esportate le ovaie. | † 8. 10. 1893. per uremia da compressione degli ureteri per riproduzione del neoplasma nel cellulare pelvico di cui si manifestarono i primi sintomi 3 mesi circa dopo l'operazione. Lettera del dott. Sommi 10. 9. 94. |
| 1° gennaio 1893. Legature progressive con seta. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | — | Denissimo, nessun segno di recidiva. Settembre 1894. |
| 17 febbraio 1893. Forcippessura. Escissione di piccolo tratto della vescica per diffusione ad essa del neoplasma. | † 19. 3. 1893. Setticiemia. | — | — |
| 14 marzo 1893. Forcippessura. | Guarigione. | — | Nessun segno di recidiva nell'ottobre 1894. (Dott. Decio). |
| 16 marzo 1893. Forcippessura. | Guarigione. | — | Nell'ottobre 1894, lieve intasamento sospetto al di dietro della linea di cicatrizzaz. |
| 21 aprile 1893. Legature frazionata. Forcippessura per un nodo del parametrio di sin. | Guarigione. | — | Irreperibile. |
| 17 maggio 1893. Legature progressive con seta, perdute. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. Escissione del piccolo labbro di sin. | † setticiemia. | Esportate entrambe le ovaie. | — |
| 21 maggio 1893. Forcippessura. | Guarigione. | — | † il 30 gennaio 1894. |
| 16 giugno 1893. Forcippessura. | Guarigione. | — | Senza recidiva nell'ottobre 1894 (dott. Decio). |
| 1° luglio 1893. Legature progressive con seta. Sutura siero-mucosa e siero-sierosa. | Guarigione. | — | Recidiva alla fine del 1893. Tuttora vivente. |
| 2° novembre 1893. Forcippess. | Guarigione. | Esportate entrambe le ovaie. | Bene, nessun segno di recidiva. Settembre 1894 (dott. Decio). |
| 11 dicembre 1893. Forcippess. | Guarigione. | — | Degente fra i cronici per recidiva. |

| Num. progressivo | NOME E COGNOME ETA' DOMICILIO | PRIMA MESTRUAZIONE PARTI | SINTOMI, LORO INIZIO CONDIZIONI GENERALI | GESTRUZZO | DIAGNOSI |
|------------------|--|---|---|--------------------|--|
| 76 | Coria.... Pasqualina, 35. Lamberate. | 18 anni, 4 parti. | Dolori. Leucorrea. Perdite sanguigne dopo il coito. | Negativo. | Epitelioma della porzione vaginale del collo. |
| 77 | Nova.... Elisa, 42. Milano. | 15 anni, 1 parto a termine. Menopausa da un anno e mezzo. | Da sei mesi emorragie. Dolori forti. | Negativo. | Sarcoma del corpo dell'utero. |
| 78 | Giobb.... Angela, 30. Milano, Cagnola, 3. | 14 anni, 6 parti. | Emorragie da 15 giorni. Leucorrea. Dolori. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale con diffusione alla parete vaginale posteriore ed al parametrio destro. |
| 79 | Tremola.. Maria, 42. Milano, Vicolo De Cristoforis, 2. | 12 anni, 7 parti. | Da 10 mesi leucorrea fetida. Emorragie. | ? | Carcin. del canale cervicale con diffus. al parametrio sinistro. Diabete mellito. |
| 80 | Bertar.. Margherita. Milano, Via Amerigo Vespucci, N. 7. | 14 anni, 8 parti, 1 abortivo. | Metrorragie dall'agosto del 1893. | Negativo. | Carcinoma del collo a cavolfiore. |
| 81 | Scand.... Giuseppe, 48. Fagnano Olon. | 14 anni, 6 parti. | Emorragie e dolori da 3 mesi. | Negativo. | Carcinoma della porzione vagin. del collo con diffusione limitata alla volta vaginale anteriore e lateralmente a sinistra. |
| 82 | Dott.... Rosa. Desenzano. | 12 anni, 4 parti. Menopausa da 4 anni. | Da 8 mesi leucorrea fetida. Dolori e emorragie. Già operata altrove di raschiamento. | Negativo. | Metrocarcinoma con diffus. notevole alla parete vaginale posteriore. |
| 83 | Dominaz.... Savina, 53. Milano. | 18 anni, 6 parti. Menopausa da 15 anni. | Da 4 mesi leucorrea fetida e metrorragie. | Negativo. | Metrocarcinoma con diffusione alla vagina ed al parametrio destro. |
| 84 | Brama... Cecilia, 45. Groppello. | 13 anni, 10 parti. | Da 1 anno metrorragie e leucorrea fetida. Mancanza di ghiandole inguinale ingrossate. | Negativo. | Metrocarcinoma con diffus. al corpo, alla vagina, al cellulare paravaginale. |
| 85 | Piacen.. Margherita, 42. Milano. | 16 anni, 5 parti. | Lievi perdite sanguigne da 2 anni. Emorragia grave 1 mese fa. | Negativo. | Metrocarcinoma con diffusione alla volta vaginale sinistra. |
| 86 | Ingle... 32. Arona. | Pluripara. | Emorragie. | Madre + di cancro. | Carcinoma della porzione vaginale del collo. |
| 87 | Oddone. 64. Bellinzona. | Pluripara. | Emorragie da 8 mesi. Operata 5 anni prima per cancro della mammella. | Negativo. | Carcinoma della porzione vaginale del collo. |
| 88 | Quinti... Angela, 35. Milano, Via Ambrosiana, 8. | 16 anni, 7 parti. | Da 4 mesi emorragie e perdite leucorroiche fetenti. | Negativo. | Carcinoma della porzione vagin. del collo con diffus. alla vagina ed al parametrio. |

| OPERAZIONE | ESITO | OSSERVAZIONI | NOTIZIE ULTERIORI |
|--------------------------------|---------------|--|--|
| 1 dicembre 1893. Forcypress. | Guarigione. | — | Nessun segno di recid. Dott. Diego Ferrari, lettera 10. 9. 94. |
| 1 marzo 1894. Forcypressura. | Guarigione. | — | Benissimo, nessun segno di recidiva nell'ottobre 1894. |
| 1 aprile 1894. Forcypressura. | Guarigione. | — | Vivente in cattive condizioni nell'ottobre 1894. |
| 1 maggio 1894. Forcypressura. | + 9 maggio. | Aggravamento rapido del diabete. Morte per coma diabetico. | — |
| 1 maggio 1894. Forcypressura. | Guarigione. | — | Deperita, qualche dolore. Si sospetta la recidiva (dott. Decio, ottobre 1894). |
| 1 maggio 1894. Forcypressura. | Guarigione. | — | Nessun segno di recid. Dott. Antonio Lodini 12. 9. 94. |
| 1 maggio 1894. Forcypressura. | Guarigione. | — | Nessuna notizia. |
| 1 maggio 1894. Forcypressura. | Guarigione. | Per la notevole rigidità della vagina viene fatta una profonda episiotomia bilaterale saturata con catgut dopo l'operazione. | Benissimo, nessun segno di recidiva. Settembre 1894. |
| 1 giugno 1894. Forcypressura. | Guarigione. | Lasciate le ovaie. | — |
| 1 giugno 1894. Forcypressura. | + setticemia. | — | — |
| 1 giugno 1894. Forcypressura. | Guarigione. | — | — |
| 1 luglio 1894. Forcypressura. | Guarigione. | — | — |
| 1 ottobre 1894. Forcypressura. | Guarigione. | — | — |

DISCUSSIONE

Il Dott. Acconci presenta la sua statistica.

Carcinomi N. 13 — Fibromioma in degeneraz. carc. N. 1 — Adenomi mal. N. 2 — Deciduomi N. 1. — Totale N. 17, in tutte risultato immediato felice.

OPERATE A GENOVA 1894.

| | | | |
|---|------------------------|------------|---------------------------|
| 1. Cancro del collo | Operata il 25 Febbraio | 7 1/2 mesi | } finora nessuna recidiva |
| 2. " " " | " 5 Marzo | 7 mesi | |
| 3. " del corpo (già operata di cervicetomia da 1 anno). | " 13 Marzo | 6 1/2 mesi | |
| 4. " del corpo | " 22 Aprile | 5 1/2 mesi | |
| 5. " " " | " 4 Luglio | 3 1/2 mesi | |
| 6. Deciduo adenoma | " 24 Maggio | 4 1/2 mesi | |

OPERATE A PADOVA 1892.

| | | |
|--|-----------------------|---|
| 7. Cancro del collo diffuso al parametrio sinistro. | Operata il 21 Gennaio | Recid. dopo 2 mesi Morte dopo 5 " |
| 8. " " " | " 20 Marzo | Recid. dopo 5 mesi Morte dopo 8 " |
| 9. " " " | " 7 Gennaio | Recid. dopo 8 mesi Morte dopo 1 anno e 2 mesi. |
| 10. " " ai fornici | " 7 Aprile | Recidiva dopo un anno e mezzo. Morte dopo 2 anni |
| 11. " del corpo (già operata di cervicetomia da 1 anno). | " 11 Maggio | Recidiva dopo un anno e mezzo. Morte dopo 2 anni |
| 12. " del corpo | " 24 Aprile | Dopo 2 1/2 anni non anche recidiva. |
| 13. Fibromioma in degener. carc. | " 1 Luglio | Non recid. 2 anni e 4 mesi. |
| 14. Adenoma maligno | " 3 Marzo | Non recid. 2 anni e 7 mesi. |
| 15. " " " | " 30 Giugno | Non recid. 2 anni e 4 mesi. |

OPERATE A TORINO 1891.

| | | |
|--------------------------------|---------------------|----------------------------------|
| 16. Cancro del collo | Operata nell'Aprile | Non recidiva dopo 3 1/2 anni. |
| 17. " " diffuso al parametrio. | " nel Settembre | Non recidiva dopo 3 anni 1 mese. |

Dei N. 17 casi di questa statistica

N. 6 datano da mesi 7 1/2 a 4 1/2 — Di queste finora nessuna recidiva - nessuna morta.

| | |
|-----|---|
| " 1 | — Morta dopo 5 mesi |
| " 1 | — " " 8 " |
| " 1 | — " " 1 anno e 2 mesi. |
| " 2 | — " " 2 " |
| " 4 | — Ancora vive e senza recidiva dopo 2 anni 1/2. |
| " 2 | — Ancora vive e senza recidiva dopo 3 anni 1/2. |

Il Prof. E. F. Fabbri ricorda la propria statistica già da lui presentata al Congresso internazionale di Roma, delle isterectomie per cancro da lui eseguite; e la ripete, perchè essa non è contenuta nella statistica italiana del Berruti, e perchè non è inutile il ripeterla coi mutamenti, ancorchè lievi, che vi hanno indotto i sei mesi trascorsi.

Proporzionata alla piccola Sezione ginecologica dell'Istituto di Modena, la statistica del prof. Fabbri non contiene che 25 casi.

| | |
|--|----|
| Morta per l'operazione (peritonite settica) | 1 |
| Morte per recidiva | 13 |
| Morta per volvolo (un anno e 9 mesi dopo l'operazione, senza recidiva) | 1 |
| Viventi con recidiva | 1 |
| Viventi sane | 9 |

Morirono per recidiva:

| | |
|------------|------------------------|
| 2 dopo | 5 mesi dall'operazione |
| 2 " " | 6 " " |
| 1 " " | 10 " " |
| 2 " 1 anno | " " |
| 1 " 1 " " | 2 " " |
| 1 " 1 " " | 4 " " |
| 3 " 1 " " | 5 " " |
| 1 " 2 " " | 4 " " |

Sono viventi e sane:

| 1 dopo 5 anni e 10 mesi dall'operazione | | |
|---|---|---|
| 1 | = | 4 |
| 1 | = | 3 |
| 1 | = | 2 |
| 1 | = | 2 |
| 1 | = | 2 |
| 1 | = | 1 |
| 1 | = | 1 |
| 1 | = | — |

Il Prof. Fabbri, stando alla propria statistica ritiene che sia giusta la opinione che dopo due anni assai raramente s'inizi la recidiva sicchè la donna si possa considerare dopo due anni di immunità, stabilmente guarita. Benchè le sue operate in genere non abbiano mostrato sollecita recidiva pure una sola è morta dopo il 2.^o anno; ma solo quattro mesi dopo, sicchè è giusto ritenere che anche in questa la recidiva sia insorta prima della fine del 2.^o anno.

Del resto anche dal lato teoretico egli ritiene sia giusta questa credenza, perchè in genere coll' esatto palpamento retto-vagino-addominale si può facilmente avvertire il più piccolo mutamento accennante a recidiva; e perchè non è probabile che per due anni interi un germe cancerigno rimanga così inerte da non palesarsi almeno per un nodulo o nel culdisacco cicatrizio che il pollice e l'indice palpino a loro talento o nei parametrii cui la mano esterna e le dita interne comprendono e dominano.

Posto questo, la sua statistica darebbe il 4 per cento di mortalità operatoria, il 24 per cento di guarigioni molto probabilmente stabili.

Dott. Marocco — Non operai che per carcinoma.

In 13 casi, dal 1884 al 94, sempre operati per cancro, ebbi:

Caso 1 — morta per setticoemia, e fu la prima.

Casi 3 — guariti dopo 4 a 5 anni. (Uno fu trattato colla forcipressura.

Casi 9 — recidive da 6 a 12 mesi rapidissime.

Aggiungo 2 operazioni incompiute.

L'operazione nella recidiva vicina affretta la morte.

Sul metodo usai sempre legature progressive graduati a distanza il più possibile; in un solo caso mi valse del *forceps*: l'ammalata mi guarì, ma non fui contentissimo del mezzo nel senso clinico.

Quanto agli annessi, quando posso li tolgo sempre.

Non chiusi mai il peritoneo, e la diacrisi abbondante del peritoneo si aggiunge all'abrasione profonda prima di attaccare l'utero e l'irrigazione continua durante l'atto operativo per scongiurare gli innesti.

La recidiva combinò sempre per sede e per rapidità al distacco del laccio nel senso che quanto più tarda, tanto è più pronta sul moncone la recidiva.

Le ammalate che recidivano muoiono molto più rapidamente di quelle non operate. Gli ultimi mesi però delle non operate sono così strazianti che l'operazione è assolutamente una splendida conquista della chirurgia ginecologica.

Nelle 2 operazioni incompiute fu la vescica impegnata che fermò la mia mano.

Dott. La Torre — Chi più di tutti deve felicitarsi dell'interessantissimo lavoro del Prof. Mangiagalli, il quale infonde la massima speranza nei ginecologi per la guarigione del carcinoma dell'utero, questi sono io.

Assistevò alla discussione della Società di Chirurgia sugli esiti dell'isterectomia per carcinoma e ne rimasi sgomento dalle risultanze della discussione in cui avevano preso parte i più chiari chirurghi d'Italia, quando si propose di votare un'ordine del giorno con cui si proscriveva in modo assoluto qualsiasi operazione nell'utero per carcinoma. Prevalse però fortunatamente il buon senso di non votarlo e lasciare all'apprezzamento di ciascun clinico l'opportunità o no di operare.

Sento ora col massimo piacere le conclusioni del Prof. Mangiagalli basate sulla più razionale ed imparziale pratica che dimostra potersi ottenere in molti casi la guarigione d'una sì terribile malattia maligna.

Dott. Regnoli — Ebbi ad osservare tre casi di isterectomia totale vaginale per tumori maligni.

Uno per sarcoma.

Due per epiteloma.

L'esito operatorio fu felice per tutti i casi. L'esito a distanza fu sconfortante.

Nel 1.^o caso la recidiva avvenne dopo 4 mesi e la morte dopo 8 mesi.

Negli altri casi, la recidiva si avverò dopo 5-6 mesi e la morte dopo 10-14 mesi.

Prof. Morisani — Riassumendo la discussione fatta sull'argomento mi pare che si possa venire alle seguenti conclusioni:

1.^o che la estirpazione dell'utero carcinomatoso per vaginam è operazione, la quale ha il diritto di restare nella ginecologia operativa, sia perchè i risultati immediati della operazione sono eccellenti, sia soprattutto perchè vi sono casi ben costanti di operate, nelle quali passarono tre, quattro, cinque anni, senza che si verificasse la riproduzione del cancro, e le quali per conseguenza si possono considerare interamente guarite. Ciò fu reso evidente dalle statistiche citate nella bella ed accurata relazione del Prof. Mangiagalli, e da quelle dai vari oratori che parlarono sull'argomento.

2.^o che il fatto più importante il quale domina nelle statistiche delle riproduzioni è la condizione dell'organo, allorchè se ne pratica la estirpazione. Allorchè infatti la operazione fu praticata, essendo il cancro limitato, l'utero perfettamente mobile, e nessuno impegno o diffusione ai parametrii e ai fornici vaginali, si ottennero risultati remoti abbastanza favorevoli e certo migliori assai di quelli avuti allorchè la operazione fu praticata in condizioni opposte.

Tutte le altre circostanze relative al processo operativo hanno minor valore. Si ottennero presso a poco risultati uguali sulle conseguenze prossime e remote della operazione, o che si preferì l'uso delle legature a quelle delle pinzette, o che si fecero le legature con seta, o con catgut, o che si occlusero la breccia, attraverso la quale l'utero fu estirpato, o che la si lasciò beante, adoperando per chiuderla uno zaffo asettico.

Queste mi sembrano le conclusioni più importanti le quali si rilevano dalla dotta relazione del Prof. Mangiagalli e dalla discussione a cui essa ha dato luogo.

SECONDA SEDUTA

16 OTTOBRE - ORE 9

PROF. ETTORE TRUZZI

DIRETTORE DELLA R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN NOVARA

La castrazione nell'osteomalacia

RELAZIONE

Signori,

In occasione della mia comunicazione all'XI Congresso internazionale sopra questo stesso argomento, ho fatto cenno di una serie di esperienze, che stavo istituendo sugli animali, e che erano intese a studiare sia l'indole e la patogenesi della alterazione osteomalacica delle ossa, sia a facilitare la ricerca del come la castrazione potesse favorevolmente influire sul decorso dell'osteomalacia e provocarne spesso la guarigione. Nella donna infatti le indagini di tal genere non possono riuscire che incomplete ed assai più ardue per quei riguardi che il sentimento umanitario giustamente ci impone anche nelle nostre ricerche scientifiche.

Fu appunto per tale insufficienza delle indagini praticate unicamente sull'organismo della donna osteomalacica che, per quanto mi fossi in passato adoperato per attuare un programma di ricerche che valesse a riconoscere i mutamenti, che nella economia delle osteomalaciche si producevano in seguito alla castrazione, per quanto mi studiasse per togliere alla pratica della castrazione nell'osteomalacia il carattere di un mezzo quasi empirico di cura, i risultati che avevo per tale via ottenuti, pure non essendo scevri di qualche interesse, non erano però stati tali da incoraggiarmi a persistere unicamente in quest'ordine di ricerche. Prescindendo infatti da un incerto ed incompleto reperto batteriologico, i soli fatti di qualche momento che avevo potuto rilevare in tali indagini erano stati i due seguenti:

avevo potuto sorprendere in uno dei miei casi, all'esame del midollo osseo costale, l'espressione di una delle probabili modalità

anatomiche, onde l'osso osteomalacico procede alla sua consolidazione dopo che sia stata eseguita la castrazione nella paziente;

mi era riuscito di rilevare col metodo Kjeldahl talune modificazioni nel ricambio dell'azoto, che si verificano nell'economia delle donne osteomalaciche in seguito alla castrazione: modificazioni, che accennano ad una tendenza nelle operate alla ricostituzione organica, alla riparazione dei loro disfatti organismi, quasi che la avvenuta soppressione chirurgica della attitudine alla riproduzione della specie avesse ingenerato in tali donne condizioni più vantaggiose per la conservazione dell'individuo.

Però queste risultanze erano troppo poca cosa di fronte alla importanza ed alla oscurità di tale argomento; epperò mi ero deciso a battere la via dell'esperimento sugli animali, sperando incontrare fatti, che offrissero maggiore interesse per tale studio e dessero qualche luce per la conoscenza dell'argomento.

Senonchè la penuria dei mezzi, di cui ho potuto fin qui disporre per indagini sperimentali su questo tema, l'estrema difficoltà del medesimo e la relativa insufficienza del tempo, mi tolsero fin qui di poter arrivare a risultanze concrete e che avessero sufficiente valore per interessare la vostra attenzione, e meritare di esservi qui presentate.

Cedendo ad ogni modo alle cortesie e benevole insistenze dell'illustre Presidente di questa Società, io mi sono risolto, benchè a malincuore, a non rinunciare interamente all'incarico di riferire sopra questo interessante tema; solamente ho dovuto di necessità limitarmi a presentarvi quella sola parte della mia relazione, che si riferisce alla statistica dell'argomento, e nella quale mi sono proposto con particolare attenzione di mettere in luce i risultati prossimi e remoti della castrazione nell'osteomalacia.

Nutro fiducia che questa stessa parte della mia relazione non debba sembrarvi spoglia di interesse per le ragioni che mi permetto ora di accennarvi.

Anzitutto le statistiche fin qui apparse, come quella di Kummer (1) e quella di Winckel (2), sono certamente incomplete e tali da meritare un paziente lavoro di revisione. Basti il dire che, mentre il Kummer nella sua statistica fino all'aprile 1892, non

(1) K u m m e r. • De l'oophorectomie bilaterale comme moyen curatif de l'osteomalacie. • Genève, 1892.

(2) W i n c k e l. • Ueber die Erfolge d. Kastration bei d. Osteomalacia. • *Sammf. Klin. Vorträge*, N. 71, 1893.

potè raccogliere che 38 casi, dei quali 6 in modo tutt'affatto incompleto, a me è riuscito per l'istessa epoca di raccogliere 62 casi, 24 in più che nella statistica del chirurgo di Ginevra. Ho detto che anche la statistica di Winckel è alquanto incompleta: difatti il numero delle osservazioni che vi sono raccolte è di 40, anzi di 39 se si tien conto che un caso di Schauta vi è per errore ripetuto due volte (1). Orbene i casi che io potei trovare per l'istessa epoca e cioè fino al 13 agosto 1891 salgono a 49, cioè a 10 in più che nella statistica del Winckel.

L'interesse delle indagini statistiche sopra questo argomento è poi anche inerente alla necessità pratica di conoscere, quali sieno in realtà i risultati remoti della cura chirurgica proposta dal Fehling, e se tale intervento, che procura successi immediati tanto brillanti, valga per davvero a guarire anche in modo definitivo una affezione morbosa, che fino ad ora, molte volte se non sempre, era stata ribelle alle nostre risorse curative.

In verità l'esperienza ginecologica ci ha insegnato a diffidare degli apparenti successi, che immediatamente conseguono alla sola estirpazione degli annessi uterini, ed una tale diffidenza poi è tanto più giustificata nei casi di castrazione nell'osteomalacia, perchè non si tratta coll'operazione di guarire una affezione morbosa locale, ma ci si propone l'obbiettivo di influenzare profondamente l'intera economia della donna, la nutrizione del tessuto osseo di tanta parte dello scheletro, e la funzione del sistema ganglionare. Anche il rimprovero, fatto da molti alla semplice estirpazione degli annessi, che cioè quel moncone di salpinge, che viene perduto nell'addome insieme coll'utero, possa costituirsi tardivamente a fattore di recidive locali, oppure a focolaio di morbosi riflessi nella vita del sistema nervoso delle donne operate, merita di essere preso in considerazione, quando si pensi che parecchie volte nelle osteomalaciche, sia per i difficili parti superati, sia per le molteplici e laboriose operazioni ostetriche subite, non sempre l'utero e le sue dipendenze offrono condizioni anatomiche perfettamente normali.

L'allarme sopra questa quistione venne già dato, forse con eccessiva severità, nello scorso anno dal Winckel. L'A., ricordando che in una affezione ordinariamente a corso cronico, come è l'osteoma-

(1) Si confrontino i due casi n. 15 e n. 21 della statistica di Winckel. Op. cit. pag. 5 e 6.

malacia, non sono infrequenti le esacerbazioni e le remissioni, e che temporanei miglioramenti possono illudere per una guarigione definitiva, quando non si tenga la paziente in osservazione per parecchio tempo (almeno un anno), volle fare una selezione dei casi della propria statistica in base appunto al criterio della durata dell'osservazione durante il periodo post-operatorio; e giunse alla conclusione, che, prescindendo pure dai decessi in seguito alla operazione, appena nel 75 % delle donne osteomalaciche operate di castrazione poteva dirsi avvenuta una definitiva guarigione (1).

Pure non partecipando interamente a queste vedute, forse troppo pessimiste, del prof. Winckel, anch'io, in occasione dell'XI Congresso internazionale, avevo richiamata l'attenzione sopra sette casi, raccolti nella letteratura e nella mia pratica, nei quali la semplice castrazione pareva non si fosse dimostrata durevolmente efficace contro i progressi dell'osteomalacia.

Fu appunto di fronte a tali dubbj, e a tali critiche, che mi parve opportuno il raccogliere il materiale di osservazione in una nuova statistica, che avesse il precipuo intento di far conoscere le notizie riguardanti l'esito remoto, definitivo della castrazione ovarica ed utero-ovarica come mezzo di cura della osteomalacia.

A tale scopo io non solamente ho procurato di compulsare nel modo più completo, che mi fu possibile, le fonti bibliografiche della casuistica su tale argomento, ma, per avere le notizie più recenti e sicure sullo stato attuale delle pazienti, mi sono rivolto direttamente agli operatori mediante questionario. Ringrazio i prof. Acconci, Fehling, Hofmeier, Kézmárszky, Lohlein, Martin, Morisani, Schauta, v. Velits, ed i dott. Aly, Eisenhart, Kotschaa, Kummer, Orthmann, Preindlsberger, Labusquière, Sippel, Latzko, Gelpke, Lauro, Solovy e Törggler, delle notizie e pubblicazioni, che cortesemente si compiacquero inviarmi sopra questo argomento.

(1) Winckel. Op. cit. pag. 12.

OSSERVAZIONI DI CASTRAZIONE PER

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | Età dell'ammal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE |
|------------------|-----------|--|-----------------------|-----------------|-----------------------------------|---|
| 1 | FRILING | Archiv. f. Gynaek., Id. XXXIX. | 4 Gen. 1887 | 36 | Castraz. ovarica. | Favorevole. |
| 2 | FRILING | Archiv. f. Gynaek., Id. XXXIX. | 7 Luglio 1887 | 32 | Castraz. ovarica. | Favorevole, però la scomparsa dei dolori avviene in modo lento. |
| 3 | FRILING | Archiv. f. Gynaek., Id. XXXIX. | 13 Marzo 1888 | 28 | Castraz. ovarica. | Favorevole. |
| 4 | P. MÜLLER | In: HOFFA, Beiträge z. Geb. u. Gyn., 1889. | 27 Magg. 1888 | 31 | Castraz. ovarica. | Favorevole. |
| 5 | WINCKEL | Sammlung klin. Vorträge, n. 71. - Münch. Medic. Wochens., 1892, n. 50. | 9 Luglio 1888 | 31 | Castraz. ovarica. | Nel giorno dopo della operaz. pseudomenstrazione molto abbondante. 18 luglio 88, dolori tuttora immutati. |
| 6 | HOFFA | Festschr. f. Hepar., Stuttgart, 1889. | 8 Ott. 1888 | 31 | Castraz. ovarica. | Favorevole. |
| 7 | KOTSCHAU | Caso inedito. | 29 Ott. 1888 | 29 | Castraz. ovarica. | Favorevole. |
| 8 | P. MÜLLER | In: HOFFA, Festschr. ecc. | 11 Febbr. 1889 | 25 | Castraz. ovarica. | Favorevole. |
| 9 | FRILING | Archiv. f. Gynaek., Id. XXXIX. | 24 Marzo 1889 | 43 | Castraz. ovarica. | Favorevole. |
| 10 | FRILING | Archiv. f. Gynaek., Id. XXXIX. | 11 Giugno 1889 | 41 | Castraz. oventro-fissaz. uterina. | ÷ per occlusione intestinale il 16 giug. |
| 11 | FRILING | Archiv. f. Gynaek., Id. XXXIX. | 20 Giugno 1889 | 37 | Castraz. ovarica. | Favorevole. |
| 12 | FRILING | Archiv. f. Gynaek., Id. XXXIX. | 19 Luglio 1889 | 42 | Castraz. ovarica. | Favorevole. |
| 13 | SCHAUTA | Wien, medic. Wochens., 1890, n. 19. | 22 Luglio 1889 | 22 | Castraz. ovarica. | Favorevole. Obbligata a letto da oltre un anno, poteva già dopo 24 giorni stare eretta e camminare. |
| 14 | SIPPPEL | Centr. f. Gyn., 1890, p. 584. | 21 Nov. 1889 | 36 | Castraz. ovarica. | Favorevole: i dolori scompaiono a poco a poco. |

OSTEOMALACIA (sino alla fine di giugno 1894).

| ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime | OSSERVAZIONI |
|-------------------------------|---|---|---|
| DATA delle notizie | NOTIZIE | | |
| 10 Gen. 1889. | Amenorrea. La paziente cammina col bastone. Lavora tutto il giorno come lavandaia. Lamenta solamente di sera dolori sacrali. Amenorrea. Successo completo. | — | Notizie da comunicazione epistolare dell'A. [settembre 1894]. |
| 20 Ott. 1894 | Amenorrea. Completa attitudine al lavoro. | Quasi 8 anni. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 1890-1892 | Amenorrea. Costata persistente la guarig. Decesso della paziente per cardiopatia. | oltre 2 anni. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 12 Luglio 1888 | Amenorrea. Guarigione completa. Nè dolori, nè debolezza. | Quasi 2 mesi. | — |
| 29 Ott. 1892 | Coste, sterno, scapole indolenti. Dolori sacrali. La parete pelvica anteriore è alquanto sensibile alla pressione. Ad ogni modo attitudine a camminare molto buona. | 4 anni e 2 mesi. | — |
| 21 Luglio 1889 | Amenorrea. Dolori completamente cessati. La donna cammina e lavora a lungo senza dolori. | Quasi 10 mesi. | — |
| 1 Agosto 1894 | Amenorrea. I dolori non ricompaiono che di quando in quando. | 5 anni e 10 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| giugno 1889 | Amenorrea. Sta molto bene. Cammina facilmente e senza stancarsi. | Quasi 4 mesi. | — |
| Luglio 1890-1892 | Amenorrea. Dolori scomparsi. Decesso della paziente per tisi polmonare. | Circa 16 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| — | — | — | — |
| Luglio 1890-1893 | Amenorrea. La donna può correre e lavorare come una sana. Decesso per causa non conosciuta. Fino a tale epoca conservò l'attitudine a camminare senza sofferenza. | 12 mesi. Circa 4 anni. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| Aprile 1890 | Amenorrea. Ossa punto sensibili. Attende alle faccende domestiche. Più tardi la donna partì per l'estero. Irreperibile. | 9 mesi. | Mem. |
| 5 Gen. 1890-1894 | Absolute benessere. Aspetto sano. Cammina senza sforzo mediante appoggio ad un bastone. Esito completo. Niente dolori. Amenorrea. | Circa 6 mesi. Circa 5 anni. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 1 Maggio 1890-21 Febbr. 1894 | E fiorente, cresciuta in peso; completamente atta al lavoro, ecc. Completo benessere. Amenorrea. La paziente, divenuta vedova, procura pane a se stessa ed ai suoi cinque bambini col proprio lavoro. | 7 mesi e mezzo. 4 anni e 2 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | ETÀ dell' animal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | Osservazioni |
|------------------|-------------|--|-----------------------|-------------------|-------------------|--|----------------------------------|--|---|
| | | | | | | | DATA della notizia | NOTIZIE | |
| 15 | CHROBAK | In: WINCKEL, <i>Sammel. Klin. Fortschr.</i> , n. 71, 1893, p. 663. | 9 Dic. 1890 | — | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Da comunicaz. di Chrobak al Winckel (<i>Stenogramm</i> , ecc.) risulterebbe che la paziente si può considerare come perfettamente guarita. | — |
| 16 | FEHLING | <i>Archiv. f. Gynæk.</i> , Bd. XXXIX. | 14 Genn. 1890 | 34 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1° Marzo 1890 1° gennaio 1894 | Cammina bene; rapida scomparsa dei dolori. Amenorrea. Viene constatato l'esito completamente favorevole. | 2 mesi. 4 anni. Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 17 | FEHLING | <i>Archiv. f. Gynæk.</i> , Bd. XXXIX. | 28 Marzo 1890 | 29 | Castraz. ovarica. | Favorev. In 20 giorni, coste e sterno non sono più dolenti. In 45.º giorno reumatismo artic. sub-acuteo. In 57.º giorno ematoma sub-perit. perituterino. | 1° febbraio 1894 | Sia bene: lavora e può correre molto lesta. E ingrassata. Amenorrea. E perfettamente atta al lavoro. | 2 mesi circa. Quasi 4 anni. Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 18 | P. MUELLER | Inedita. In KUMMER, « De l'osforesc. etc. » Genève, 1892. | 10 Magg. 1890 | 29 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Amenorrea. Cammina bene. Senza dolori. | Circa 2 anni. |
| 19 | TRUZZI | <i>Annali di Ost. e Gin.</i> , 1890. | 19 Magg. 1890 | 26 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1891 1894 | L'ottobre 1890 circa 5 mesi dopo la castrazione ebbe una perdita sanguigna piuttosto considerevole. Prima e dopo amenorrea assoluta. E ingrassata. Si guadagna da vivere col lavoro delle proprie braccia. Sia bene. Amenorrea. Esito completo. | Circa 1 anno. Circa 4 anni. |
| 20 | GELPKK | GELPKK, « Die Osteomalacie in Ergoizthal. » Basel, 1890. | 19 Magg. 1890 | 31 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1° Agosto 1890 | E felice di potere, dopo anni, camminare liberamente senza bastone. Attende alle faccende domestiche senza fatica. Un pezzo del sacro resta sempre leggermente dolente alla pressione. | 3 mesi. |
| 21 | E. V. BRAUN | <i>Centralb. f. Gyn.</i> , 1891, p. 508. | 21 Magg. 1890 | 22 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1° novemb. 1892 | Amenorrea. Sia bene. Può muoversi senza alcuna sofferenza. | 2 anni e mezzo. |
| 22 | SCHAUTA | Inedito. | 24 Magg. 1890 | 40 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione perfetta. | — Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 23 | TRUZZI | <i>Annali di Ost. e Gin.</i> , 1890. | 17 Giug. 1890 | 34 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1891 | E ingrassata. Però soffre lievi dolori alla colonna vertebrale regione dorso-lombare. Le mestruazioni, dopo amenorrea per sei mesi, ricomparvero a tipo regolare, per la durata di 3-4 giorni. | Circa 1 anno. Donna nullipara. |
| 24 | W. NICKEL | <i>Sammel. Klin. Fortschr.</i> , n. 71, 1893, p. 661 e 667. | 18 Giug. 1890 | 38 | Castraz. ovarica. | Favorevole. Cammina già al ventiseiesimo giorno senza dolori e senza bisogno di gruocce. | 1° Otl. 1892 | Clavicole, scapole, sterno, coste punto sensibili. Al bacino la cresta iliaca destra è dolente ed il costole sinistro è squisitamente osteomalacico. Mobilità non libera. Non può la donna senza appoggio alzarsi da sedere. | 2 anni e 4 mesi. |
| 25 | LIHOTZKI | <i>Central. f. Gyn.</i> , 1891. | 18 Sett. 1890 | 34 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 11 Otl. 1890 | La paziente è già in grado di camminare mediante gruocce, mentre prima per mesi era obbligata a letto. | 21 giorni. |
| 26 | CHROBAK | In: WINCKEL, <i>Sammel. etc.</i> , p. 663. | 18 Sett. 1890 | 30 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione. | — |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | ETÀ dell' animal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | Osservazioni |
|------------------|-------------|--|-----------------------|-------------------|-------------------|--|----------------------------------|--|---|
| | | | | | | | DATA della notizia | NOTIZIE | |
| 15 | CHROBAK | In: WINCKEL, <i>Sammel. Klin. Fortschr.</i> , n. 71, 1893, p. 663. | 9 Dic. 1890 | — | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Da comunicaz. di Chrobak al Winckel (<i>Stenogramm</i> , ecc.) risulterebbe che la paziente si può considerare come perfettamente guarita. | — |
| 16 | FEHLING | <i>Archiv. f. Gynæk.</i> , Bd. XXXIX. | 14 Genn. 1890 | 34 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1° Marzo 1890 1° gennaio 1894 | Cammina bene; rapida scomparsa dei dolori. Amenorrea. Viene constatato l'esito completamente favorevole. | 2 mesi. 4 anni. Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 17 | FEHLING | <i>Archiv. f. Gynæk.</i> , Bd. XXXIX. | 28 Marzo 1890 | 29 | Castraz. ovarica. | Favorev. In 20 giorni, coste e sterno non sono più dolenti. In 45.º giorno reumatismo artic. sub-acuteo. In 57.º giorno ematoma sub-perit. perituterino. | 1° febbraio 1894 | Sia bene: lavora e può correre molto lesta. E ingrassata. Amenorrea. E perfettamente atta al lavoro. | 2 mesi circa. Quasi 4 anni. Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 18 | P. MUELLER | Inedita. In KUMMER, « De l'osforesc. etc. » Genève, 1892. | 10 Magg. 1890 | 29 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Amenorrea. Cammina bene. Senza dolori. | Circa 2 anni. |
| 19 | TRUZZI | <i>Annali di Ost. e Gin.</i> , 1890. | 19 Magg. 1890 | 26 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1891 1894 | L'ottobre 1890 circa 5 mesi dopo la castrazione ebbe una perdita sanguigna piuttosto considerevole. Prima e dopo amenorrea assoluta. E ingrassata. Si guadagna da vivere col lavoro delle proprie braccia. Sia bene. Amenorrea. Esito completo. | Circa 1 anno. Circa 4 anni. |
| 20 | GELPKK | GELPKK, « Die Osteomalacie in Ergoizthal. » Basel, 1890. | 19 Magg. 1890 | 31 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1° Agosto 1890 | E felice di potere, dopo anni, camminare liberamente senza bastone. Attende alle faccende domestiche senza fatica. Un pezzo del sacro resta sempre leggermente dolente alla pressione. | 3 mesi. |
| 21 | E. V. BRAUN | <i>Centralb. f. Gyn.</i> , 1891, p. 508. | 21 Magg. 1890 | 22 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1° novemb. 1892 | Amenorrea. Sia bene. Può muoversi senza alcuna sofferenza. | 2 anni e mezzo. |
| 22 | SCHAUTA | Inedito. | 24 Magg. 1890 | 40 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione perfetta. | — Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 23 | TRUZZI | <i>Annali di Ost. e Gin.</i> , 1890. | 17 Giug. 1890 | 34 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 1891 | E ingrassata. Però soffre lievi dolori alla colonna vertebrale regione dorso-lombare. Le mestruazioni, dopo amenorrea per sei mesi, ricomparvero a tipo regolare, per la durata di 3-4 giorni. | Circa 1 anno. Donna nullipara. |
| 24 | W. NICKEL | <i>Sammel. Klin. Fortschr.</i> , n. 71, 1893, p. 661 e 667. | 18 Giug. 1890 | 38 | Castraz. ovarica. | Favorevole. Cammina già al ventiseiesimo giorno senza dolori e senza bisogno di gruocce. | 1° Otl. 1892 | Clavicole, scapole, sterno, coste punto sensibili. Al bacino la cresta iliaca destra è dolente ed il costole sinistro è squisitamente osteomalacico. Mobilità non libera. Non può la donna senza appoggio alzarsi da sedere. | 2 anni e 4 mesi. |
| 25 | LIHOTZKI | <i>Central. f. Gyn.</i> , 1891. | 18 Sett. 1890 | 34 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | 11 Otl. 1890 | La paziente è già in grado di camminare mediante gruocce, mentre prima per mesi era obbligata a letto. | 21 giorni. |
| 26 | CHROBAK | In: WINCKEL, <i>Sammel. etc.</i> , p. 663. | 18 Sett. 1890 | 30 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione. | — |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | EVA dell'annal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | Osservazioni | |
|------------------|-----------|--|-----------------------|-----------------|--|---|-------------------------------|--|----------------------------|--|
| | | | | | | | DATA delle notizie | NOTIZIE | | |
| 27 | TRUZZI | Annali di Ost. e Gyn., 1890. | 18 Ott. 1890 | 30 | Castraz. ovarica. | Favorev.; però lento miglioramento. | Marzo 1892 | Per 13 mesi dall'operazione amenorrea; miglioramento nello stato generale, ecc. Il 9 novembre 1891 ebbe perdita sanguigna dalla via genitale con ricomparsa dei dolori osteomalacici, tantochè dovette riprendere l'uso delle grucce. Nel trimestre dal dicembre 1891 al febbraio 1892 amenorrea e nuovo miglioramento della paziente. Durante il marzo 1892 al 4, al 9 e 10 nuove perdite sanguigne atipiche con recidiva dei dolori. | 1 anno e 7 mesi. | — |
| | | | | | | | 1893 | Dal marzo 1892 amenorrea e coincidente miglioramento notevole dell'operata, che ora cammina nuovamente senza grucce. | 2 anni e mesi. | |
| | | | | | | | Ottobre 1894 | Sta bene. Cammina: sale e scende le scale senza dolori. | 4 anni. | |
| 28 | HOFMEIER | In: FR. SARR, Dissert. inaug. Würzburg, 1891 e Centralbl. f. Gynach., 1891, n. 17. | 6 Nov. 1890 | 30 | Castraz. ovarica. | Favorev. Cammina 5 settimane dopo l'operaz. senza dolori. | Mag. Dic. 1893 | Amenorrea. Nessun dolore alla pressione delle ossa. Movimenti affatto indolori. | Oltre 3 anni. | Nullipara. Comunic. epistol. dell'A. [sett. 1894]. |
| 29 | THORN | Centralbl. f. Gyn., 1891, n. 41. | 9 Nov. 1890 | 28 | Castraz. ovarica. | Scomparsa sorprendentemente rapida dei dolori ossei. | Maggio 1894 | Due mesi dopo l'operazione ebbe scarsa perdita di sangue dall'utero. Poscia amenorrea. Guarigione. | Circa tre anni e mezzo. | Macies dell'utero ed annessi. Comunicaz. epist. dell'A. [ottobre 1894]. |
| 30 | ORTHMANN | Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XXX. | 12 Genn. 1891 | 30 | Castraz. ovarica. | Scomparsa dei dolori al quinto giorno dopo l'operazione | — | Amenorrea. Dolori interamente scomparsi. | 3 anni e 3 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [ottobre 1894]. |
| 31 | CHARLEONI | Rivista di Ost. e Gyn., 1891, p. 438. | 29 Genn. 1891 | 27 | Castraz. ovarica. | Decorso tipico: dimessa il 4. marzo, cammina senza sostegno e quasi senza dolore. | — | Riveduta, si constata avere la osteomalacia ripreso il suo corso, benché la donna si mantenga in condizioni di nutrizione assai buone e si mostri ingrassata. | Poco più di un mese. | — |
| 32 | CHROBAK | In: WINCKEL, Semuol. ecc., p. 693. | 15 Febbre. 1891 | — | Castraz. ovarica. | † per sepsis. | — | — | — | — |
| 33 | SCHAUTA | In: WINCKEL, Semuol. ecc., p. 693. | 16 Marzo 1891 | — | Ovaro-isterectomia totale. | Favorevole. | — | Guarigione. | — | Nella comunicaz. epistol. speditami dall'A. nell'agosto 1894 non è cenno di questo caso, che figura invece nella statistica raccolta dal Winckel. — Indicavano l'intervento osteomalacia florida e prolusso uterovaginale. |
| 34 | FEHLING | Osserv. inedita. | 18 Marzo 1891 | 28 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Amenorrea. Rapida scomparsa dei dolori. Costatata persistente la guarigione con esito completo. | 2 anni e 10 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 35 | LOHLEIN | Festschrift, ecc. In: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., Bd. XXIX. | 30 Marzo 1891 | 43 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Sempre più libera da dolori. Andatura facile, non slegata, indolora. Ebbe due brevi recidive. Amenorrea. | 2 mesi. 2 anni e mezzo. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 36 | KIZMARSKY | Breve cenno nel: Centralbl. f. Gyn., n. 25, 1892, p. 598. | 11 Aprile 1891 | 29 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | Settembre 1892 | Persistono alquanto i dolori ossei. Anche la mestrurazione si ripete ogni 6-8 settimane. Esito incompleto. | 10 mesi circa. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 37 | LOHLEIN | Festschrift, ecc. In: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., Bd. XXIX. | 23 Aprile 1891 | 37 | Castraz. e ventrosomia dell'utero in gravidan. per retroflessione in osteomalacia. | Favorevole. | Luglio 1894 | Aspetto sano. Sta eretta bene. Di tanto in tanto disturbi climaterici. Benessere subiettivo. | 75 giorni. 2 anni. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | EVA dell'annal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | Osservazioni | |
|------------------|-----------|----------------------------------|-----------------------|-----------------|------------|---------------------------------|-------------------------------|---|----------------------------|--|
| | | | | | | | DATA delle notizie | NOTIZIE | | |
| | | | | | | | 1893 | Dal marzo 1892 amenorrea e coincidente miglioramento notevole dell'operata, che ora cammina nuovamente senza grucce. | 2 anni e mesi. | |
| | | | | | | | Ottobre 1894 | Sta bene. Cammina: sale e scende le scale senza dolori. | 4 anni. | |
| | | | | | | | Mag. Dic. 1893 | Amenorrea. Nessun dolore alla pressione delle ossa. Movimenti affatto indolori. | Oltre 3 anni. | Nullipara. Comunic. epistol. dell'A. [sett. 1894]. |
| | | | | | | | Maggio 1894 | Due mesi dopo l'operazione ebbe scarsa perdita di sangue dall'utero. Poscia amenorrea. Guarigione. | Circa tre anni e mezzo. | Macies dell'utero ed annessi. Comunicaz. epist. dell'A. [ottobre 1894]. |
| | | | | | | | — | Amenorrea. Dolori interamente scomparsi. | 3 anni e 3 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [ottobre 1894]. |
| | | | | | | | — | Riveduta, si constata avere la osteomalacia ripreso il suo corso, benché la donna si mantenga in condizioni di nutrizione assai buone e si mostri ingrassata. | Poco più di un mese. | — |
| | | | | | | | — | Guarigione. | — | Nella comunicaz. epistol. speditami dall'A. nell'agosto 1894 non è cenno di questo caso, che figura invece nella statistica raccolta dal Winckel. — Indicavano l'intervento osteomalacia florida e prolusso uterovaginale. |
| | | | | | | | — | Amenorrea. Rapida scomparsa dei dolori. Costatata persistente la guarigione con esito completo. | 2 anni e 10 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| | | | | | | | — | Sempre più libera da dolori. Andatura facile, non slegata, indolora. Ebbe due brevi recidive. Amenorrea. | 2 mesi. 2 anni e mezzo. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| | | | | | | | Settembre 1892 | Persistono alquanto i dolori ossei. Anche la mestrurazione si ripete ogni 6-8 settimane. Esito incompleto. | 10 mesi circa. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| | | | | | | | Luglio 1894 | Aspetto sano. Sta eretta bene. Di tanto in tanto disturbi climaterici. Benessere subiettivo. | 75 giorni. 2 anni. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | EIA dell'ammal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | |
|------------------|-----------|---|-----------------------|-----------------|-------------------|---|-------------------------------|---|
| | | | | | | | DATA delle notizie | NOTIZIE |
| 38 | FEHLING | Osserv. inedita. | 30 Aprile 1891 | 41 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Alquanto dolori, come prodotti da reumatismo. Amenorrea. Decesso per carcinoma del ventricolo. |
| 39 | FEHLING | Osserv. inedita. | 15 Giug. 1891 | 37 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | gennaio 1894 | Lieve recid., malgrado persista l'amenorrea. Viene constatato che la paziente, in causa di umidità, soffre sensibilità leggiera alla pressione delle ossa ed ha minore attitudine a camminare. |
| 40 | CHRONAK | In: WINCKEL, <i>Sammtl.</i> , ecc., n. 71, p. 663. | 1 Luglio 1891 | — | Castraz. ovarica. | Non guarita. | — | Non guarita. |
| 41 | V. VELITS | <i>Zeitschrift Geb. u. Gyn.</i> , Bd. XXIII. | 6 Luglio 1891 | 41 | Castraz. ovarica. | Favorev. Rapida cessazione dei dolori. | AGOSTO 1892 1893 | Viene visitata. Amenorrea. Esito completamente favorevole. Decesso per tisi polmonare. |
| 42 | V. VELITS | <i>Zeitschrift Geb. u. Gyn.</i> , Bd. XXIII. | 10 Luglio 1891 | 40 | Castraz. ovarica. | Favor. Pronta scomparsa dei dolori. | agosto 1894 | Amenorrea. Guarigione. |
| 43 | CHRONAK | In: WINCKEL, <i>Sammtl.</i> , ecc., p. 663. | 13 Luglio 1891 | — | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione. |
| 44 | LOHLEIN | <i>Festschrift, ecc.</i> In: <i>Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.</i> , Bd. XXIX. | 15 Luglio 1891 | 44 | Castraz. ovarica. | Rapida diminuzione dei dolori cessati dal terzo giorno. Viene dimessa dopo cinque settimane: senza dolori, incesso a piccoli passi, possibile senza appoggio. | — | Benessere. Aumento di peso. Andatura libera. Capace di attendere alla casa, di salire le scale. L'andatura è però tuttora un po' strascicata. Di quando in quando dolori al femore sinistro. Amenorrea. |
| 45 | FEHLING | Osserv. inedita. | 16 Luglio 1891 | 31 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — febbre 1894 | Dolori presto scomparsi. Amenorrea. Viene constatata persistente la guarigione. |
| 46 | KOTSCHAU | Osserv. inedita. | 21 Luglio 1891 | 42 | Castraz. ovarica. | Favorevole. Miglioramento lento dello stato generale dopo circa mezzo anno dall'operazione. | 1893 1893 | Secondo referto del medico curante la paziente fino al 1893, in cui morì per polmonite, rimase affatto senza dolori, amenorrea. Decesso per polmonite da influenza. |
| 47 | SCHAUTA | In: WINCKEL, <i>Sammtl.</i> , ecc., n. 71, p. 663. | 5 Agosto 1891 | 29 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione completa. |
| 48 | WINCKEL | <i>Sammlung Klin. Vorträge</i> , n. 71, p. 668. | 11 Agosto 1891 | 27 | Castraz. ovarica. | † In dodices. giornata per pleuro-pneumonia tubercolosa, ecc. | — | — |
| 49 | SCHAUTA | In: WINCKEL, <i>Sammtl.</i> , ecc., p. 663. | 12 Agosto 1891 | 23 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione completa. |
| 50 | V. VELITS | <i>Engarisch. Arch. f. Medic.</i> , Bd. II. | 19 Sett. 1891 | 43 | Castraz. ovarica. | Favorev. Scomparsa rapida dei dolori. La donna affetta da tremore intenzionale, non soffre più alle ossa pel medesimo. | — annale 1894 | Unicamente per causa di malattia del sistema nervoso giace sempre all' Ospedale. L'amenorrea. Decesso per irreparabile progresso della affezione del sistema nervoso. |
| 51 | FEHLING | Osserv. inedita. Figura però nell'elenco statistico di KOMMEN [caso XXVII]. | 27 Ott. 1891 | 28 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | I dolori, dapprima scomparsi, in seguito ad abitazione in locale umido sono ritornati più intensi. Risultato incompleto. Amenorrea. |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | EIA dell'ammal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | |
|------------------|-----------|---|-----------------------|-----------------|-------------------|---|-------------------------------|---|
| | | | | | | | DATA delle notizie | NOTIZIE |
| 38 | FEHLING | Osserv. inedita. | 30 Aprile 1891 | 41 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Alquanto dolori, come prodotti da reumatismo. Amenorrea. Decesso per carcinoma del ventricolo. |
| 39 | FEHLING | Osserv. inedita. | 15 Giug. 1891 | 37 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | gennaio 1894 | Lieve recid., malgrado persista l'amenorrea. Viene constatato che la paziente, in causa di umidità, soffre sensibilità leggiera alla pressione delle ossa ed ha minore attitudine a camminare. |
| 40 | CHRONAK | In: WINCKEL, <i>Sammtl.</i> , ecc., n. 71, p. 663. | 1 Luglio 1891 | — | Castraz. ovarica. | Non guarita. | — | Non guarita. |
| 41 | V. VELITS | <i>Zeitschrift Geb. u. Gyn.</i> , Bd. XXIII. | 6 Luglio 1891 | 41 | Castraz. ovarica. | Favorev. Rapida cessazione dei dolori. | AGOSTO 1892 1893 | Viene visitata. Amenorrea. Esito completamente favorevole. Decesso per tisi polmonare. |
| 42 | V. VELITS | <i>Zeitschrift Geb. u. Gyn.</i> , Bd. XXIII. | 10 Luglio 1891 | 40 | Castraz. ovarica. | Favor. Pronta scomparsa dei dolori. | agosto 1894 | Amenorrea. Guarigione. |
| 43 | CHRONAK | In: WINCKEL, <i>Sammtl.</i> , ecc., p. 663. | 13 Luglio 1891 | — | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione. |
| 44 | LOHLEIN | <i>Festschrift, ecc.</i> In: <i>Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.</i> , Bd. XXIX. | 15 Luglio 1891 | 44 | Castraz. ovarica. | Rapida diminuzione dei dolori cessati dal terzo giorno. Viene dimessa dopo cinque settimane: senza dolori, incesso a piccoli passi, possibile senza appoggio. | — | Benessere. Aumento di peso. Andatura libera. Capace di attendere alla casa, di salire le scale. L'andatura è però tuttora un po' strascicata. Di quando in quando dolori al femore sinistro. Amenorrea. |
| 45 | FEHLING | Osserv. inedita. | 16 Luglio 1891 | 31 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — febbre 1894 | Dolori presto scomparsi. Amenorrea. Viene constatata persistente la guarigione. |
| 46 | KOTSCHAU | Osserv. inedita. | 21 Luglio 1891 | 42 | Castraz. ovarica. | Favorevole. Miglioramento lento dello stato generale dopo circa mezzo anno dall'operazione. | 1893 1893 | Secondo referto del medico curante la paziente fino al 1893, in cui morì per polmonite, rimase affatto senza dolori, amenorrea. Decesso per polmonite da influenza. |
| 47 | SCHAUTA | In: WINCKEL, <i>Sammtl.</i> , ecc., n. 71, p. 663. | 5 Agosto 1891 | 29 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione completa. |
| 48 | WINCKEL | <i>Sammlung Klin. Vorträge</i> , n. 71, p. 668. | 11 Agosto 1891 | 27 | Castraz. ovarica. | † In dodices. giornata per pleuro-pneumonia tubercolosa, ecc. | — | — |
| 49 | SCHAUTA | In: WINCKEL, <i>Sammtl.</i> , ecc., p. 663. | 12 Agosto 1891 | 23 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Guarigione completa. |
| 50 | V. VELITS | <i>Engarisch. Arch. f. Medic.</i> , Bd. II. | 19 Sett. 1891 | 43 | Castraz. ovarica. | Favorev. Scomparsa rapida dei dolori. La donna affetta da tremore intenzionale, non soffre più alle ossa pel medesimo. | — annale 1894 | Unicamente per causa di malattia del sistema nervoso giace sempre all' Ospedale. L'amenorrea. Decesso per irreparabile progresso della affezione del sistema nervoso. |
| 51 | FEHLING | Osserv. inedita. Figura però nell'elenco statistico di KOMMEN [caso XXVII]. | 27 Ott. 1891 | 28 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | I dolori, dapprima scomparsi, in seguito ad abitazione in locale umido sono ritornati più intensi. Risultato incompleto. Amenorrea. |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | Età dell' animal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | Osservazioni | |
|------------------|-----------|---|-----------------------|-------------------|--|---|-------------------------------|--|---|---|
| | | | | | | | DATA delle notizie | NOTIZIE | | |
| 52 | LOHLEIN | <i>Festschrift</i> , ecc., p. 22. | 19 Nov. 1891 | 42 | Castraz. ovarica. | ÷ In settima giornata. Donna molto nemica. Adiposa. Narcosi difficile (cuore grasso). | — | — | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. | |
| 53 | P. MULLER | Osserv. inedita. Comunicata dall'A. al dottor KUMMER l'11. 6. 92. | 25 Nov. 1891 | 41 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Amenorrea. Cammina abbastanza bene. | 7 mesi. | — |
| 54 | HUNGE | <i>Archiv. f. Gyn.</i> , XI, 1., p. 121. | 1891 | — | Castraz. ovarica. | ÷ per adiposi cardiaci in sesta giornata. | — | — | — | — |
| 55 | TRUZZI | Osserv. inedita. | 14 Gen. 1891 | 34 | Castraz. ovarica. | Favorev. In settima giornata i movimenti riescono più facili e quasi indolori. | 1 MAGG. 1892 | Miglioramento ribevante. La donna, da impossibilitata a muoversi anche nel letto, ora si alza, si veste da sola, scende senza aiuto le scale, attende alle faccende domestiche. | 4 mesi e 10 gior. | Lettere dei dott. Lodini di Fagnano Olona e Mari, Direttore Osped. di Istituto Arsizio. |
| | | | | | | | 1894 | In seguito a grave influenza compaiono vivaci sintomi di osteomalacia. La donna giace sofferente a letto, nuovamente incapace a muoversi. | Circa 2 anni. | |
| 56 | V. VELITS | <i>Engerisch. Arch. f. Medic.</i> , Bd. II. | 1 Febbr. 1892 | 34 | Castraz. ovarica. | Guarigione tipica. | 5 GIUG. 1894 | Amenorrea. Guarigione persistente (notizie pervenute all'Op. per lettera). | 2 anni e 5 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 57 | LOHLEIN | <i>Festschrift</i> , ecc., p. 27. | 5 Marzo 1892 | 26 | Castraz. e ventrobisaz. uterina. | Dolori ossei cessati dopo pochi giorni. Dopo tre settimane cammina con due bastoni. | — | Stato assai migliorato. Può camminare senza bastone. Solamente da alcune settimane sono ricomparsi qui e colà dolori nel sacro, ma leggeri affatto. Amenorrea. | 11 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 58 | TRUZZI | Osserv. inedita. | 20 Marzo 1892 | 33 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | Dopo 35 giorni dall'operazione e 45 dall'ultimo periodo mestruale si iniziano perdite sanguigne della via genitale, talora a periodo atipico, talora con intervallo regolare. Riacutizzazione dei dolori osteomalacici. Depperimento generale. | 1 anno e 2 mesi. | La castrazione riesce assai indaginosa stante esistenza di tenaci aderenze per perimetrii puerp. progressi. |
| 58 bis | TRUZZI | Osserv. inedita. | 7 Giugno 1893 | 34 | Isterectomia totale per vagina. | Favorevole. | settemb. 1894 | Amenorrea. Migliorata assai. Lavora tutto il giorno; può scendere e salire le scale senza sofferenze. | 1 anno e 3 mesi. | La povera donna deve condurre vita di gravi stenti, benché ripetutamente sussidiata da Opere Pie in Milano. |
| 59 | KEMARSKY | — | 5 Aprile 1892 | 22 | Castraz. ovarica. | Pronta scomparsa dei dolori. | Febbr. 1894 | Amenorrea. Dolori cessati. | 1 anno e 10 mesi. | Comunicaz. dell'A. [settembre 1894]. |
| 60 | V. VELITS | <i>Engerisch Arch. f. Medic.</i> , Bd. II. | 6 Aprile 1892 | 27 | Castrazione; indi per emorragia interna, riapertura dell'addome ed amputaz. sopra-vaginale dell'utero, affetto da senesce. | Guarigione tipica. La scomparsa dei dolori fu ancor più rapida che nelle altre donne. | 5 GIUG. 1894 | Amenorrea. Guarigione perfetta. (Notizie avute per lettera dall'Op.). | Circa 2 anni e un quarto. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 61 | KEMARSKY | — | 9 Aprile 1892 | 28 | Castraz. ovarica. | ÷ In quinta giornata per? | — | — | — | I dolori ossei erano già notevolmente diminuiti. |
| 62 | KUMMER | « De Phosphorectomie bilat., ecc. » <i>Recue mèd. de la Suisse romande</i> , Genève 1892. | 9 Aprile 1892 | 29 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | luglio 1894 | Amenorrea. Dolori scomparsi. Guarigione perfetta. | 2 anni e 3 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 63 | V. VELITS | <i>Vogel, Arch.</i> , Bd. II. | 20 Aprile 1892 | 33 | Castraz. ovarica. | Guarigione tipica. | 30 GIUG. 1894 | Amenorrea. La donna, che si è ripresentata, cammina e lavora senza dolori. | Circa 25 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | Età dell' animal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | Osservazioni | |
|------------------|-----------|----------------------------------|-----------------------|-------------------|------------|---------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------|---|
| | | | | | | | DATA delle notizie | NOTIZIE | | |
| | | | | | | | — | — | — | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| | | | | | | | — | Amenorrea. Cammina abbastanza bene. | 7 mesi. | — |
| | | | | | | | — | — | — | — |
| | | | | | | | 1 MAGG. 1892 | Miglioramento ribevante. La donna, da impossibilitata a muoversi anche nel letto, ora si alza, si veste da sola, scende senza aiuto le scale, attende alle faccende domestiche. | 4 mesi e 10 gior. | Lettere dei dott. Lodini di Fagnano Olona e Mari, Direttore Osped. di Istituto Arsizio. |
| | | | | | | | 1894 | In seguito a grave influenza compaiono vivaci sintomi di osteomalacia. La donna giace sofferente a letto, nuovamente incapace a muoversi. | Circa 2 anni. | |
| | | | | | | | 5 GIUG. 1894 | Amenorrea. Guarigione persistente (notizie pervenute all'Op. per lettera). | 2 anni e 5 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| | | | | | | | — | Stato assai migliorato. Può camminare senza bastone. Solamente da alcune settimane sono ricomparsi qui e colà dolori nel sacro, ma leggeri affatto. Amenorrea. | 11 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| | | | | | | | — | Dopo 35 giorni dall'operazione e 45 dall'ultimo periodo mestruale si iniziano perdite sanguigne della via genitale, talora a periodo atipico, talora con intervallo regolare. Riacutizzazione dei dolori osteomalacici. Depperimento generale. | 1 anno e 2 mesi. | La castrazione riesce assai indaginosa stante esistenza di tenaci aderenze per perimetrii puerp. progressi. |
| | | | | | | | settemb. 1894 | Amenorrea. Migliorata assai. Lavora tutto il giorno; può scendere e salire le scale senza sofferenze. | 1 anno e 3 mesi. | La povera donna deve condurre vita di gravi stenti, benché ripetutamente sussidiata da Opere Pie in Milano. |
| | | | | | | | Febbr. 1894 | Amenorrea. Dolori cessati. | 1 anno e 10 mesi. | Comunicaz. dell'A. [settembre 1894]. |
| | | | | | | | 5 GIUG. 1894 | Amenorrea. Guarigione perfetta. (Notizie avute per lettera dall'Op.). | Circa 2 anni e un quarto. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| | | | | | | | — | — | — | I dolori ossei erano già notevolmente diminuiti. |
| | | | | | | | luglio 1894 | Amenorrea. Dolori scomparsi. Guarigione perfetta. | 2 anni e 3 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| | | | | | | | 30 GIUG. 1894 | Amenorrea. La donna, che si è ripresentata, cammina e lavora senza dolori. | Circa 25 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |

| N.º prog. risultato | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | Età dell' ammal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE |
|------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------|---------------------|---|---|
| | | | | | | |
| 64 | LOHLEIN | <i>Festschrift, ecc.</i> , p. 28. | 27 Aprile 1892 | 22 | Castraz. e ventro- fissaz. uterina. | Scomparsa dei dolori già nei primi giorni. In dietolattismo giorno può camminare mediante appog- gio. Dopo 4-5 set- timane l'incasso di- viene sempre più facile. |
| 65 | HOFMEIER | In: SCHOEDER, <i>Dis- s. inaug. Wurtsburg,</i> 1892. | 5 Maggio 1892 | 27 | Castraz. e ventro- fissazione di utero retroflesso. | Dopo 4 giorni non av- verte più alcun do- lore; Dopo 25 giorni cammina senza do- lori, che avverte uni- camente sotto la pressione delle ossa, o durante il lavoro. |
| 66 | LOHLEIN | <i>Festschrift, ecc.</i> , p. 29. | 7 Maggio 1892 | 42 | Castraz. e ventro- fiss. dell'utero. | Già al secondo gior- no non esiste più alcun dolore alla pressione. |
| 67 | TRUCI | Osserv. inedita. | 12 Magg. 1892 | 38 | Castraz. ovarien. | Favorevole. |
| 68 | V. VELITZ | <i>Unser. Arch. f. Med.,</i> Vol. II. | 12 Giug. 1892 | 41 | Castraz. ovarica. | Guarigione straordi- nariamente rapida. |
| 69 | CABLE | Condit. Tesi di lau- rea. | 15 Giug. 1892 | 28 | Ovaro-isterecto- mia per vagina. | Favorevole. |
| 70 | WALTER [Clinica di Lohlein] | <i>Festschrift d. Gesell- schaft f. Geb. u. Gyn.</i> , p. 30. | 18 Giug. 1892 | 29 | Castraz. e ventro- fissaz. uterina. | Dal sesto giorno di- minuzione dei dolo- ri; dopo 4 settimane può camminare me- diante 2 bastoni. |
| 71 | ALY | Osserv. inedita. | 22 Giug. 1892 | 38 | Castraz. ovarica. | Diminuzione dei do- lori. Un po' di mi- glioramento nello stato generale. |
| 72 | PREINDL- RENDER | <i>Wiener Klin. Wo- chenschrift</i> , 1893, n. 21. | 1 Luglio 1892 | 29 | Castraz. ovarica. | Scomparsa rapida dei dolori. |

| ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime | OSSERVAZIONI |
|-------------------------------|---|--|--|
| DATA delle notizie | NOTIZIE | | |
| — | Amenorrea. La paziente non avverte che di quando in quando leggeri dolori all'anca sinistra. Attende alle bisogne domestiche. | 1 anno e mezzo. | Comunicaz. epistol. del- l'A. [settembre 1894]. |
| 31 Genn. 1894 | Dall'ottobre 1892 al febbraio 1893 ebbe per- dite pseudo mestruali a tipo regolare, scarse. In seguito amenorrea. La donna cammina liberamente; nessuna sensibilità alla pres- sione delle ossa. Solamente dolori sacrali nella stazione prolungata. | 1 anno e quasi 9 mesi. | Comunicaz. epistol. del- l'A. [settembre 1894]. |
| — | Notevole miglioramento; solamente quando si strapazza, la donna soffre dolori in cor- rispondenza alle anche. | 5 mesi. | Comunicaz. dell'A. [set- tembre 1894]. |
| — | Ricomparsa di perdite sanguigne della via genitale; durata di 5 giorni. La paziente si sente più debole, anche quando è coricata. Stanchezza dolorosa negli arti inferiori. Attività e condizioni generali soddisfacenti. Però persistono dolori passeggeri agli arti inferiori. | 6 mesi. | — |
| — | Decesso per influenza. | 16 mesi. | — |
| Dicemb. 1893 | 1894 | — | — |
| — | Amenorrea. Stato generale soddisfacente. | Circa 2 anni. | — |
| 21 Luglio 1894 | Guarigione persistente [Notizia avuta dal- l'Op. per lettera]. | 2 anni ed 1 mese. | Comunicaz. epistol. del- l'A. [agosto 1894]. |
| — | Guarigione persistente. | — | — |
| Agosto 1892 | I tentativi di camminare producono stan- chezza. | Circa 2 mesi. | Comunic. epistol. del prof. Lohlein [sett. 1894]. |
| Autunno 1892 | Miglioramento. | — | — |
| Dicembre 1892 | Nuovo peggioramento. Andatura incerta, do- lori nella gamba sinistra. | Circa 6 mesi. | — |
| Aprile 1893 | Stazione migliorata. Ebbe a metà gennaio e metà febbraio scarsa mestruazione. | 10 mesi. | — |
| Luglio 1893 | Dopo cura balnearia può camminare senza appoggio. | 13 mesi. | — |
| — | 1894 | — | — |
| — | Mentre alla Società Ost. di Amburgo [Seduta il 10 ottobre 1892], l'A. aveva riferito che nella operata erasi verificata recidiva dell'osteoma- lacia, il dott. Aly nella sua comunica- zione epistolare [ottobre 1894] mi dà notizia che lo stato generale della donna va miglio- rando e l'osteomalacia tende nuovamente a guarigione. Amenorrea. | Oltre 2 anni. | Comunicaz. epistol. del- l'Operatore [ott. 1894]. |
| 15 Dic. 1892 | Nessun dolore osseo. Si presenta all'Ambula- torio unicamente per disturbi da cistite. | 5 mesi e mezzo. | Comunic. epistol. dell'A. [ott. 1894]. Nullipara. |
| 20 Febr. 1893 | La donna cammina assai meglio e senza do- lori. Non soffre alla pressione del torace e del bacino. Vi ha unicamente sensibilità alla pressione in corrispondenza del corno sinistro dell'utero. | Quasi 8 mesi. | — |
| 12 Aprile 1893 | Sta bene. | 9 mesi e mezzo. | — |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | Età dell'ammal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | | |
|------------------|---|---|-----------------------|-----------------|--|--|-------------------------------|---|---|---|
| | | | | | | | DATA delle notizie | NOTIZIE | Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime | OSSERVAZIONI |
| 73 | V. VELITS | Ungar. Arch. f. Med., l. II. | 20 Agosto 1892 | 32 | Castraz ovarica. | Guarigione meravigliosamente rapida. | 29 Sett. 1893 | Amenorrea. Guarigione completa. | 1 anno e 20 gior. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 74 | V. VELITS | Ungar., ecc. | 1 Nov. 1 92 | 35 | Ooforo-isterectomia sopravvaginale. Esisteva meniscio dell'utero ed annessi. | Guarigione tipica. | 29 Luglio 1894 | Guarigione persistente [notizie pervenute all'Op. per lettera]. | 1 anno e quasi 9 mesi. | Come sopra. |
| 75 | HOFMEIER | B. FURHAUS. • Ueb. die Heilung d. Osteomalacie. • Inaug. Diss. Wierzbury, 1894. | 2 Dic. 1894 | 37 | Castraz ovarica. | In quinta giornata quasi senza dolori. | dicembr. 1893 | La paziente cammina anche in fretta e lavora senza d'iori. Amenorrea? | 1 anno circa. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 76 | SCHAUTA | Caso inedito. | 7 Genn. 1893 | 43 | Castraz e ventro-fiss. dell'utero. | Favorevole. | — | Guarigione completa. | — | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 77 | SCHAUTA | In: LATZKO, Wiener Klin. Wochenschrift, numeri 28 e 29, 1894. | 14 Genn. 1893 | 37 | Salpingo-omia bilaterale per oscom. forida e piossalpinge. | Guarig. dell'alto operativo; nessun effetto sui dolori. | 15 Magg. 1893 | Persiste regolare la mestruazione. Dolori ossei alla pressione delle clavicole, coste, vertebri lombari, sacro, tibia, ecc. Dolori anche spontanei al torace, alla colonna lombare. Nei tentativi di camminare soffre moltissimo. | 4 mesi. | — |
| 78 | KOTSCHAU | Osserv. inedita. | 17 Genn. 1893 | 28 | Castraz ovarica. | Favorevole. | 1 Sett. 1894 | Amenorrea. Più alcun dolore. | 1 anno e 7 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 79 | TRUZZI | Osserv. inedita. | 10 Febbr. 1893 | 41 | Ovaro-isterectomia sopravvaginale, a fondamento del peduncolo. | Guarigione. | — | Sta bene. Delle sofferenze trascorse, che l'avevano resa incapace a stare eretta, a muoversi, ora non esiste che qualche traccia. Lo stato della deambulazione è inerente alla deformazione scheletrica. | Circa un anno. | — |
| 80 | V. VELITS | Osserv. inedita. | 1 Giug. 1893 | 24 | Castraz ovarica. | Favorevole. | 25 Giug. 1894 | Amenorrea. Ad intervalli soffre dolori come avanti l'operazione. | Quasi 13 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 81 | V. VELITS | Osserv. inedita. | 22 Giug. 1893 | 29 | Castraz ovarica. | Guarigione tipica. | 15 Luglio 1894 | Amenorrea. La paziente, che si presenta di persona, non soffre più alcun dolore osseo. | Quasi 13 mesi. | Comunicaz. epistol., ecc. |
| 82 | V. VELITS | Osserv. inedita. | 12 Luglio 1893 | 29 | Castraz ovarica. | Guarigione. | — | Nessuna notizia dell'operata. | — | Come sopra. |
| 83 | BARCKER [Clinica prof. Kozmarsky] | — | 27 Nov. 1893 | 38 | Castraz ovarica. | Rapida cessazione dei dolori. | — | Amenorrea. Guarigione persistente. | — | Comunic. epist. del prof. Kozmarsky [settembre 1894]. |
| 84 | BARCKER | — | 19 Aprile 1894 | 30 | Castraz ovarica. | Favorevole. | — | Troppo prossima la data dell'operazione. | — | Come sopra. |
| 85 | HOFMEIER | Osserv. inedita. | 8 Maggio 1894 | 36 | Castraz ovarica. | Dal terzo giorno subiettivo miglioramento. Al ventesimo giorno può camminare senza dolori. | Fine Agosto 1894 | Più nessun dolore. | Oltre 3 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | Età dell'ammal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | | |
|------------------|---|---|-----------------------|-----------------|--|--|-------------------------------|---|---|---|
| | | | | | | | DATA delle notizie | NOTIZIE | Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime | OSSERVAZIONI |
| 73 | V. VELITS | Ungar. Arch. f. Med., l. II. | 20 Agosto 1892 | 32 | Castraz ovarica. | Guarigione meravigliosamente rapida. | 29 Sett. 1893 | Amenorrea. Guarigione completa. | 1 anno e 20 gior. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 74 | V. VELITS | Ungar., ecc. | 1 Nov. 1 92 | 35 | Ooforo-isterectomia sopravvaginale. Esisteva meniscio dell'utero ed annessi. | Guarigione tipica. | 29 Luglio 1894 | Guarigione persistente [notizie pervenute all'Op. per lettera]. | 1 anno e quasi 9 mesi. | Come sopra. |
| 75 | HOFMEIER | B. FURHAUS. • Ueb. die Heilung d. Osteomalacie. • Inaug. Diss. Wierzbury, 1894. | 2 Dic. 1894 | 37 | Castraz ovarica. | In quinta giornata quasi senza dolori. | dicembr. 1893 | La paziente cammina anche in fretta e lavora senza d'iori. Amenorrea? | 1 anno circa. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |
| 76 | SCHAUTA | Caso inedito. | 7 Genn. 1893 | 43 | Castraz e ventro-fiss. dell'utero. | Favorevole. | — | Guarigione completa. | — | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 77 | SCHAUTA | In: LATZKO, Wiener Klin. Wochenschrift, numeri 28 e 29, 1894. | 14 Genn. 1893 | 37 | Salpingo-omia bilaterale per oscom. forida e piossalpinge. | Guarig. dell'alto operativo; nessun effetto sui dolori. | 15 Magg. 1893 | Persiste regolare la mestruazione. Dolori ossei alla pressione delle clavicole, coste, vertebri lombari, sacro, tibia, ecc. Dolori anche spontanei al torace, alla colonna lombare. Nei tentativi di camminare soffre moltissimo. | 4 mesi. | — |
| 78 | KOTSCHAU | Osserv. inedita. | 17 Genn. 1893 | 28 | Castraz ovarica. | Favorevole. | 1 Sett. 1894 | Amenorrea. Più alcun dolore. | 1 anno e 7 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 79 | TRUZZI | Osserv. inedita. | 10 Febbr. 1893 | 41 | Ovaro-isterectomia sopravvaginale, a fondamento del peduncolo. | Guarigione. | — | Sta bene. Delle sofferenze trascorse, che l'avevano resa incapace a stare eretta, a muoversi, ora non esiste che qualche traccia. Lo stato della deambulazione è inerente alla deformazione scheletrica. | Circa un anno. | — |
| 80 | V. VELITS | Osserv. inedita. | 1 Giug. 1893 | 24 | Castraz ovarica. | Favorevole. | 25 Giug. 1894 | Amenorrea. Ad intervalli soffre dolori come avanti l'operazione. | Quasi 13 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [agosto 1894]. |
| 81 | V. VELITS | Osserv. inedita. | 22 Giug. 1893 | 29 | Castraz ovarica. | Guarigione tipica. | 15 Luglio 1894 | Amenorrea. La paziente, che si presenta di persona, non soffre più alcun dolore osseo. | Quasi 13 mesi. | Comunicaz. epistol., ecc. |
| 82 | V. VELITS | Osserv. inedita. | 12 Luglio 1893 | 29 | Castraz ovarica. | Guarigione. | — | Nessuna notizia dell'operata. | — | Come sopra. |
| 83 | BARCKER [Clinica prof. Kozmarsky] | — | 27 Nov. 1893 | 38 | Castraz ovarica. | Rapida cessazione dei dolori. | — | Amenorrea. Guarigione persistente. | — | Comunic. epist. del prof. Kozmarsky [settembre 1894]. |
| 84 | BARCKER | — | 19 Aprile 1894 | 30 | Castraz ovarica. | Favorevole. | — | Troppo prossima la data dell'operazione. | — | Come sopra. |
| 85 | HOFMEIER | Osserv. inedita. | 8 Maggio 1894 | 36 | Castraz ovarica. | Dal terzo giorno subiettivo miglioramento. Al ventesimo giorno può camminare senza dolori. | Fine Agosto 1894 | Più nessun dolore. | Oltre 3 mesi. | Comunicaz. epistol. dell'A. [settembre 1894]. |

CASI CON NOTIZIE

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL' OPERAZIONE | ETA dell' animal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELL' OPERAZIONE |
|------------------|-------------|--|-----------------------|-------------------|--|---|
| | | | | | | |
| 86 | WYDER | <i>Korrespondenzblatt der Schweiz. Ärzte</i> , XXI, pag. 619, 1891. <i>Cent. f. Gyn.</i> , 1892, p. 480. | — | — | Castrazione. | Favorevole. |
| 87 | A. BÄSCH | <i>Centralb. f. Gyn.</i> , 1893, p. 398. <i>Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn.</i> , XXV, III, 2. | — | — | Castraz. ovarica dopo aborto artificiale. | Al terzo giorno scomparsa dei dolori. La paziente può più facilmente camminare col bastone. |
| 88 | MAZZONI | — | 17 Luglio 1894 | 43 | Isterectomia totale addomin. con ovariectom. | Favorevole, dopo 45 giorni si alza senza dolori. |
| 89 | C. V. BRAUN | <i>Centralb. f. Gyn.</i> , 1894, p. 671 e KUMMER, op. cit. | — | — | Castrazione. | Favorevole. |
| 90 | C. V. BRAUN | <i>Centralb. f. Gyn.</i> , 1894, p. 601 e KUMMER, op. cit. | — | — | Castrazione. | Favorevole. |
| 91 | VACCHER | Caso inedito. Un caso in: KUMMER, op. cit. | — | — | Castrazione. | — |

MOLTO INCOMPLETE.

| ESITO REMOTO DELL' OPERAZIONE | | Lasso di tempo fra l' operazione e le notizie ultime | OSSERVAZIONI |
|-------------------------------|---------|--|---------------------------------|
| DATA delle notizie | NOTIZIE | | |
| — | — | — | — |
| — | — | — | — |
| — | — | — | Osteomalacia e fibromi uterini. |
| — | — | — | — |
| — | — | — | — |
| — | — | — | — |

I casi da me raccolti sommano a 91; per sei dei medesimi però le notizie, che li riguardano, sono affatto insufficienti.

Gli operatori che portarono alla statistica maggior contributo di casi dal gennaio 1887 al giugno 1894, furono: — il Fehling con 14 casi — il v. Velits, con 12, — lo Schauta, il Lohlein e Truzzi, ciascuno con 7 casi — il Chrobak con 5 — l'Hofmeier ed il Müller, ciascuno con 4 casi — il Winckel, il Kotschau ed il Kózmárszky, ciascuno con 3 casi.

Per 13 casi non mi fu possibile conoscere l'età delle operate all'epoca dell'intervento. Per gli altri le cifre dell'età variano tra i 22 ed i 44 anni; si rileva però una maggiore frequenza di osservazioni nel limite dai 29 ai 38 anni, verso quell'epoca cioè in cui la donna risente dannosamente le conseguenze di una fertilità, che fu per essa immoderata nel periodo parossistico dell'età feconda, mentre d'altra parte non è ancora abbastanza vicino al climaterio per averne qualche vantaggio nell'andamento della propria malattia.

Per un rilievo più particolareggiato dell'età delle operate valga il seguente elenco:

| Età, anni. | N. dei casi operati. | Età, anni. | N. dei casi operati. |
|------------|----------------------|------------|----------------------|
| 22 | 2 | 35 | 2 |
| 24 | 1 | 36 | 5 |
| 26 | 1 | 37 | 7 |
| 27 | 1 | 38 | 6 |
| 28 | 3 | 39 | 4 |
| 29 | 5 | 40 | 2 |
| 30 | 4 | 41 | 6 |
| 31 | 5 | 42 | 5 |
| 32 | 4 | 43 | 4 |
| 33 | 5 | 44 | 1 |
| 34 | 5 | | |

Dall'esame delle nostre tavole statistiche risulta che, prescindendo dai sei casi incompletamente annotati, il numero delle osservazioni andò segnando di anno in anno un aumento fino al 1891, toccando allora un massimo di 25 casi, mentre nel 1887 non eranvene stati che due, nel 1888 cinque, nel 1889 otto, nel 1890 quattordici. Dopo il 1891 il numero annuale dei casi va decrescendo, tanto che ne abbiamo 21 pel 1892, 8 pel 1893 e 2 pel primo semestre dell'anno in corso. Un tale decremento è forse da attribuirsi in massima parte al ritardo nella pubblicazione di casi fin qui inediti ed operati in quest'ultimo triennio, alla facilità quindi che i medesimi possano essere sfuggiti alle indagini statistiche.

Le operazioni eseguite sommano a 92 per 91 casi, essendosi dovuto per uno di questi (n. 58) intervenire due volte, la prima colla estirpazione degli annessi, la seconda coll'isterectomia per via vaginale.

Ecco l'elenco delle 92 operazioni:

76 delle medesime sono rappresentate da semplice estirpazione degli annessi;

in 8 alla estirpazione degli annessi venne aggiunta la ventro-fissazione dell'utero retroflesso (1 caso di Fehling, 4 di Lohlein, 1 di Hofmeier, 1 di Walter, ed 1 di Schauta);

in 3 casi, uno di Truzzi e due di v. Velits, s'interven-
ne colla laparo-ovaro-isterectomia sopravaginale;

in 2 (casi di Schauta e di Carle) l'ovaro-isterectomia fu
totale per via vaginale; in uno (caso di Mazzoni) per via addo-
minale;

finalmente in un caso si intervenne colla salpingotomia (Schau-
ta), in altro colla isterectomia per vagina a distanza di oltre 14 mesi
dalla castrazione ovarica prima eseguita (Truzzi).

Per quanto si riferisce all'esito immediato, chirurgico dell'inter-

vento operativo, non mi mancarono notizie se non per due delle 92 operazioni della mia statistica.

È anzitutto degno di nota che tutte le operate di isterectomia o ovaro-isterectomia guarirono in modo regolare, malgrado della apparente maggior gravità dell'intervento. La mortalità è rappresentata dalla cifra del 6,6 % e devoluta alle seguenti cause:

- occlusione intestinale (caso di Fehling, n. 10),
- sepsi (caso di Chrobak, n. 32),
- pleuro polmonite e tubercolosi (caso di Winckel, n. 48),
- degenerazione del miocardio (casi di Lohlein e di Runge, n. 52 e 54),
- causa ignota (caso di Kézmarzsky, n. 61).

Quanto all'esito immediato dell'operazione nell'attenuare le sofferenze delle osteomalaciche, risulta che nelle 84 volte in cui all'intervento operativo seguì il successo chirurgico, il miglioramento della affezione ossea, il sollievo risentito dalle pazienti non tardarono per solito a verificarsi già in modo manifesto nelle prime giornate dopo l'atto operativo, talora furono meravigliosamente pronti ad apparire già nelle prime ore dopo l'intervento. Solamente in poche osservazioni, come la seconda di Fehling (n. 2), quella di Sippel (n. 14), la terza di Truzzi (n. 27), la scomparsa dei dolori si fece attendere assai più tempo, nè ebbe a verificarsi in modo tanto brillante come nelle altre congeneri.

Finalmente in due soli casi, l'uno di Winckel (n. 5), l'altro di Chrobak (n. 40), l'esito, per ciò che si riferisce alla scomparsa più o meno sollecita dei dolori ossei, fu, si può dire, affatto negativo. (1).

Le notizie però, che più richiamano la nostra attenzione nello spoglio del materiale statistico, riguardano, come già dissi, gli esiti remoti, definitivi della castrazione ovarica ed utero-ovarica.

Ricordando come il numero delle operazioni raccolte sia di 92, escludendo da queste le 6 che si riferiscono a pazienti decesse in se-

(1) Non credo opportuno comprendere tra questi casi quello di Schauta (n. 77) perchè in realtà nel medesimo l'intervento si limitò alla salpingotomia e la castrazione continuò in seguito immutata.

guito all'intervento, possiamo dividere le residue 86 nei seguenti tre gruppi:

1.^o gruppo — casi di operazione, nei quali non si poté avere notizia alcuna dell'esito remoto. Casi 8;

2.^o gruppo — casi di cui si conosce l'esito definitivo, ma si ignora a quale distanza dall'intervento chirurgico tali notizie sieno pervenute all'operatore. Casi 14 (1);

3.^o gruppo — casi, nei quali sono conosciute e le notizie sull'esito remoto e la data in cui vennero raccolte. Casi 63.

Però non tutte le 63 osservazioni di questo 3.^o gruppo si prestano convenientemente a fornirci un criterio sulla efficacia definitiva della castrazione, perchè per 15 delle stesse le notizie datano da meno di un anno dopo l'atto operativo e non possono, secondo il Winckel, essere prese in considerazione a profitto di tale ricerca. Invece per 20 casi tali notizie appartengono già al secondo anno, per 13 al terzo, per 8 al quarto, per 4 al quinto, per 1 al sesto, all'ottavo ed al nono anno dopo l'operazione. Sono quindi in tutto 48 casi che potranno tra breve servirci per indagare gli effetti remoti della castrazione sulla osteomalacia.

Diamo qui intanto un prospetto di questi esiti remoti per le osservazioni tanto del secondo che del terzo gruppo:

(1) Escludo volentieri anche qui dal computo il caso di Schauta (n. 77) perchè, come dissi, nel medesimo si trattava di una semplice salpingotomia, più indicata da piosalpinge che dalla coesistente osteomalacia florida.

| Data delle notizie più recenti | | E S I T O (1) | | | | | |
|--------------------------------|---------------|--|---------------|--------------------------------------|----------------------|------------------------|--|
| Anno | Mese | Guarigione completa | Miglioramento | Recidiva seguita da nuova guarigione | Recidiva persistente | Esito affatto negativo | Ricomparsa tardiva di perdite postoperatorie |
| 1. | 1. mese . . . | 25 | — | — | — | — | — |
| | 2. " . . . | 4 | — | — | — | — | — |
| | 3. " . . . | 20 | — | — | — | — | — |
| | 4. " . . . | 8, 85 | — | — | — | — | — |
| | 5. " . . . | — | — | — | — | — | — |
| | 6. " . . . | — | — | — | — | — | — |
| | 7. " . . . | 53 | — | — | — | — | — |
| | 8. " . . . | — | — | — | — | — | — |
| | 9. " . . . | 12 | — | — | — | — | — |
| | 10. " . . . | 6, 72 | — | — | — | — | — |
| | 11. " . . . | 41 | — | — | — | — | — |
| | 12. " . . . | 75 | 79, 23 | — | — | — | — |
| 2. | 1. trimestre | 73, 81, 58 bis | 80, 57 | 20 | 58 | — | 58 |
| | 2. " . . . | 9, 61 | 60 | — | — | — | — |
| | 3. " . . . | 74, 78, 65 | — | — | — | — | — |
| | 4. " . . . | 18, 27, 46, 59, 67 | 44 | — | — | — | — |
| 3. | 1. trimestre | 3, 60, 62, 63, 68 | 71 | — | — | — | — |
| | 2. " . . . | 21, 56 | 24 | 25 | — | — | — |
| | 3. " . . . | 45 | — | — | — | — | — |
| | 4. " . . . | 34 | — | — | — | — | — |
| 4. | 1. trimestre | 28, 42 | — | — | — | — | — |
| | 2. " . . . | 29, 30 | — | — | — | — | — |
| | 3. " . . . | — | — | — | — | — | — |
| | 4. " . . . | 11, 16, 17, 19 | — | — | — | — | — |
| 5. | 1. semestre | 14 | 5 | 27 | — | — | 15 |
| | 2. " . . . | 13 | — | — | — | — | — |
| 6. | 1. semestre | — | — | — | — | — | — |
| | 2. " . . . | — | — | — | — | — | — |
| 7. | 1. semestre | — | — | — | — | — | — |
| | 2. " . . . | — | — | — | — | — | — |
| 8. | 1. semestre | — | — | — | — | — | — |
| | 2. " . . . | 1 | — | — | — | — | — |
| 9. | 1. semestre | 2 | — | — | — | — | — |
| | 2. " . . . | — | — | — | — | — | — |
| Data non determinata. | | 15, 22, 25, 33, 43 47, 49, 69, 76, 83 | 28, 50 | — | 51 | 40 | — |

(1) I numeri inclusi nelle finche degli esiti corrispondono ai numeri spettanti ai singoli casi nel prospetto statistico da me raccolto.

Prendendo in esame i dati di questo prospetto e limitandoci ai casi, pei quali è conosciuta la data, esatta od approssimativa, delle notizie a distanza dell'atto operativo, noi abbiamo complessivamente:

guarigioni complete casi 45
 casi di miglioramento. » 10
 casi, in cui si ebbe recidiva nel decorso consecutivo, ma a questa fece seguito nuovamente la guarigione » 3
 casi di recidiva persistente » 4
 esiti affatto negativi » 1

Se noi ora vogliamo attenerci al consiglio di Winckel e trascurare quei casi, pei quali le notizie sull'esito definitivo datano da meno di un anno, noi troviamo che i 48 casi più sopra nominati possono essere così distinti:

guarigioni complete casi 34
 casi di miglioramento. » 8
 casi, in cui si ebbe recidiva nel decorso consecutivo, ma a questa fece seguito nuovamente la guarigione. » 3
 casi di recidiva persistente » 3
 esiti interamente negativi. » 0

Importa ora fare un rapporto fra il numero delle guarigioni perfette e quello delle incomplete. Da un tale rapporto risulterebbe che le guarigioni incomplete o mancate rappresentano il 36% pei casi in cui l'osservazione si limitò ad un periodo inferiore ad un anno, mentre le medesime salgono alla rilevante proporzione del 41% per tutti gli altri casi, in cui la vigilanza delle operate si protrasse al di là di uno o più anni.

Queste cifre giustificerebbero a prima giunta gli apprezzamenti un po' severi del Winckel, il quale anzi dalla propria statistica non aveva ricavato che il 25% di guarigioni non complete.

Noi dobbiamo però considerare che talune operate che noi, per eccessivo scrupolo nello scervere caso da caso, abbiamo messo nel gruppo delle semplicemente migliorate, lo erano però di tanto rispetto al primiero loro stato da potersi ammettere quasi come assolutamente

guarite. Così dicasi ad esempio del caso di v. Velits (n. 80), in cui è detto che la paziente non soffre che ad intervalli qualche fugace dolore; così del caso di Lohlein (n. 57), la cui operata ritrasse tanto vantaggio dalla castrazione, che poté riacquistare l'attitudine a camminare senza bastone e solamente da qualche tempo accusa la ricomparsa di qualche lieve dolore... Parimenti per un altro caso del Lohlein (n. 44) si legge che la paziente è diventata capace di attendere alla propria casa, di salire le scale, ha aumentato di peso, e soltanto accusa di quando in quando qualche dolore al femore sinistro.

Considerazioni analoghe meriterebbero di essere fatte pel caso n. 7 operato da Kotschau.

Nè ciò basta: noi possiamo, senza torturare troppo le cifre, annoverare tra le guarite quelle pazienti, nelle quali si ebbe bensì una più o meno marcata recidiva nel decorso post-operatorio, ma infine a queste esacerbazioni temporarie fece seguito una guarigione duratura. Così, ad esempio, in uno dei casi da me operati (n. 27) il miglioramento dopo l'avvenuta recidiva data ormai da oltre due anni e la donna, che vidi anche di recente, si presenta in così buone condizioni di salute, da non lasciar temere ulteriore ricomparsa delle sofferenze, che l'hanno tanto travagliata.

In seguito a tale selezione, i casi, anche prescelti secondo i criteri voluti dal Winckel, verrebbero divisi come segue:

| | |
|---------------------------------------|---------|
| Guarigioni complete | casi 34 |
| » quasi complete | » 4 |
| » consecutive ad avvenute recidive. » | 3 |
| | — |
| | 41 |
| Semplice miglioramento | casi 4 |
| Recidiva persistente | » 3 |
| | — |
| | 7 |

e la proporzione degli esiti incompleti o mancati si abbasserebbe al 17%: cifra che non parrà elevata, quando si consideri che in quasi tutte le pazienti l'osteomalacia era avanzata ed a corso fatalmente progressivo (nota *).

Ma noi fin qui abbiamo cumulativamente studiato gli esiti tanto

della semplice estirpazione degli annessi, quanto della ovariectomia. Ora se questa fusione di casi può essere giustificata per coloro che ritengono che il mezzo di cura chirurgica dell'osteomalacia consista in genere nella soppressione nella donna delle più importanti funzioni della vita generativa (ovulazione, catamenio, gravidanza), non è altrettanto corretta quando si voglia tener conto della ipotesi di Fehling, che considera l'osteomalacia come una *trofonurosi riflessa* e localizza nelle sole ovaie il focolaio d'origine di tale affezione morbosa.

Io ebbi già occasione, nei miei primi lavori su questo argomento, di pronunciarmi sfavorevolmente a questa pur geniale ipotesi del Fehling, la cui discussione ha un riverbero importante anche nella pratica, in quanto deve apprendersi se la guarigione definitiva delle osteomalaciche possa avvenire indifferentemente tanto per merito della sola castrazione ovarica che di quella utero-ovarica o sia invece meglio garantita dalla contemporanea demolizione dell'utero e delle sue dipendenze.

Sgraziatamente i casi di ovaro-isterectomia in donne osteomalaciche fuori dello stato puerperale sono troppo scarsi, perchè si possa istituire qualche confronto; pei casi di operazione Porro resta il dubbio che la naturale tendenza al miglioramento delle osteomalaciche durante il puerperio abbia concorso ad avvalorare gli effetti dell'operazione eseguita.

Ad ogni modo è sempre di qualche ammaestramento il rilevare che nei pochi casi, in cui si addivenne alla ovaro-isterectomia, non seguirono mai recidive nel decorso post-operatorio, mentre queste, come sappiamo, non sono mancate dopo la semplice estirpazione degli annessi.

Per di più se si considera che in sette osservazioni della mia statistica si ebbe a deplorare nel decorso consecutivo, a maggior o minor distanza dalla castrazione eseguita, la ricomparsa di perdite sanguigne pseudomestruali, che spesso si accompagnarono a guarigione incompleta dell'osteomalacia, e che naturalmente erano legate alla persistenza di un viscere divenuto più dannoso che inutile,

se si riflette che in otto casi questo stesso viscere, per essere in migliori condizioni conservato, ha richiesto, in aggiunta alla castrazione la ventrofixazione, che pure porta il suo contingente di gravità al pronostico, come lo dimostra il decesso di una delle operate di Fehling,

se infine si vuol concedere qualche valore al significato di uno dei miei casi, nel quale la isterectomia per via vaginale ottenne quella guarigione, che la precedente ovaro-salpingectomia non aveva saputo procurare,

parmi essere autorizzato ad insistere nella convinzione, che già espressi al Congresso internazionale, che cioè la *castrazione utero-ovarica sia da preferirsi, nei casi in cui possa essere impunemente eseguita, alla semplice estirpazione degli annessi.*

Questo più radicale intervento sarà ancor meglio giustificato in quei casi, in cui si potrà sospettare che l'utero nella osteomalacia si trovi affetto da quella *macies*, che v. *Velits* (1) e *Thorn* (2) hanno descritto in loro casi, e che il primo inclina ad attribuire a degenerazione jalina delle arterie dell'utero e delle ovaie (nota **).

Così pure l'isterectomia sarà a raccomandarsi quando si sia diagnosticata la coesistenza coll'osteomalacia di postumi di salpingite, di processi gravi di endometrite, o di altra analoga lesione, che controindichi la conservazione dell'utero e del contiguo moncone di salpinge.

La pratica ginecologica ci ha appreso come sia assai meglio tollerato, anche da organismi deboli e denutriti, l'intervento per via vaginale in confronto all'altro, che richiede la diresi del peritoneo in corrispondenza alla parete addominale anteriore.

I casi di *Schauta*, di *Carle* ed il mio dimostrano come, malgrado la deformazione pelvica, non sempre sia impossibile nelle osteomalaciche il praticare l'isterectomia per via vaginale.

Ad ogni modo ove si giudichi impraticabile per l'angustia del bacino un tale intervento, si potrà ricorrere, come a me avvenne, alla ovaro-isterectomia sopravaginale per via laparotomica; ed in tal caso si potrà concedere la preferenza al trattamento del peduncolo colla legatura elastica acciò l'operazione riesca il più possibile semplice e spedita.

Qualunque sia del resto il valore di queste mie proposte, che rappresentano dopo tutto semplici aggiunte a quella di *Fehling*, va concesso pur sempre plauso alla iniziativa ed agli studi dell'insigne Ostetrico di Halle, giacchè è merito precipuo del medesimo se nel volgere di pochi anni quasi un centinaio di povere madri si videro

ridonate alle proprie occupazioni, alla propria attività, ai propri affetti, dopo che da assai tempo non avevano tregua alle proprie sofferenze e giacevano in preda ad una malattia, che fin qui era giudicata nei suoi stadii avanzati come quasi incurabile.

Nota *. — Alla statistica da me raccolta devono essere aggiunti i seguenti sei casi, che vennero a mia conoscenza troppo tardi per poter essere inseriti nel prospetto statistico e presi in considerazione nello speglio dei risultati:

(1) V. *Velits*. Weitere Beiträge zur chirurg. Behandlung d. Knochenweichung. *Das. Arch. f. Mediz.* Bd. II.

(2) *Thorn*. *Contrib. f. Gynäk.* 1891, N. 41.

| Num. progressivo | OPERATORE | LUOGO E DATA DELLA PUBBLICAZIONE | DATA DELL'OPERAZIONE | Età dell'ammal. | OPERAZIONE | ESITO PROSSIMO DELLA OPERAZIONE | ESITO REMOTO DELL'OPERAZIONE | |
|------------------|-----------|---|----------------------|-----------------|-------------------|--|------------------------------|---------|
| | | | | | | | DATA delle Notizie | NOTIZIE |
| 92 | KCNE | Osserv. inedita. | Febbraio 1891 | 43 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | — |
| 93 | LATZHO | AD. Wiener mediz. Zeitung, 1894. | 18 Nov. 1891 | 46 | Castraz. ovarica. | Miglioramento specialmente nei primi giorni dopo l'operazione. | — | — |
| 94 | MORISANI | In: LAURO, Archiv. di Ostetr. e Ginec., 1894. | 3 Maggio 1893 | 33 | Castraz. ovarica. | Favorevole dal lato chirurgico. | — | — |
| 95 | MORISANI | In: LAURO, Archiv. di Ostetr. e Ginec., 1894. | 19 Agosto 1893 | 32 | Castraz. ovarica. | Favorevole, il miglioramento però non è molto accentuato. | — | — |
| 96 | GELPKE | Osserv. inedita. | 2 Maggio 1894 | 37 | Castraz. ovarica. | Evidente miglioramento subito dopo l'operazione. | — | — |
| 97 | ACCONCI | Rendic. clinico. Genova, 1894, p. 56. | 17 Giug. 1894 | 24 | Castraz. ovarica. | Favorevole. | — | — |

| ESITO REMOTO DELL'OPERAZIONE | | Lasso di tempo fra l'operazione e le notizie ultime | Osservazioni |
|------------------------------|---|---|---|
| DATA delle Notizie | NOTIZIE | | |
| — | La paziente può camminare. Attualmente è nuovamente in cattive condizioni; la donna si nutre malamente per la miseria in cui versa. | 2 mesi. Oltre 3 anni. | Da comunic. epistol. dell'O. Gelpke ottobre 94. Il dott. Gelpke attribuisce l'insuccesso anche all'età troppo inoltrata dell'operata. |
| — | Lento ritorno delle sofferenze. Dolori nella maggior parte delle ossa. Limitata attitudine a camminare con due bastoni. | Parecchi mesi. 3 anni. | Comunicaz. epist. dell'A. |
| — | I dolori sono ancora persistenti ed intensi, come avanti l'operazione; essi hanno resistito a cure medicamentose e balneari, istituite dal medico locale. | Oltre 1 anno. | Ortale normali. |
| — | La donna, come da notizie ulteriori si venne a sapere, è contentissima del suo stato di salute e guarita completamente dei dolori. | Oltre 1 anno. | Ortale normali. |
| — | Il miglioramento progredisce; la donna può camminare anche una mezz'ora senza bastoni. | — | Comunicaz. epist. dell'A. |
| Fine settembre 1894 | Cessati i dolori la deambulazione è resa possibile. Non amenorrea. | 2 mesi e mezzo. | |

Se si vogliono ora utilizzare questi nuovi casi per rinnovare il calcolo della proporzione degli esiti incompleti o mancati rispetto ai successi definitivi, devono escludersi quelli di Gelpke e di Acconci perché l'operazione è di data troppo recente, debbo anche far conoscere che il prof. V. Velits di Presburgo con sua lettera 2 novembre mi pregava di rettificare le notizie già fornitemi della sua rasiatica nel senso che la paziente operata il 4 giugno 1903 (n. 30 del n.º prospetto), e che si diceva non perfettamente guarita, riveduta di questi giorni apparve invece in istato di completa guarigione, tantoché fu forza persuadersi che la paziente cercava sfruttare, inviando notizie false, la compassione di chi interessavasi ai suoi destini. Per tal modo rettificando questo caso ed aggiungendo agli antecedenti i quattro nuovi casi raccolti, si ottiene il seguente riassunto:

| | | | |
|--------------------------------|---------|----------------------------------|--------|
| Guarig. complete | Casi 35 | Semplice miglioramento | Casi 3 |
| • quasi complete | 4 | Recidive persistenti | 5 |
| • consecutive a recid. | 3 | Insuccesso completo | 4 |
| | 42 | | 12 |

Da cui risulterebbe che le guarigioni incomplete o mancate rappresentano il 29 0/0 dei casi, quando questi siano presi in esame ad un anno almeno di distanza dall'atto operativo; proporzione questa che, se è pur sempre inferiore a quella messa in rilievo dal Winkel, non manca di farci desiderare un ulteriore perfezionamento al metodo curativo, come potrebbe verosimilmente essere dato dall'aggiungere alla castrazione ovarica anche quella uterina.

Nota **. Al primi novembre di quest'anno ebbi occasione di vedere all'Ospedale Mauriziano di Torino una osteomalacia operata dal Prof. Carlo di ovaro-isterectomia totale per via addominale. I dolori ossei nella convalescenza erano completamente cessati. L'isterectomia, impraticabile per via vaginale stante l'angustia del bacino, era riuscita, a quanto mi riferì l'assistente chirurgo, molto laboriosa, stante la lacerabilità estrema dei tessuti, sia all'utero sia alle sue dipendenze, che erano in preda ad una vera *osteitis*, affatto analoga a quella descritta da V. Velits, e da Thorn.

DISCUSSIONE.

Dott. Lauro. — Non a scopo di parlar delle dotte conclusioni a cui è venuto il Prof. Truzzi, ma solo per portare un contributo casistico al riguardo, riferirò i risultati clinici ottenuti nell'Istituto Ostetrico e Ginecologico di Napoli diretto dal Prof. Morisani.

Egli ha operato di castrazione cinque donne affette da Osteomalacia, due non puerperali e tre puerperali: nelle prime due la operazione fu eseguita come mezzo di cura radicale dell'affezione ossea, mentre nelle tre ultime fu eseguita la castrazione come operazione complementare del parto cesareo.

Non colpisca la scarsità dei casi, perchè presso noi, a Napoli, la affezione ossea in parola è estremamente rara.

Tutte le operate guarirono rapidissimamente, non solo in quanto che i dolori osteomalacici andarono rapidamente migliorandosi, ma oltrepassati i giorni necessari d'immobilità per la subita operazione, poterono gradatamente cominciare a camminare e con miglioramento sempre crescente.

Una di queste subì un miglioramento assai scarso, anzi ritornata in provincia subì una recrudescenza, ma posteriormente è andata sempre migliorando fino a guarigione completa.

Il Prof. Acconci riferisce un caso, da lui operato, di castrazione per osteomalacia che aveva prodotto tali deformazioni pelviche da rendere impossibile la penetrazione del dito in vagina. Il risultato immediato fu felice e la donna quando si alzò dal letto dopo l'operazione poté camminare liberamente.

Dott. Marocco. — Credo opportuno aggiungere una parola sia pur negativa.

In otto anni a Roma non ne vidi un caso e non ne sentii mai parlare da amici famigliari delle Cliniche ufficiali.

Ne vidi un caso fausto a cui ripenso con incertezza in donna venuta da Milano e ritornata a Milano. A Vicenza ne vidi parecchie.

È un elemento di studio nazionale.

Dott. Regnoli. — Il Prof. Pasquali ha avuto in quest'anno un caso di osteomalacia che trattò con la cura del cloralio ed inalazioni di cloriformio. La cura non ha dato alcun risultato.

Dott. Lauro. — Aggiungo a schiarimento di quello che si disse innanzi, che oltre le cure praticate in clinica mediante il cloralio, ho nella mia pratica privata una osteomalacia grave, alla quale, avendo rifiutato l'atto operativo, ho amministrato a larghe dosi il cloralio senza risultato.

La teoria del Petrone fin oggi pare non ben fondata, ma siccome vi son casi ben stabiliti, che io son per dichiarare solamente fortunati, e che in seguito della cloronarcosi o dell'amministrazione del cloralio son radicalmente guariti, pur ritenendo che forse la teoria della nitrificazione potrà esser secondata ed approdare a qualcosa di buono, nella attualità della scienza e della pratica, pria di procedere alla cura chirurgica, si tenti l'amministrazione del narcotico. In ogni modo i casi fortunati finora son troppo pochi per darci speranza fondata di riuscita, in ogni modo il tempo apporterà maggiori schiarimenti ed a noi migliori condizioni d'intervento razionale.

Il Dott. La Torre propone che si emetta un voto col quale si stabilisca che prima di ricorrere ad una operazione quale è la castrazione si debba sempre sperimentare la cura col cloralio ad alte dosi e le inalazioni di cloriformio di cui alcuni tanto si lodano.

Il Prof. Acconci risponde al Dott. La Torre che tutti prima di accingersi ad una operazione così grave hanno il dovere di tentare sempre una cura medica. Non è quindi il caso di fare tale proposta: essa è nella coscienza di tutti.

Dott. Campione. — Ho avuto anche io in cura per 46 giorni una donna affetta da osteomalacia e curata col cloralio, ed un'altra ho da 23 giorni sottoposta alla stessa cura. Nell'una e nell'altra non ho avuto risultato di sorta.

Il Prof. Mangiagalli osservò un caso gravissimo di osteomalacia con fratture multiple nel quale per le condizioni pressochè disperate, non credette opportuno di intervenire operatoriamente essendo il parto stato spontaneo. Si rivolge al Prof. Truzzi per sapere se in condizioni simili gli parrebbe giustificato l'intervento e se la letteratura offra qualche osservazione

in proposito. Gli sembrerebbe pure opportuno il determinare il procento delle donne spontaneamente guarite, quando cessino di figliare.

Il Prof. *Truzzi* Relatore risponde al Prof. *Mangiagalli* che non si rammenta di aver trovato nello spoglio della letteratura un caso tanto interessante di fragilità osteomalacica dello scheletro, nel quale si sia ricorso alla castrazione. Ritiene ad ogni modo che, di fronte a condizioni già altrimenti disperate, in donna che lasciata al proprio destino sarebbe fatalmente condannata a breve scadenza, non debba ripugnarci il tentare, come estrema risorsa, la castrazione, pur non illudendoci troppo sulla efficacia di tale intervento quando le fasi della malattia sieno tanto inoltrate.

Ammette l'utilità di una statistica sul procento dei casi, nei quali la guarigione dell'osteomalacia possa aver luogo unicamente per la circostanza che nella paziente non sopraggiungano nuove gravidanze. Ricorda però che una eccessiva fiducia nei vantaggi che possono derivare alla donna dalla sola mancanza di nuove gestazioni, venne già giustamente rimproverata allo *Zweifel*, il quale interpretando il beneficio della castrazione unicamente come mezzo per sterilizzare le pazienti ed impedire nuovi concepimenti, aveva già proposto, in occasione di operazione cesarea, di aggiungere come complemento della stessa la semplice legatura delle salpingi in sostituzione alla operazione del Porro. I fatti clinici avrebbero indubbiamente dato torto allo *Zweifel*, essendochè per quanto ci manchi l'interessante statistica desiderata dal Prof. *Mangiagalli*, si conoscono però già parecchi casi, nei quali, a malgrado dell'assenza di nuove gestazioni, la paziente andò peggiorando nelle proprie condizioni e l'osteomalacia assunse un decorso fatalmente progressivo. L'influenza sfavorevole che sul decorso dell'osteomalacia esercita la mestruazione, sia per la perdita di sangue che arreca, sia per la periodica congestione intrapelvica che vi è inerente, è così bene conosciuta, che *Hennig* descrisse persino una varietà di osteomalacia sotto il nome di *catameniale*. In talune narrazioni cliniche, come quella di *Sippel*, la correlazione tra l'esacerbarsi dell'osteomalacia e l'accentuarsi delle perdite catameniali, appare in modo evidentissimo. La sterilizzazione delle pazienti mediante la semplice legatura delle tube, come propose lo *Zweifel*, raggiungerebbe in questi casi incompletamente il suo scopo, perchè non sopprimerebbe che una sola delle cause, che possono aggravare lo stato delle pazienti osteomalaciche, l'avvenimento di una gravidanza.

A proposito poi della dottrina del *Petrone* ed a complemento di quanto è già stato riferito dai colleghi contro l'attendibilità della medesima, ripete volentieri la domanda che fece in proposito il *Chrobak* in una delle adunanze della Società ostetrica e ginecologica di Vienna: « Se è vero, disse il « *Chrobak*, che bastano le sole inalazioni di cloroformio a guarire l'osteomalacia, perchè non sono guarite tutte quelle donne, per le quali in soprapparto si richiese la cloromarcosi? ».

Il relatore, che ebbe la fortuna di essere Assistente per 8 anni in una Clinica, come quella di Milano, che è la più ricca di materiale d'osservazione sull'osteomalacia, ricorda benissimo di donne leggermente osteomalaciche, e quindi maggiormente suscettibili di guarigione, nelle quali si intervenne in soprapparto, sotto cloromarcosi, con applicazione di forcipe od altra operazione

ostetrica, e che malgrado questo, si ripresentarono più tardi alla Maternità nuovamente e più gravemente sofferenti per osteomalacia in occasione di una nuova gravidanza.

Dott. La Torre — Ho il piacere di annunziare alla Società che ho saputo in questo momento esistere nello Spedale di S. Giovanni (Reparto medico) due casi di osteomalacia acuta, che sono stati entrambi trattati colla cloroformizzazione ed hanno subitamente ed immensamente migliorato. Ciò potrebbe dimostrare che il cloroformio possa meglio corrispondere all'indicazione curativa dell'osteomalacia.

Dott. Rocchi — Come appassionato cloroformizzatore ho tenuto dietro ai casi di osteomalacia curati nell'Ospedale di S. Giovanni. Le prime inalazioni dettero risultati sorprendenti. Le inferme, addolorate da tanto tempo, furono in grado di camminare liberamente e si credevano guarite. Dopo qualche giorno tornarono i dolori e il cloroformio dapprima si dimostrò meno efficace, poi assolutamente inutile. Vorrei si tenesse conto di questa circostanza negli esperimenti che si consigliano di fare e di non affrettarsi troppo a rilasciare certificati di guarigione.

DOTT. GIUSEPPE TROTTA

R. CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA DI NAPOLI

Della teoria del Petrone sulla genesi e cura dell'Osteomalacia.

(Riassunto letto dal Dott. MILANDA)

A proposito di una donna osteomalacica operata dal Prof. MORISANI di Parto Cesareo il Dott. Trotta ha eseguito una serie di ricerche sulla teoria del Petrone sulla genesi e cura dell'Osteomalacia.

Limitandosi alla sola reazione del Griess, l'A. da tutte le analisi fatte sulle urine della donna osteomalacica e delle donne gravide ed ammalate per affezioni ginecologiche e delle persone sane, ha rilevato che la reazione non si è mai riscontrata nelle urine appena emesse, e si è presentata invece dopo un certo tempo dall'emissione. Donde l'A. trae la conclusione che la reazione non è specifica dell'osteomalacia, ma è in rapporto con la fermentazione della urina.

L'A. non potendo mettere in dubbio i benefici effetti ottenuti sia dal cloralio che dalla cloroformizzazione in certi casi, consiglia di tentare i detti rimedi prima di ricorrere alla castrazione.

DOTT. GINO GELLI - FIRENZE

L'ossigeno puro per la cura di alcune malattie ginecologiche.

(Riassunto letto dal Dott. Rocchi)

Questa mia comunicazione non è che una nota preventiva sull'uso dell'ossigeno puro in ginecologia, corredata da due casi clinici che sortirono esito felice. Nell'uno si trattava di una giovane pluripara, ammalata di metrite cronica, probabilmente di origine blenorragica, con iperplasia notevole di tutto l'organo senza importanti lesioni apprezzabili negli annessi. I fenomeni imponenti una cura erano la dismenorrea, le menorragie con metrorragie intercorrenti, e la leucorrea abbondante. Un anno avanti era stato tentato da altri inutilmente il raschiamento.

Nell'altro caso si trattava di una giovine nullipara, con metrite cronica di dubbia origine, e ovaro-salpingite cronica a sinistra con piccola raccolta tubarica. I fenomeni più importanti erano anche qui la dismenorrea, le menorragie non costanti e la leucorrea. Esisteva anche un'accentuata neuroastenia. Questa ammalata ebbe da altri pure un raschiamento un anno avanti.

Servendomi dell'Ossigeno puro della Compagnia inglese, racchiuso in recipienti metallici della capacità di 300 litri di gas a 9 atmosfere di pressione, io eseguivo un giorno sì ed uno no, per mezzo di una cannula della forma e dimensione d'un isterotomo, delle irrigazioni intrauterine per la durata di 5 minuti, e all'incirca consumavo 50 litri di gas, aprendo il rubinetto lentamente in modo da non provocare forti dolori alla paziente e di assicurarmi il completo reflusso.

Nel primo caso feci 40 sedute, nel secondo 30 almeno. In ambedue i risultati abbastanza sorprendenti, furono: miglioramento notevole delle condizioni generali delle ammalate, diminuzione sensibile dell'utero, cessazione dei dolori già dalla prima mestruazione, diminuzione rapida fino a scomparsa completa poi della leucorrea, perdita di sangue mestruale ridotta a giusti termini.

Dirà il tempo se questi effetti tanto benefici del gas ossigeno puro portato a contatto della mucosa uterina, e di seconda mano a contatto della mucosa vaginale, saranno durevoli.

Prima di procedere oltre negli esperimenti clinici, che io ritengo innocenti, desidero sperimentare *in anima vili* la pressione e la quantità proporzionale di gas che si può spingere in mezzo ai tessuti senza provocare gravi accidenti, come embolle gassose, quantunque questo gas sia rapidamente e facilmente assorbito o fissato.

Certo è che l'applicazione richiede prudenza e che è necessario assicurare il reflusso di questo fluido di tanto valore terapeutico.

DOTT. FERRARESI

Dei setti trasversali congeniti della vagina nel parto

(Lettura fatta dal Dott. Muzio Pozzi)

La questione della origine dei setti anulari trasversali che s'incontrano non rarissimamente nella parte alta della vagina delle gravide fu rimessa in vita recentemente da Olshausen (V. Centralbl. f. Gyn. 3 febr. 94) il quale ha conchiuso per la origine acquisita di tutti questi setti. Invece tutti gli autori furono sempre d'accordo sulla esistenza di setti congeniti, per lo più quale conseguenza di arresto di sviluppo embrionario: così Puech, Delaunay, Schroeder e del tutto recentemente (89) Kyri, quantunque Ercolani abbia già prima del 1874 intravista, per osservazioni sulla talpa, la possibilità di adesioni epiteliali delle superficie mucose del canale già formato, e Piana e Bassi l'abbiano confermata nei feti di animali e umani. Clinicamente, per quanto concerne il feto, tali setti sono guardati forse con soverchia indifferenza.

Parecchi casi di sepsimenti osservati nel parto, in gravidanza e in nullipara con l'esame istologico e lo studio di vagine fetali a parecchie età relativo alla struttura microscopica, rapporti reciproci delle pareti e delle pieghe, permettono all'A. di concludere: Non è possibile trarre dal periodo embrionale, propriamente detto, elementi in favore della formazione di sepsimenti trasversali, tanto colla teoria classica sulla formazione della vagina, quanto con l'altra più recente (Schaeffer, Pozzi, Fasola, Retterer) dell'origine duplice (Mülleriana per il segmento superiore, dal seno urogenitale per l'inferiore) che accenna un ritorno alle antiche idee (Müller, Ratke, Valentin) modificate. Infatti non si comprenderebbe: 1.º un arresto di sviluppo per un'estensione così limitata; 2.º a un livello così pari per entrambi i tubi di Müller; 3.º la sede variabile (quantunque più frequente al 3.º superiore); 4.º l'assenza costante di infiammazioni fetali o lesioni che spieghino l'arresto; 5.º la perfetta uguaglianza del lume sopra e sotto il livello del sepsimento; 6.º i diafragmi multipli.

Gli elementi favorevoli alla spiegazione dei setti si trovano invece nel IV.^o periodo di Fürst: la vagina primitivamente liscia è indistinta dall'utero, acquista pieghe che restringono il canale nella direzione stessa dei setti. È il periodo del massimo sviluppo delle pieghe che determina la formazione di restringimenti e vaginatresie.

Con la teoria ispirata da Ercolani la spiegazione è completa: 1.^o per la limitata estensione delle pieghe; 2.^o direzione di queste; 3.^o la sede loro (anche la sede preferita al 3.^o superiore è spiegata dagli spaccati longitudinali di vagine fetali fissate, che a questo livello dimostrano un massimo avvicinamento delle pareti e pieghe); 4.^o il numero (setti multipli). Le disposizioni particolari delle cellule epiteliali notate da Piana e Bassi a livello dei punti atresici (addensamenti a mo' di zaffi cancerigni) si riscontrano pure nei setti delle adulte, ma il loro valore come fattori della persistenza delle aderenze, è ancora discutibile. La distinzione tra setti congeniti e acquisiti, sempre fattibile al microscopio, dee essere mantenuta per la diversità della prognosi. La osservazione clinica invita ad una sorveglianza più attiva di questi casi nell'interesse del feto: l'influenza di un ostacolo opposto in tutti i punti della direzione normale delle forze espulsive è maggiore che negli ostacoli laterali, come dimostrano le statistiche di Müller sul parto nei casi di setto longitudinale e trasversale. Il momento più opportuno allo intervento è sempre quello del parto per le condizioni meccaniche di distensione della vagina e del diafragma membranoso che permettono un giudizio più esatto della estensione delle incisioni costantemente preferibili alle lacerazioni spontanee.

DOTT. CESARE MAROCCO - ROMA

Alla fine della seduta i Membri del Congresso si recano a visitare la Clinica privata del Dott. Marocco, dove il Direttore fa loro la presentazione di un *Nuovo capsulotomo*, e di un *Nuovo letto da operazioni* con le seguenti parole:

Permettetemi Illustri Maestri e Chiarissimi Colleghi che io sommariamente vi esponga le note che si riferiscono al piccolo strumento ed al letto d'operazione che avrete la benevolenza di giudicare. Abbiatevi grazie anticipate per il sacrificio di tempo a voi tanto prezioso che vorrete accordarmi.

CAPSULOTOMO.

Questo strumento mi venne ispirato dalla difficoltà nella quale ebbi a trovarmi per agire senza danno sulla superficie interna dell'utero, ogniqualvolta un ingrossamento della matrice potè farmi sospettare l'esistenza di un fibroide e la sua possibile enucleazione. Qui non è il caso che la parola basti a sostituire più che sufficientemente un disegno. Come pure credo superfluo di riferire minutamente sui casi nei quali in seguito ad energico raschiamento, dopo pochi giorni da questo si fece strada per la via vaginale un fibroide della massima grandezza di una mela, alla minima di una noce, risolvendo per tal modo più che favorevole la forma morbosa che travagliava la malata. Non vi ha dubbio che esce dal compito diagnostico l'apprezzamento della connessione del fibroide coi tessuti che l'accolgono. Raccolgo parecchi casi di fibroide della parete posteriore di non grossa mole, nei quali larga e lunga incisione determinarono la possibilità di una enucleazione, la quale con tutto ciò riuscì indaginosa, come pure mi rammento di alcuni casi in cui l'insistenza con un trattamento ecobolico procurò l'espulsione di tumori dapprima creduti interstiziali e quasi sotto-sierosi. Alla stregua di questi fatti e col convincimento che come il raschiamento, così pure le incisioni dell'utero, fatte colle debite norme, dovevano riuscire del tutto innocenti, volli procurarmi un ta-

gliente che fosse di facile intromissione nella cavità uterina, che potesse essere francamente appoggiato sul punto di elezione, che incidesse per il tratto voluto il parenchima della matrice dal lato mucoso per una profondità previamente graduata e che potesse essere introdotto e ritirato senza pericolo alcuno di lesioni di qualsiasi altro punto.

A ciò arrivai facendomi inastare sopra un lungo manico una piccola falcetta a mitissima curva, la quale a mezzo di un bottone inserito nel manico a facile portata della mano che lo impugna, potesse venire coperta e scoperta a piacere dell'operatore.

Nuovo letto d'operazione "IL POLICLINICO",

Modello perfezionato su quello che venne premiato all'Esposit. d'Igiene, 1894 specialmente destinato alle Laparatomie.

Questo modello di letto consta delle parti seguenti:

I.^o Di un piano costituito da un rettangolo mediano di 72 cent. di lunghezza, sopra 55 di larghezza; nel senso della prima direzione fornito di due larghe scannellature opportunamente utilizzate per lo scolo dell'acqua, sopra le quali scorrono due bastoncini di acciaio. Questo piano si può facilmente abbassare, e i bastoncini ch'esso abbandona lo sostituiscono a sostenere le parti del corpo che sopra vi stessero; ai lati di detto rettangolo mediano, nel senso della lunghezza, seguono due altri rettangoli, uno dei quali bipartito per comodo della chirurgia delle gambe, cogli angoli periferici smussati della lunghezza di 50 cent., l'uno colla stessa larghezza del piano mediano, e gli altri del piano mediano diviso in due metà nel senso della lunghezza, uniti a questo da robuste cerniere e da raggi mobili che permettono ai detti rettangoli laterali di piegarsi e sollevarsi in modo graduabile. Tutti questi rettangoli sono di cristallo dello spessore di 20 mm. e tutto il letto è facilmente smontabile.

II.^o Di una colonnina centrale, di 12 cent. di diametro, fornita di vite di un passo di 3 cent. per elevarsi e di semiluna a dente conico per inclinarsi, articolata nel punto centrale col piano sopradescritto. La colonna finisce con 4 piedi che entrano nelle rispettive camerette.

III.^o Di una base in ghisa fornita di ruote che dà al letto la necessaria stabilità e mobilità in tutte le svariate posizioni che gli sono permesse.

I movimenti di cui dispone il letto sono i seguenti:

1.^o Di rotazione sul perno centrale; così che durante l'atto operativo si può obliquare e mutare in tutto o in parte la direzione del letto.

2.^o Di elevazione dovuta alla vite di tre in tre cent. a giro intero, con un massimo di 18 cent.

3.^o D'inclinazione di un grado a piacere con fissazione stabile automatica.

4.^o Di abbassamento del piano mediano per una tratta di 15 cent. di modo che il malato resta sospeso sopra i bastoncini d'acciaio, lasciando largo campo, finito l'atto operativo, alla facile ripulitura del malato e del letto e alla fasciatura che comprenderà i bastoncini, i quali, a fasciatura fatta e risalito il piano, si possono sfilare con tutta facilità.

La lunghezza del piano che si abbassa si può ridurre a piacere con due trasverse mobili di 15 cent. l'una, le quali potranno coprire una parte dei vari segmenti del piano a seconda della regione da operarsi che deve rimanere scoperta o, meglio detto, libera a piano abbassato per il conveniente bendaggio.

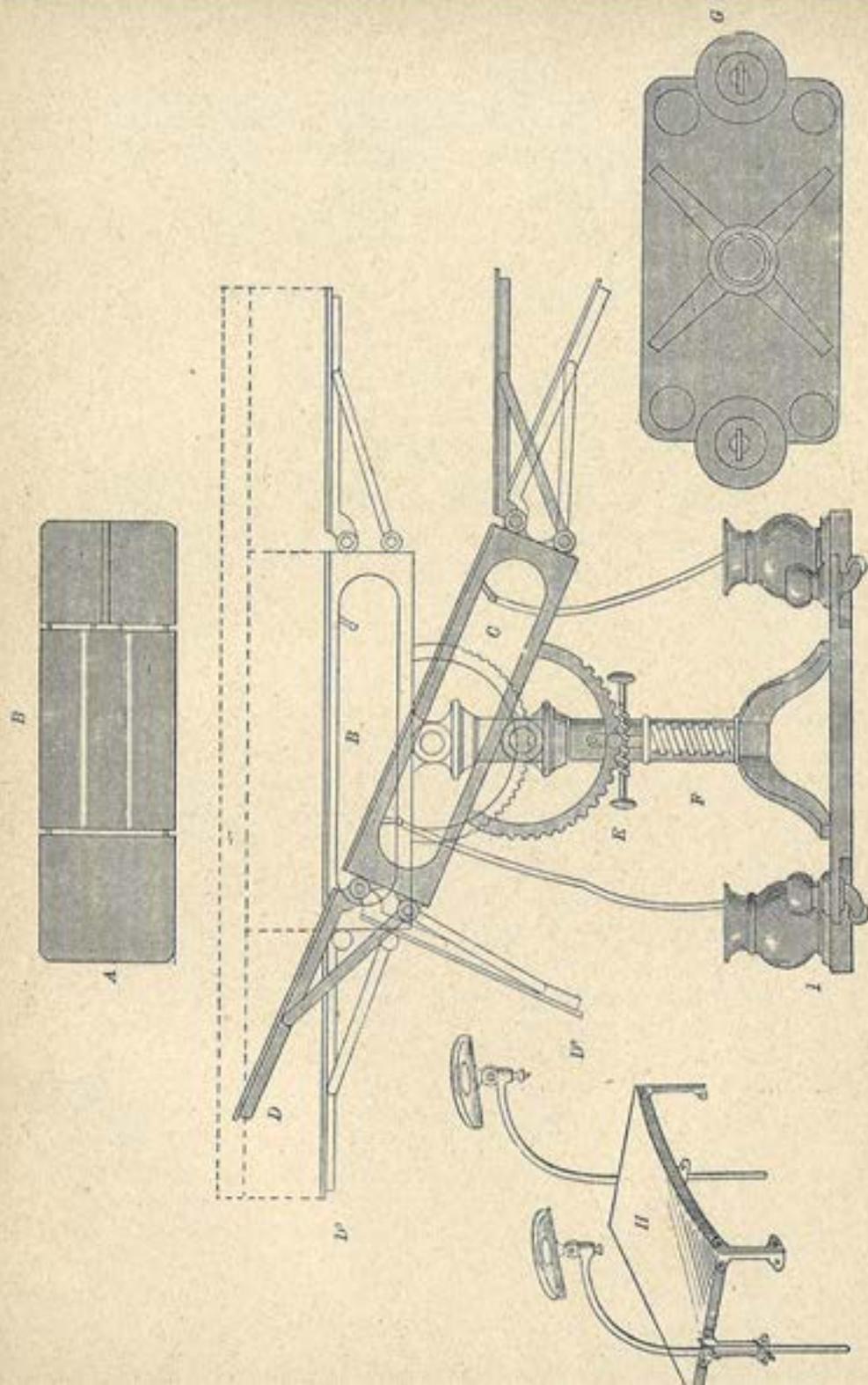
5.^o Di elevazione e abbassamento graduabile dei rettangoli laterali movimenti che si ottengono coi raggi mobili di congiunzione, dei quali detti rettangoli sono forniti.

6.^o Di riduzione, poichè il letto in stato di riposo ed abbassati i piani laterali diventa un semplice tavolo di 72 per 55 cent. che si può svincolare dalla piastra che ne costituisce la base con un semplice movimento di lateralità. Così ridotto, il letto viene utilizzato per le encheiresi vaginali perchè fornito di piccola aggiunta a tale scopo ideata. Nei punti desiderati, sul bordo periferico del tavolo si possono con facilità distribuire a piacere dell'operatore quattro cassette mobili per il servizio della narcosi.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA

- A. — Superficie del letto in cristallo.
- B. — Parte mediana che s'abbassa.
- C. — Smaltitoi dei liquidi.
- D. D' D." — Rettangoli periferici.
- E. — Vite d'inclinazione.
- F. — Vite centrale.
- G. — Base.
- H. — Aggiunta per le operazioni vaginali.
- I. — Vasi raccoglitori.

Tutto il letto è verniciato a fuoco in colore bianco leggermente giallastro.



TERZA SEDUTA

16 OTTOBRE ORE 14

PROF. ERNESTO PESTALOZZA

DIRETTORE DELLA R. CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA DI FIRENZE

Sul sarcoma deciduo-cellulare

Il neoplasma che passa oggidì sotto la denominazione di sarcoma deciduo-cellulare, segnato nelle sue note anatomiche primamente dal Sànger e che io ebbi poco dopo l'opportunità di delineare nel suo quadro clinico, acquista ogni dì maggiore importanza per il moltiplicarsi di osservazioni che, tanto dal punto di vista anatomico che dal clinico, rispondono perfettamente ai primi casi pubblicati. Nella mia prima pubblicazione sull'argomento (Morgagni, Settembre 1801) io dicevo « che in taluni sarcomi dell'utero si ravvisa una strana « comune tendenza ad un modo tutto speciale, sarei per dire carat- « teristico, di evoluzione e di diffusione, talchè la lesione perde ben « presto il carattere locale, per dar luogo ad una forma generale, « sinora troppo poco studiata, e che si ripete nei vari casi con sor- « prendente analogia di caratteri clinici ed anatomici. Questo ciclo « quasi fatale di evoluzione dà luogo così ad una vera forma morbosa « a sè, che si rivela per lo più colla presenza di nodi sarcomatosi al- « l'utero e alla vagina, con metastasi multiple ai polmoni. »

Nulla avrei oggi, dopo tre anni di tempo, da aggiungere al quadro clinico, allora poggiato su un numero scarsissimo di casi, ora confermato da una serie di pubblicazioni che non sto qui ad enumerare. Lo stesso Sànger in un recente lavoro riassuntivo sull'argomento (Arch. f. Gynäkologie Bd. XLIV fasc. I.) condensa in alcuni punti principali le note cliniche richiamandosi alla descrizione da me data.

Si tratta cioè sempre di donne che ammalarono dopo un parto od un aborto, ebbero una sequela di più o meno abbondanti emorragie, e per lo più capitano all'osservazione del clinico 5-6 mesi dopo, in uno stato di emaciazione e di anemia sproporzionato all'entità delle perdite, con sintomi che porterebbero qualche volta a credere all'esistenza di una tisi da tubercolosi polmonare. Un esame diretto rileva quasi sempre irregolare aumento di volume dell'utero: l'orificio, permeabile, permette di distinguere nella cavità masse facilmente di-

sgregabili e sanguinanti: tosto o poi si riscontrano nodi in vagina di colorito rosso vinoso, e a rapido sviluppo, che assumono nell'ulteriore decorso un aspetto gangrenoso, che hanno una spiccata tendenza alla ulcerazione, e che espongono da un momento all'altro all'insorgenza di emorragie, qualche volta mortali.

Per lo più il tumore uterino, ad onta del suo rapido sviluppo, non arriva ad acquistare dimensioni considerevoli, perchè la scena morbosa viene precipitata nel suo andamento da fenomeni polmonari accennati a metastasi molteplici, e da febbriattole quotidiane che accentuano la fisionomia etica della paziente, e ne minano rapidamente le forze. Nel massimo numero dei casi la morte sopravviene fra 6-7 mesi dal principio del male.

L'individualizzazione di questo quadro clinico mi era riuscita possibile raggruppando intorno a due casi da me studiati nella clinica di Pavia, quei pochi che si trovavano disseminati nella letteratura (Guttenplan, Kundrat, Griffith, Lewers, Beates, Winckel, Chiari) e mettendoli in rapporto coi casi più recenti del Pfeiffer e del Sanger. Da allora il numero delle osservazioni crebbe considerevolmente. I casi di Parrot (Annales de Gynécologie 1894 Avril) di Nové-Josserand e Lacroix (Annales de Gynécologie 1894 Février, Mars, Avril) di Koettnitz (Deutsche Med. Wochenschrift Mai 1893), un caso di Schmorl, un terzo caso tuttora inedito osservato nella clinica di Pavia dal Prof. Cuzzi, si possono raggruppare a questo tipo di tumori per quali fu adottata una denominazione variabile. La descrizione tipica ci è fornita nella ricordata memoria di Sanger, il quale insiste sulla derivazione del tumore da elementi deciduali e perciò sulla qualifica di Sarcoma deciduo cellulare. In realtà le riserve che io facevo nel mio primo lavoro sull'origine deciduale di quel gruppo di tumori non miravano affatto ad escludere il geniale concetto di Sanger, ma solo ad affermare l'opportunità di uno studio più accurato degli stadii iniziali del neoplasma, per poterlo mettere in rapporto coll'evoluzione morbosa degli elementi deciduali. Occorrerebbero osservazioni, io diceva, di gradi intermedi, non degli estremi delle lesioni, il che consiglia a portare l'attenzione degli anatomici sui casi di subinvoluzione uterina postpuerperale, per seguirvi l'eventuale abnorme proliferazione delle cellule deciduali nei suoi primissimi momenti.

I miei *decidurioni*, è il Sanger stesso che io nota, sono stati sordifatti, e quindi è più legittima oggi che non allora la denomina-

zione di deciduoma o di sarcoma deciduo-cellulare. Per mio conto ho pure cercato di completare le lacune che allora notavo nell'argomento, pigliando occasione sia da nuovi casi clinici offertisi di questi tempi nella clinica di Firenze, sia da un metodico esame di prodotti di raschiamento ottenuti dall'utero a diversa distanza del parto, i di cui risultati riferisco brevemente in altra comunicazione.

Ciò in cui non posso trovarmi d'accordo con Sanger è nel mettere in una categoria a parte i due casi da me prima descritti. « Io faccio, egli dice, una netta separazione fra sarcoma in rapporto con processi puerperali e sarcoma deciduo-cellulare, nello stesso modo con cui conviene ad esempio tener distinta la febbre in puerperio, dalla febbre puerperale. »

E giustifica questa sua separazione in base ad alcuni dettagli di struttura riportati dalla mia comunicazione, e segnatamente alla interpretazione da me data di alcuni elementi giganti che vi si trovavano, e che io credetti di mettere in rapporto con uno speciale processo degenerativo delle fibre muscolari. Ma, io lo notava espressamente, queste cellule giganti non rappresentavano la parte essenziale del tumore, bensì una reazione del tessuto uterino ad uno stimolo di non ben nota natura. I veri elementi del tumore erano rappresentati non da cellule a carattere degenerativo ma con nucleo in attività di funzione, con varie forme cariocinetiche: erano questi gli elementi per cui avanzavo in via dubitativa la possibile origine da cellule deciduali. Ora specialmente che abbiamo sott'occhio la minuta descrizione fornitaci dal Sanger nella sua seconda pubblicazione, ora che possiamo ad esempio raffrontare la fig. 4^a del suo lavoro colla fig. 4^a del mio, il motivo di una separazione anatomica fra il tumore di Sanger e quelli da me descritti non esiste assolutamente, ed io aggiungo, non esiste nemmeno motivo ad una separazione eziologica. Come si spiegherebbe altrimenti che con una identità della lesione il fatto sorprendente che il decorso clinico dei sarcomi deciduo-cellulari assomiglia così puntualmente nelle sue interessanti particolarità, e specialmente nelle metastasi vaginali e polmonari a quello da me descritto, tanto che la mia descrizione clinica viene da Sanger punto per punto adottata?

Ma non è solo fra i casi di Sanger, Pfeiffer, Nové-Josserand, Paviot, Koettnitz, Schmorl ed i miei che mi pare opportuno affermare la stretta parentela, ma anche con quelli che deriverebbero dalla ulteriore evoluzione di residui di una mola

vescicolare. In questo campo al primo caso da me descritto (Morgagni, Ottobre 1891) si unirono quelli di Löhlein e di Gottschalk, offrendo sempre un quadro clinico che quasi in nulla differisce dai precedenti, mentre non insensibili differenze si hanno nel reperto anatomico. Il fatto da me allora accennato, tale da legittimare una certa sorpresa per la sua assoluta novità, la constatazione cioè di villi coriali proliferanti in seno al parenchima polmonare ha avuto dalla descrizione del Gottschalk la più esplicita conferma, e ci ritorna sotto nome diverso, sarcoma dei villi coriali. Ma se fosse necessario, all'infuori dell'analogia nell'andamento clinico, invocare anche dati anatomici per confermare la parentela fra sarcoma deciduo-cellulare e sarcoma dei villi coriali non avrei che a rammentare il più recente lavoro di Menge. Egli vide un neoplasma con tutti i caratteri del sarcoma deciduale svolgersi in seguito all'espulsione di una mola vescicolare: egli afferma nel modo più esplicito l'identità dei suoi coi miei reperti anatomici, vide eguali cellule giganti, eguale distruzione di fibre muscolari: il suo caso rappresenta il vero anello fra quei neoplasmi che io chiamai sarcomi infettanti e quello che ricondussi allo sviluppo invadente di una mola vescicolare.

Trovando ora nel richissimo materiale dell'Istituto di Firenze l'occasione ad altre constatazioni dello stesso genere, credo conveniente riassumerne le storie cliniche per chiamare l'attenzione degli egregi membri della nostra Società su un quadro morboso, che forse non è fra noi degnato di sufficiente attenzione.

Ecco tre casi clinici occorsi nel corrente anno:

I.

Giacinta Del Nero di 32 anni, di Ponte a Ema. Entra in Clinica il 20 Agosto 1894. Mestrualo a 13 anni e fu sempre bene in salute: non sa riferire di sospetti antecedenti ereditari. Ebbe sette gravidanze seguite da parti normali: normali pure fino all'ultimo i puerperii, solo che in tutti notò per tre giorni consecutivi al parto forti dolori da contrazioni uterine. L'ultimo parto il 17 Aprile: durò tre giorni il travaglio e fu molto doloroso. Dopo il parto ebbe emorragia non molto copiosa che però si riprodusse dopo un intervallo di 7 ad 8 giorni e che da allora si è sempre ripetuta a intervalli variabili, continuando anche nei periodi liberi una leucorrea sanguinolenta. Un mese fa cambiò l'aspetto delle perdite essendosi verificata ad un tratto l'espulsione di grossi grumi di sangue, entro ai quali la levatrice pare abbia potuto riconoscere tracce di tessuti che la misero in sospetto di un aborto. Da allora visibile peggioramento delle condizioni generali. La donna venne portata alla

clinica in uno stato di anemia estrema, sebbene dai genitali non sgoccioli che un filo di liquido scolorito, quasi lavatura di carne. Un rapido esame sommario lascia riconoscere col pallore estremo delle mucose, la presenza di rantoli diffusi a medie bolle in diverse zone del torace, respirazioni frequenti interrotte da ansiosi accessi di tosse, con un escreato leggermente macchiato di sangue: la risonanza è però normale in tutto l'ambito toracico. Assoggettata la donna ad un esame ginecologico, colpisce, appena divaricate le grandi e piccole labbra, la presenza di un tumoretto sulla parete laterale sinistra della vagina, terzo inferiore, che spicca pel suo colorito livido sulla mucosa quasi bianca della vagina: ha a mala pena le dimensioni di un cecco, e richiama senz'altro all'occhio di chi vide altri casi consimili, le caratteristiche metastasi regionali del deciduoma. E per troppo l'esplorazione conferma con altri dati il sospetto: l'utero ingrossato e irregolare lascia, attraverso al collo beante, penetrare il dito a contatto delle pareti irregolari della cavità del corpo, in cui sporgono da diversi punti delle eminenze fragili, ove il dito si infossa disgregandole: il cucchiaino viene in aiuto ad uno svuotamento parziale della cavità uterina, ma deve cessare la sua opera, quando attraverso alle pareti floscie dell'addome si sente ridotto al minimo lo spessore della parete uterina, tanto da lasciare il timore di una imminente perforazione. Le masse che così si so o potute, e senza eccessiva perdita di sangue, esportare vengono immediatamente passate parte in liquido del Flemming, parte in sublimato, parte in alcool e riservate per un adatto esame. Ma oramai la convinzione del medico è formata: troppo evidente il quadro clinico per permettere un dubbio: troppo avanzate le lesioni per permettere una prognosi che non sia disperata. Si tratta di uno di quei casi che, per scegliere un nome fra tanti proposti all'uopo, si può con Sanger battezzare per sarcoma deciduo-cellulare. L'esame microscopico non fa che confermare luminosamente il diagnostico.

Ma prima di parlare del reperto microscopico accennerò all'ulteriore andamento del male.

Il piccolo nodo vaginale si vede aumentare per così dire a vista d'occhio: sono appena passati 9 giorni, ed ha acquistato delle dimensioni considerevoli, di circa 5 cent. in senso longitudinale, 2 in senso trasversale. Una puntura esplorativa ne ritrae del sangue che sottoposto ad esame microscopico presenta alcune grosse cellule a nucleo voluminoso, facilmente colorabile. Già confermata anatomicamente la diagnosi clinica di sarcoma deciduale con metastasi vaginali sicure e con probabili metastasi polmonari, si ritiene inopportuno ricorrere all'ablazione dell'utero, anche tenuto conto del grado di debolezza estrema della donna, il cui sangue all'ematometro di Fieischl segna appena dal 10 al 15% di emoglobina, con 1260000 globuli rossi. Però, data la poca estensione e facile accessibilità del nodo vaginale se ne decide l'asportazione, che si fa senza narcosi e senza sofferenze della donna, chiudendo la ferita con qualche punto di sutura. Lo scopo della piccola operazione non può essere che affatto palliativo per ciò che riguarda la lesione in sé: se non altro si spera di evitare la prossima quasi fatale ulcerazione del nodo vaginale, e più ancora si attendono dall'esame minuto dei dati importanti di studio. La piccola ferita guarisce perfettamente, e né tosto né poi non si nota indizio alcuno di riproduzione locale. Le condizioni generali però continuano ad ag-

gravarsi: la tosse si fa sempre più insistente: verso il 6 di Settembre si manifesta un rialzo di temperatura che si riprodurrà poi ogni sera più o meno accentuato. Continuano ora sanguigni ora misti gli scoli dell'utero. Il 20 Settembre l'emoglobina è scesa a 5-10: il numero dei globuli rossi a 1200000. Ormai le condizioni sono tali da non permettere più alcuna speranza: la donna desidera, conscia del proprio stato, far ritorno a casa, e nulla vale a trattenerla: il 6 Ottobre esce e si spogge pochi giorni dopo a casa, senza che sia possibile ottenere un reperto necroscopico.

La lacuna che dalla mancanza dell'autopsia è creata in questa storia clinica è però a sufficienza colmata dall'andamento del male e dai risultati dell'esame dei pezzi asportati dall'utero e dalla vagina.

UTERO. — I pezzi asportati e convenientemente trattati presentano le seguenti particolarità: in mezzo a coaguli di sangue pescano dei lembi di tessuto perfettamente uniforme nella struttura: grossi elementi addossati intimamente l'uno all'altro, variabilissimi nella forma, fusiformi nei punti ove appaiono più stipati, rotondeggianti od ovali ove sono meno addensati, con nucleo grosso provvisto di nucleolo assai appariscente: protoplasma trasparente. Numerosissime le forme cariocinetiche, e tra queste molte forme tri e quadripolari con aggruppamento irregolare dei cromosomi. In mezzo a questi elementi, sparsi qua e là alcuni residui ghiandolari con epitelio di rivestimento alterato nella forma. In molti punti fra i diversi elementi si osservano degli spazi vuoti con un contorno netto, come potrebbero risultare dal distacco di una o più cellule: il posto lasciato vuoto è occupato da un detrito di piccoli granuli trasparenti e da qualche globulo sanguigno: il tessuto assume così in questi punti un aspetto a rete e le trabecole separanti gli spazi vuoti sono rappresentate dalle solite cellule disposte in serie, quasi a colonna. Se si osserva una di queste zone areolari ove si alternano i vuoti indicati ed i residui ghiandolari è evidente l'analogia cogli strati più profondi di una comune decidua, colla sola differenza rappresentata dalla frequenza grande delle forme di cariocinesi. Portando l'attenzione sugli strati più profondi che rispondono al distacco dalla parete uterina, vi si trovano in discreta quantità fasci di fibrocellule muscolari: le fibre si frammentano e si dissociano, alternandosi con stravasi sanguigni, là dove comincia la neoformazione. I caratteri desunti dal confronto di numerose sezioni in serie permettono di concludere per una neoformazione avente per punto di partenza il tessuto connettivale della mucosa uterina, e precisamente un sarcoma a grandi cellule polimorfe, di aspetto deciduale.

VAGINA. — Il nodo vaginale esportato in toto è ricoperto nella sua parte prospiciente la vagina dalla mucosa assottigliata che gli aderisce intimamente: presenta una parte centrale dura; spaccato per metà si vede, in mezzo ad un tessuto in apparenza sano, costituito da una massa rossiccia, compatta, che ha pressapoco l'apparenza di un punto d'infarto. Della porzione centrale così alterata vengono presi, con tutte le precauzioni consigliate da un simile ordine di ricerche, alcuni frammenti che minutamente divisi vengono inoculati su di una cavia e su di una coniglia gravida: dirò subito che il risultato di questi innesti riesce affatto negativo. Il resto viene opportunamente fissato per le ricerche anatomiche.

Esaminando a piccolo ingrandimento una di queste sezioni che comprende tutto lo spessore del nodo esportato si trova verso la superficie vaginale il comune epitelio pavimentoso stratificato: segue un sottile strato connettivale stipato, indi la neoformazione che ha una disposizione raggiata attorno ad un centro occupato da uno spazio a contenuto sanguigno. Questo spazio ha contorni anfrattuosi ed è limitato da un endotelio più o meno ben conservato: direttamente sulla faccia esterna di questo endotelio prendono punto di impianto le cellule del neoplasma, che si irradiano tutto all'intorno in colonne. Anche qui, mano mano ci distacciamo dal centro, vediamo il tessuto dapprima compatto farsi più rado, per interposizione di areole occupate da detriti granulosi: in alcuni punti si può seguire la derivazione di queste areole dal disfacimento di elementi del neoplasma, il cui protoplasma nelle zone di passaggio assume intensa la colorazione coll'eosina e la colorazione di Weigert per la fibrina. In complesso il nodo vaginale, originato attorno ad un lume vasale, ripete con pochissime varianti la struttura del neoplasma uterino.

È interessante al riguardo ricordare che la paziente, lamentandosi di vivi dolori nel punto corrispondente al nodo vaginale, afferma di aver ivi riportato una lesione determinata dal medico in una prima applicazione di speculum. Però all'ipotesi che si tratti dell'innesto di una neoplasia in un punto ferito fa contrasto il reperto della continuità assoluta del rivestimento epiteliale vaginale, constatato nelle sezioni in serie.

Qui si deve di necessità arrestare il quadro anatomico della lesione, essendo mancata la opportunità ad una autopsia. Ci limiteremo a ricordare che la vagina dopo l'ablazione del nodo rimase immune da ulteriori riproduzioni.

Ed ora, in accordo con quanto abbiamo premesso, riporterò le storie cliniche di due malate nelle quali si poterono constatare i primi inizi di una lesione che ha colla ora descritta moltissimi punti di analogia, sebbene ne discordi per diverse particolarità dell'esame anatomico. Oltre ad dimostrare la convenienza di raggruppare sotto un unico quadro clinico le due sorte di lesioni, questo sguardo di assieme ci permetterà di insistere sull'opportunità di un precoce trattamento radicale delle alterazioni stesse, unica ancora di salvezza che rimanga aperta alle pazienti.

II.

Raffaella Becacci di anni 22 di Caselline entra in clinica il 3 Maggio 1894. Ebbe due gravidanze; l'una condusse a termine, l'altra fu interrotta nel Febbraio ultimo verso la fine del 2° mese: dal medico fu raccolta ed in parte estratta una mola vescicolare: da allora sempre metroragie più o meno rilevanti. Si sospetta di una endometrite sub-involutiva: un raschiamento viene praticato il 5 Maggio a scopo diagnostico ed eventualmente curativo. I preparati ottenuti dal raschiamento danno un quadro così evidente di una trasformazione sarcomatosa della mucosa, da consigliare come urgente una cura più radicale, che viene infatti attuata il 14 Maggio colla isterectomia vaginale. Operazione perfettamente regolare. Ristabilitasi poi lentamente dall'anemia, lascia la clinica il 10 Giugno in ottime condizioni.

Ciò che si poteva presumere dall'esame del raschiamento è ampiamente confermato dall'esame dell'utero. In un punto rispondente all'angolo tubarico destro si nota una superficie irregolare sulla mucosa, quasi una ulcerazione, e il sottostante tessuto muscolare è palesemente alterato, pallido in confronto al resto della muscolatura uterina, e friabile. È da questo punto che diverse sezioni vengono tolte ad esame e permettono di affermare l'esistenza di lesioni assai complesse. Anzitutto le cellule sarcomatose si inseguono per un certo tratto della superficie qua e là abbracciando delle isole di elementi malamente colorabili, che si direbbero necrotici: è sul confine fra il tessuto sarcomatoso e le isole necrotiche che di preferenza si riscontrano grossi, colossali elementi, con nuclei a forma veramente bizzarra. In questi elementi è specialmente a segnalarsi la tingibilità del nucleo; e la presenza di cospicui vacuoli che sembrano scavati a spese della stessa sostanza nucleare; distribuzione che rammenta quella descritta dallo Gottschalk in un caso che col nostro ha non poca analogia. Approfondendosi verso la tonaca muscolare gli elementi sar-

comatosi si fanno più rari, qua e là se ne trovano però ancora fra le fibrille divaricate; ma qui la alterazione cambia completamente di natura. Abbiamo avanti agli occhi un vero processo degenerativo della tonaca muscolare: i punti già macroscopicamente rilevati hanno subito una metamorfosi che li avvicina per aspetto al caratteristico della degenerazione ialina: sono interi gruppi di fasci muscolari che formano così una massa amorfa, con contorno fortemente ondulato, con qualche analogia con ciò che si potrebbe vedere alla sezione di un corpo luteo nella sua porzione più centrale. Nelle zone che fanno da passaggio fra il tessuto muscolare sano e quello così profondamente alterato si trovano disseminati dei focolai necrotici come nella mucosa, e, meno appariscenti, si trovano ancora sul loro contorno alcuni dei grossi elementi già ricordati. In complesso la lesione pare si possa interpretare come dovuta alla degenerazione di estesi territori muscolari in conseguenza di trombosi dei vasi circostanti; e i vasi trombizzati, da una certa distribuzione concentrica delle fibre muscolari, si può arguire rispondano alle piccole zone di aspetto necrotico. In altri termini degli ammassi cellulari, fra cui cellule giganti, avrebbero invaso i vasi determinandovi una vera trombosi, con successivo disfacimento degli stessi elementi immigrati. Quali saranno questi elementi? È qui che si rende necessaria la massima prudenza nelle conclusioni. Sono elementi cellulari di cui è impossibile riconoscere i caratteri per le profonde alterazioni che hanno subito: però tra essi, e alla loro periferia si incontrano cellule di apparenza epiteliale, gigantesche, con nucleo vescicolare: si trovano questi elementi in spazi che hanno tutto l'aspetto di spazi vascolari: si rintracciano nella mucosa in mezzo a zone di tessuto sarcomatoso, di un tessuto che ha tutta la apparenza della decidua: e si trovano in donna che pochi mesi prima ebbe una mola vescicolare. Non è fuor di luogo il ritenerlo per elementi di villi alterati, degenerati, ultimi residui della mola, che hanno esercitato colla loro diffusione una azione distruttiva sul tessuto muscolare, ma che ora, nelle zone da noi prese in esame si direbbe abbiano perduto ogni residuo di vitalità rappresentando le ultime conseguenze di un processo estinto.

Sono dunque di due nature le lesioni anatomiche riscontrate: una senza carattere progressivo, anzi con evidenti caratteri regressivi, lesione estinta: un'altra contraddistinta per l'attività di riproduzione degli elementi, per le forme cariocinetiche, per la tendenza invasiva. In un utero insomma che era stato profondamente intaccato da una

mola invadente noi troviamo dopo qualche mese le emorragie sostenute da una neoplasia sarcomatosa che ha tutti i caratteri del sarcoma deciduale, e che da sola giustifica l'ablazione del viscere; non è forse giustificata la supposizione che tra la esistenza della mola e la rigogliosa abnorme proliferazione dei residui deciduali esista un nesso diretto come da causa ad effetto? Non è questa supposizione in perfetta armonia con quanto da altri autori si è osservato riguardo al rapporto intimo fra mola vescicolare e deciduomi? Riservando a più tardi una risposta, ecco riassunto in breve il terzo caso clinico che può portare una qualche luce all'intricato argomento.

III.

Zecchi Anna di Firenze di anni 44 entra in clinica il 25 Settembre 1894. È donna di robusto aspetto, e nulla dai suoi antecedenti può mettere in sospetto di malattia alcuna di rilievo. Ebbe 12 gravidanze, e se si fa eccezione dalla prima terminata per un trauma con un aborto, le portò tutte regolarmente a termine. Fu sempre mestrata regolarmente, ma da cinque mesi non sa più raccapezzarsi sul periodo delle mestruazioni nè sulla loro durata, avendo avuto ritardi alternatisi con profuse emorragie. L'utero è grosso quale al 3^o mese di gravidanza, pastoso, collo permeabile: il 4 Ottobre si svuota con raschiamento dal suo contenuto che è costituito da un ammasso di vescichette caratteristiche della mola idatigena: a sinistra il cucchiaino si approfonda nella trima muscolare: così lo avverte la mano esplorante dall'esterno e così dimostra il prodotto stesso del raschiamento: il timore di perforare la parete uterina in questo punto assai assottigliata impone di limitare le manovre di raschiamento.

Si esamina al solito il prodotto del raschiamento e i risultati, che esporremo più avanti, sono tali da consigliare l'esportazione totale del viscere, operazione che viene praticata il 13 Ottobre e che è seguita da buon risultato. (Tenuta per qualche tempo in osservazione, la donna perfettamente guarita lascia la clinica il 4 Novembre).

L'utero esportato presenta notevoli differenze di spessore, a seconda dei diversi punti: il raschiamento praticato ha lasciato una profonda perdita di sostanza in alto ed a sinistra: sul contorno della parte escavata si vedono conservati quà e là dei rialzi, ed è principalmente su questi punti che vien portata l'indagine più minuta. Sezioni praticate a questo livello danno il seguente risultato: A cominciare dalla superficie si vede in vari punti conservato un epitelio di rivestimento quasi normale, e ciò, si noti, a pochi giorni di distanza dall'artificiale svuotamento di una mola vescicolare. Scendendo dagli

epiteli negli strati più profondi si nota una cospicua infiltrazione di piccoli elementi, e quando si arriva al passaggio nella muscolare si incontrano delle isole di tessuto stranamente alterate, che riescono così mascherate da una mucosa quasi normale. Le deformazioni più caratteristiche sono di due ordini. Anzitutto in larghi spazi risultanti dal divaricamento di fasci muscolari e che conservano sulla loro periferia qualche residuo endoteliale, probabilmente spazi vascolari, si contengono avanzi di sangue più o meno alterati, e masse voluminose risultanti da una porzione centrale o stroma formata da un connettivo fibrillare, con scarsi elementi cellulari e in via di parziale degenerazione: questo nodo centrale è contornato da elementi che ne formano il rivestimento e che hanno una apparenza epiteliale. Sono anzitutto, in immediata contiguità collo stroma, degli elementi appiattiti con nuclei voluminosi che formano un rivestimento continuo; poi, sovrapposte a questi, altre cellule che assumono forme sempre più irregolari e bizzarre quanto più ci portiamo verso la periferia. Il nucleo distinto negli strati profondi di questa corteccia epiteliale, si fa assai meno tingibile negli strati più superficiali: anche il protoplasma cellulare partecipa ai mutamenti di carattere degli strati più esterni, e mano mano che il nucleo si fa meno distinto, e presenta in diversi punti una estesa vacuolizzazione, vediamo il protoplasma assumere in modo sempre più spiccato la colorazione eosinica: verso la periferia non si parla più di elementi distinti ma di un'unica massa protoplasmatica, scavata qua e là da spazi canalicolari ove sono dispersi dei frammenti di sostanza nucleare. La disposizione risultante da questo complesso aggruppamento riproduce con grande analogia l'aspetto di uno di quei villi coriali che si incontrano tanto spesso in placenti, anche se in apparenza normali, e che io propendo, come già ebbi occasione di dire, a considerare come alterati per un esagerato sviluppo dello strato epiteliale profondo, il così detto strato cellulare del *Langhan*: questo col suo esuberante sviluppo perturba la struttura normale del villo, che appare in corrispondenza privo di vasi, con uno stroma quasi atrofico; in pari tempo va alterato anche lo strato epiteliale esterno o plasmodiale, che invece di trovarsi rappresentato da una serie regolare di nuclei distribuiti in un protoplasma uniforme, non è più rappresentato che da quelle masse protoplasmatiche canaliculate da noi testè descritte. Io non esito quindi a ritenere che queste masse voluminose, accolte entro spazi limitati da fasci muscolari divaricati e da residui di endotelio, rappresentino altrettanti villi coriali in preda

ad un processo speciale di degenerazione, analogo a quel processo a cui io ho già avuto occasione di attribuire molti dei così detti infarti della placenta e la massima parte delle cisti placentari. La parentela fra queste forme degenerative di villi coriali, e quel processo patologico che porta alla formazione della mola vescicolare, è per me nettamente indicata da quei vacuoli che negli ammassi epiteliali si vanno formando, e che rispondono ad una forma tanto facile appunto a trovarsi nella mola vescicolare.

Ma non è questa tutta la lesione riscontrata nella parete uterina. Anche all'infuori degli spazi sanguigni, in mezzo alla trama stessa muscolare, si incontrano grossi giganteschi elementi, che si infiltrano, assumendo forme allungate, a fuso, fra le fibrocellule, e che specialmente appaiono evidenti in contiguità ai lumi dei piccoli vasi, nelle cui pareti qualche volta si vedono spingersi per arrivare fin sotto all'endotelio. A differenza di quanto fu riscontrato nel caso precedente, non accade qui di trovare elementi in via di scissione indiretta: bensì si trovano molti elementi grossi polinucleati, con nucleo talvolta a sfera, talvolta a bastoncino, e che assomigliano perfettamente a forme di cellule giganti da me descritte nel parlare dei sarcomi dell'utero, e poi riscontrate da altri osservatori, il Menge, il W. Withridge, il Pick ecc.

Tutte queste alterazioni hanno portato ad una profonda disorganizzazione degli strati più interni della tonaca muscolare dell'utero, e la lesione si vede in via di diffondersi a strati più esterni, ove, sebbene in numero minore, si incontrano ancora questi grossi elementi fra i fasci muscolari e in vicinanza dell'endotelio vasale.

Chi volesse trarre delle conclusioni d'ordine generale dai casi riferiti si troverebbe anzitutto nella necessità di riaffermare la pericolosa predisposizione che i processi puerperali forniscono alla insorgenza di lesioni maligne della mucosa e del parenchima uterino, con spiccata tendenza a metastasi lontane. Fin qui nulla di nuovo: dettagliando il relativo quadro clinico non farei che ripetere ciò che partitamente ebbi a dire pei sarcomi dell'utero di presunta origine deciduale, e per la tendenza ad infezione materna da parte di alcune speciali forme di mola vescicolare.

Un'altra considerazione vorrei fare: da che questo argomento si è presentato alla discussione, e sono ormai cinque anni, abbiamo visto moltiplicarsi le osservazioni specialmente in Germania, e da ul-

timo anche in Francia: ma quasi tutti gli autori che si sono interessati della questione, preoccupati troppo esclusivamente dalle interessantissime considerazioni d'indole anatomica ed eziologica, sembrano perdere di vista l'unità indiscutibile del quadro clinico, che in tutti i casi finora noti si è tenuto nelle linee da noi indicate, e colle stesse parole riassunto dal S a n g e r, per cedere al desiderio di sottili suddivisioni. Così vi ha chi afferma il caso di sua osservazione risultare esclusivamente da degenerazione sarcomatosa di residui deciduali: chi pensa ad una evoluzione morbosa del tessuto dei villi coriali: chi in questi villi accagiona come causa della lesione l'elemento epiteliale, chi lo stroma connettivale: chi pensa ad una forma mista, chi chiama infine in concorso la decidua ed i diversi elementi dei villi. In conclusione una dozzina all'incirca dei casi che hanno significato clinico unico, e che reclamano uno stesso intervento terapeutico si vogliono artificiosamente suddividere in gruppi e sottogruppi, col solo risultato di far perdere di vista l'unità della lesione morbosa, e di sviare quindi l'attenzione del medico pratico dalle applicazioni. È forse per questo che in Italia, all'infuori dei casi da me pubblicati, nessun altro congenere si è finora aggiunto alla statistica di una malattia pure tanto importante nella patologia dello stato puerperale, mentre pure è a mia cognizione da comunicazioni orali, che altri casi perfettamente identici si sono qua e là verificati in condizioni identiche.

Io augurerei quindi che si tenesse fermo il concetto dell'unità del quadro morboso, attenendoci per ora senza tante questioni bizantine ad una denominazione, che se non altro ha per sé il battesimo dato da chi per primo della malattia si è occupato. E senza trascurare le importanti ricerche eziologiche, si raggruppino per ora sotto il titolo proposto da S a n g e r di sarcomi deciduo-cellulari tutte quelle neoplasie uterine dipendenti direttamente dallo stato puerperale, che hanno una spiccata tendenza a metastasi regionali e lontane (vaginali e polmonari) e che si presentano col quadro clinico caratteristico da noi in principio ricordato.

Si eviterà così la molteplicità delle denominazioni, quale quella di deciduoma, tumore choriodeciduale maligno, deciduoma sarcomatoso, deciduosarcoma, sarcoma deciduo-chorion cellulare, blastoma deciduo-chorion cellulare, sarcoma emorragico, sarcoma da mola vescicolare, carcinoma da gravidanza, carcinoma dei villi coriali, epiteloma papillare dei villi coriali ecc.

Troppi nomi invero per una lesione realmente unica, tanto più

quando si rifletta che tutti gli elementi anatomici cui si vuol ricondurre dai singoli osservatori il neoplasma, non sono in realtà ancora abbastanza noti nella loro evoluzione fisiologica e nella loro derivazione, perchè possano prestare una base ad una rigorosa classificazione anatomica.

La denominazione di sarcoma deciduo-cellulare scelta dal Sanger non ha maggior diritto delle altre a rimanere nella letteratura, se non in quanto figura adottata da chi ha il maggior merito nell'aver intuito il punto di partenza del male. Consigliamo di accettarla per ora, non foss'altro che come denominazione convenzionale, e insistiamo sulla opportunità di una precoce diagnosi alla quale forniranno dati preziosi le notizie anatomiche accurate fornite dai singoli osservatori. Per mio conto, se in donna stremata da emorragie post-puerperali l'esame rivela un utero male involuto, e il raschiamento apporta pezzi di tessuto friabile ove si riscontrino grossi elementi di aspetto deciduale, con forme cariocinetiche, associati o no a forme degenerative di villi coriali, e lembi di muscolatura uterina in via di disgregazione, tanto più se l'inizio della malattia si riporta ad un aborto molare, sono del parere che convenga senz'altro ricorrere ad un intervento radicale, quale non può essere rappresentato che dalla isterectomia: e in questo concetto sono confortato ormai da sei casi di osservazione diretta, dei quali quattro senza intervento radicale, passati tutti ad esito letale col quadro classico delle metastasi, e due curati coll'isterectomia e fino ad ora radicalmente guariti.

DISCUSSIONE

Il Prof. Acconci riferisce un caso di neoplasma uterino che aveva i caratteri istologici di un adenodeciduoma rinvenuto in un utero asportato per isterectomia vaginale. Finora nella operata (5 mesi e mezzo) non ci furono fenomeni di metastasi.

Dott. Marocco. — Domando al chiarissimo Prof. Pestalozza per mio insegnamento:

1.° Una spiegazione del fatto metastatico;

2.° Se di questo reperto di elementi deciduiformi noi non dobbiamo farne due categorie spettanti a due entità morbose, l'una che si diffonde metastaticamente, l'altra innocua.

Il Dott. Bordè attribuirebbe ipoteticamente la speciale ubicazione della metastasi del tumore maligno uterino all'osculo vaginale al trauma, che in questo punto la donna avea subito, perchè da tempo si sa che i tumori maligni si localizzano preferibilmente là dove attriti o traumi agiscono; ma naturalmente questi non rappresenterebbero che una causa determinante.

Prof. Pestalozza. — Il caso segnalato dall'Acconci mi pare si possa benissimo accettare come rettamente interpretato: data infatti la possibilità di una evoluzione patologica della decidua, se questa viene a colpire gli strati superficiali lasciando immuni i profondi, si potrà poi riscontrare la stessa disposizione che si ha nello strato spugnoso della caduca.

Quanto alle metastasi vaginali comprendo come possa avere dell'artificioso l'idea di un embolismo retrogrado, ma insisto sull'escludere per mio conto l'interpretazione di un innesto locale, anche in vista della quasi costanza di tale localizzazione, e della mancata riproduzione *in loco* dopo l'esportazione.

PROF. ERNESTO PESTALOZZA

DIRETTORE DELLA R. CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA DI FIRENZE

Sull'evoluzione delle cellule deciduali dopo il parto

Come complemento alle ricerche precedentemente presentate a questa Società sulla evoluzione patologica degli elementi deciduali, mi pare opportuno presentare il risultato di altre ricerche istituite sul modo fisiologico di comportarsi degli elementi deciduali stessi dopo il parto. Se si sta a quanto è comunemente ammesso, parrebbe che, compiuta in un periodo di tempo di poche settimane la completa rigenerazione della mucosa, non avanzi più in grembo ad essa alcuna traccia delle cellule deciduali, sicchè questi elementi andrebbero soggetti ad una completa quanto rapida scomparsa. In verità, se abbondano le ricerche sulla evoluzione delle cellule deciduali durante la gravidanza, e sulle loro contrastate origini, dobbiamo riconoscere la scarsezza delle nostre nozioni sulla loro sorte ulteriore dopo il parto.

Ora, siccome l'interpretazione sul modo di originare del gruppo di tumori che vanno sotto la qualifica di sarcomi deciduo-cellulari, è strettamente legata all'ipotesi di una possibile persistenza patologica degli elementi deciduali, non potrà dirsi completa questa interpretazione nè poggiata su basi sicure finchè non sia posto in evidenza il modo con cui questi elementi si avviano ad una completa scomparsa. Questa ricerca sarà tanto più interessante se indirizzata a seguire l'evoluzione delle cellule deciduali non dopo il parto a termine, trattandosi allora per lo più di un disfacimento di elementi che hanno integralmente esaurito tutto il loro ciclo vitale, ma dopo un aborto perchè l'interruzione della gravidanza sorprende allora gli elementi deciduali in un periodo di attiva proliferazione.

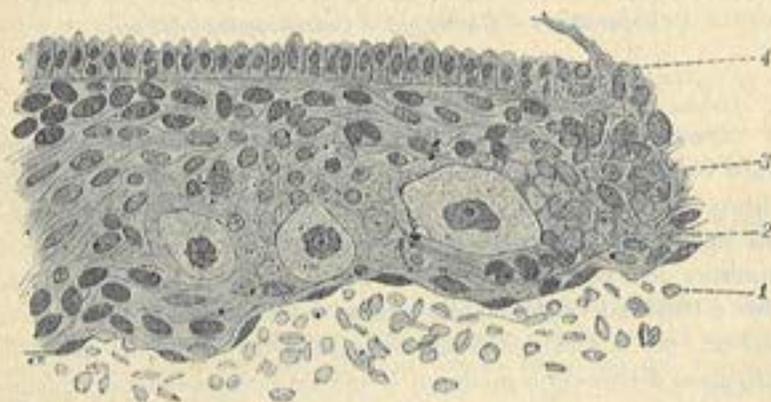
È ciò che io mi sono proposto di fare, approfittando all'uopo dell'esame di lembi di mucosa, ottenuti col raschiamento in un'epoca abbastanza lontana dall'avvenuto aborto, variante da due a tre, quattro mesi, allo scopo di indagare se dei caratteristici elementi deciduali residui a quest'epoca qualche avanzo e come si comporti, rispetto ai normali costituenti della mucosa rifatta. Questa mia nota

per la scarsezza del materiale sicuramente utilizzabile non può avere per ora altro valore che quello di una nota preventiva, ed è naturale che io mi riservi delle conclusioni per quando le osservazioni avranno assunto un carattere di maggiore attendibilità per numero e costanza di reperti. Non credo però fuor di luogo l'accennare fin d'ora ad alcune constatazioni che mi sembrano di discreto interesse non foss'altro che per dimostrare agli egregi Socii l'opportunità di nuove e più complete ricerche in questo senso.

I preparati che io ho l'onore di presentare alla Società si riferiscono a prodotti ottenuti col raschiamento in diversi casi tanto dopo un parto a termine o quasi, quanto dopo un aborto. Per questi ultimi, i più interessanti, mi credo in dovere di avvertire che il raschiamento fu eseguito a semplice titolo di saggio, senza che da parte dell'endometrio esistessero sintomi di alterazioni marcate, e ciò allo scopo di eliminare quei casi che uscirebbero dal campo fisiologico per entrare nel patologico. Specialmente degni di nota sono i preparati riferentisi alla Panci Amata di anni 28 che fu accolta in Clinica nello scorso Luglio per riparare alle condizioni di anemia arretrate da un aborto accompagnato da profuse perdite di sangue. Fin dal 23 Giugno fu posto argine alle emorragie dal suo medico curante che mediante il raschiamento estrasse i frammenti di un uovo rispondente al 2.^o mese di gravidanza: cessate le emorragie fu però turbata da qualche febbre e mostra le solite note di un'anemia post-puerperale quando dopo circa un mese entra in clinica. Il 20 luglio si rinnovò il raschiamento: i lembi di mucosa esportati accennano ad un rifacimento completo della mucosa. Continuo e regolare l'epitelio di rivestimento: solo nei fondi ciechi ghiandolari conserva quella irregolarità di aspetto e quella forma cubica o appiattita che si incontra per solito durante la gravidanza. Normale anche lo stroma della mucosa, ma qua e là, e di preferenza in vicinanza ai vasi capillari, si osservano delle grosse cellule, che per la trasparenza del protoplasma, per le dimensioni e la colorabilità del nucleo, per l'evidenza del nucleolo, hanno tutte le note che si sogliono ammettere nelle cellule deciduali. In alcuni punti si trovano queste cellule disposte in serie regolare immediatamente al disotto dell'endotelio vasale, che ne viene anche sollevato in modo da farsi sporgente verso il lume del vaso. In altri punti si vedono degli aggruppamenti di queste, che diremo cellule deciduali, attorno ad uno spazio o fessura a forma raggiata limitata da un endotelio, ma senza un evidente contenuto sanguigno. Nessuna di queste cellule, sebbene i preparati siano

stati opportunamente fissati nel liquido del Flemming, nel sublimato o nell'alcool assoluto, si mostra in uno stato di attività nucleare. La loro sede è specialmente nella zona più profonda della mucosa, verso il livello dei fondi ciechi ghiandolari.

Questi elementi, riscontrati nella parte profonda di una mucosa rifatta un mese dopo l'aborto ed apparentemente sana, mi pare si possano, senza sforzo, interpretare come cellule deciduali ancora persistenti: sia che contribuiscano come da qualche apparenza si potrebbe indurre, alla formazione di nuovi vasi nella mucosa rigenerata, sia che tendano ad una naturale eliminazione per diapedesi, tendendo attraverso all'endotelio a spingersi nel lume vasale. Certo il fatto non è stato fino ad ora osservato, e, sebbene con minore evidenza, noi l'abbiamo potuto constatare anche in mucose due e più mesi dopo l'aborto. Altrettanto importante è la grandissima analogia che esiste fra queste forme di cellule deciduali persistenti in mucose sane, e quelle che si riscontrano in taluni dei così detti sarcomi deciduo-cellulari: analogia di forma, di aspetto, di distribuzione perivascolare. È questa analogia che mi porta a credere ad un possibile nesso fra il fatto fisiologico ed il fatto patologico, ed è perciò che ho creduto di dover sottomettere al vostro giudizio questi preparati.



Cellule di aspetto deciduale nella mucosa uterina dopo un parto abortivo.

- 1 — Vaso sanguigno.
- 2 — Endotelio vasale.
- 3 — Tessuto connettivo in cui si trovano disseminati grossi elementi deciduiiformi.
- 4 — Epitelio di una ghiandola.

DOCT. G. EMILIO CURÀTULO - ROMA

Tubercolosi peritoneale di origine genitale

(Laparotomia - Guarigione - Considerazioni critiche).

Che la tubercolosi genitale non sia una lesione così rara a riscontrarsi come prima si credeva, non v'ha ormai chi ne dubiti. Le pubblicazioni fatte in questi ultimi anni hanno recato già molta luce sulla sua etiologia e patogenesi. È noto del pari, come non sia scarsa la casuistica delle peritoniti tubercolari curate mercè la laparotomia. Ma vivo e lungi dal volgere al suo termine è invece il dibattito circa la ragione, per la quale la semplice apertura del ventre determina la guarigione del processo morboso; le più svariate teorie furono annunziate e numerosi lavori sperimentali ultimamente furono fatti, in seguito ai quali credo sia lecito il domandare se tale controversia abbia ancora ragione di sussistere.

È tempo di raccogliere le vele e sulla stregua della osservazione clinica, dell'esperimentazione e dell'anatomia patologica darci adeguata spiegazione del benefico ufficio dell'intervento chirurgico.

Il caso da me operato, e che mi accingo brevemente ad illustrare, mi porge il destro di fare alcune considerazioni critiche sull'argomento.

N. N. di anni 30; madre viva e vecchia di buona salute; il padre morì per malattia acuta (polmonite). Tre sorelle ed un fratello tutti di buona salute. Cominciò a mestruare a 15 anni e normalmente. Nulla che richiami l'attenzione nell'anamnesi remota. Maritata a 22 anni circa, si ebbe un figlio dopo due anni di matrimonio. La gravidanza ed il puerperio decorsero normali; il figlio è vivo e gode ottima salute. Circa un anno prima dell'atto operativo cominciò ad accusare dolori all'ipogastrio, specialmente a sinistra, leucorrea abbondante e dimagrimento moderato.

Le mestruazioni si fecero abbondanti ed irregolari. Visitata da un dottore del luogo nulla riscontrò all'esame esterno e vaginale, doloroso il fornice sinistro all'esplorazione combinata. Le fu dallo stesso medico consigliato e praticato il raschiamento e la causticazione dell'endometrio colla tintura di jodio ed acido fenico. Dopo quest'atto operativo il dolore al basso ventre si fece più accentuato, diffondendosi ad ambo i quadranti inferiori dell'addome. La leucorrea divenne più abbondante, le mestruazioni scarse; l'addome cominciò mano mano

a distendersi. Il dimagrimento generale divenne pronunziatissimo, si aveva inappetenza e febbre serotina seguita da sudore. Dal medico curante fu praticata una prima paracentesi colla quale fuoriuscirono circa 7 litri di liquido chiaro e giallognolo. A brevi intervalli furono praticate altre quattro paracentesi, il liquido ascitico riproducendosi assai presto.

Quand'io vidi l'inferma essa presentava l'addome fortemente disteso ed era chiara alla palpazione ed alla percussione la sensazione propria del liquido libero ascitico. All'esplorazione i fornici erano dolenti ed appiattiti, l'utero poco mobile anteposto ed antiflesso.

La diagnosi di peritonite tubercolare d'origine genitale era evidente e forse il raschiamento aveva contribuito alla diffusione del processo, e malgrado le condizioni gravi dell'inferma e la febbre, che mai la lasciava, consigliai la laparotomia, come unica via di salvezza. Gli organi toracici fortunatamente erano liberi dal processo tubercolare.

Aperta la cavità addominale e fuoriuscita una notevole quantità di liquido citrigno, potei osservare tutti i visceri cosparsi da numerosissimi tubercoli milari grigiastri.

La sierosa parietale anch'essa ricoperta da tubercoli ed aderente a tratti di omento in quei punti, ove erano state praticate le paracentesi. L'omento rattappito ed indurito, l'utero ed i suoi annessi formavano per numerose aderenze un'unica massa, il pavimento pelvico nei punti dove era possibile spinger le dita cosparsi anch'esso di numerosissimi tubercoli. Praticai un'abbondante lavaggio della cavità peritoneale con una soluzione borica al 3%, escisi un pezzo di omento per farne dei tagli e richiusi con sutura a strati la parete addominale. Dopo l'atto operativo l'ammalata cominciò mano mano a rifarsi nel generale, la febbre scomparve, le mestruazioni si fecero regolari, e dopo un mese essa si considerava guarita. Dopo sei mesi il dottore del luogo notò un piccolo ascessolino in corrispondenza dell'estremo superiore della cicatrice, che guarì dopo la fuoriuscita di un filo di seta. Le condizioni generali intanto erano andate sempre più migliorando, l'ammalata si era considerevolmente ingrassata. Ma dopo un anno dall'atto operativo in seguito ad uno strapazzo, avendo una sera danzato a lungo, sorsero sintomi di strozzamento intestinale, che ribelle a tutte le cure mediche condusse l'inferma alla morte.

Forse coi movimenti del ballo una delle tante briglie cicatriziali che legavano le intestina fra di loro dovette produrre una occlusione del lume intestinale, strozzamento che probabilmente riaprendo l'addome avrebbe potuto vincersi. Ciò però non toglie importanza al caso e non menoma il beneficio dell'intervento chirurgico già prima praticato.

Ed ora mi si permettano talune considerazioni.

Come rilevasi dall'anamnesi brevemente riferita, il processo tubercolare ebbe il suo punto di partenza dagli organi genitali interni ed assai probabilmente, come è lecito il credere dalla frequenza dei casi osservati, dalle trombe di Falloppio; fu da lì che il processo si estese al peritoneo viscerale e parietale della cavità addominale. Le condi-

zioni nelle quali fui costretto operare l'inferna, m'impedirono di poter fare alcuni saggi sperimentali sugli animali, che sarebbero stati utili per dimostrare all'evidenza la natura del processo morboso, essendovi, come è noto, forme di peritoniti pseudo-tubercolari prodotte da alcune varietà di streptotrix (Eppinger, Sanfelice, Rossi-Doria), le quali macroscopicamente riproducono sulla sierosa i caratteri di una vera tubercolosi bacillare.

Ma l'esame istologico del pezzo di omento asportato dimostrò la presenza di tubercoli numerosi diffusi qua e là da non lasciare dubbio alcuno sulla natura tubercolare della lesione. Nei tagli praticati al microtomo non si rilevarono bacilli, ma questo fatto non accade di rado, come anche il Bumm ha rilevato; del resto sono ormai numerosi i casi nei quali con la presenza del bacillo la laparotomia non fu meno efficace che in quelli in cui esso non fu rinvenuto.

A che si debbono adunque questi risultati? Quali sono le modificazioni che avvengono nella sierosa peritoneale profondamente invasa dal tubercolo dopo la semplice apertura del ventre?

Lawerstein ritiene che la siccità e la luce sieno fatali al bacillo e che la laparotomia agisce quindi, perchè rimuove il liquido ascitico ed espone il peritoneo alla luce.

Cameron ne attribuisce i benefici effetti alla rimozione delle ptomaine segregate dai bacilli ed accumulate nel liquido ascitico, che riassorbito potrebbe portare l'infezione negli altri organi.

Wan de Warker emise la teoria che i tubercoli producono un processo infiammatorio sul peritoneo, diviene quindi esso un mezzo di cultura per i bacilli e che nel combattere l'infiammazione noi favoriamo l'azione regressiva dell'infezione specifica.

Vierordt ammette la principale importanza alla rimozione del liquido, per cui si toglie un ostacolo alle funzioni circolatorie e respiratorie e cessa l'effetto paralizzante del peritoneo infiammato sulla muscolare dell'intestino, che produceva auto-intossicazione per ritenzione del contenuto intestinale.

La maggior parte degli osservatori però si accorda nella opinione che la laparotomia semplicemente favorisce un processo regressivo e la degenerazione fibrosa del tubercolo, e che le estese aderenze che si formano nel peritoneo dopo l'atto operativo, possono avere una certa parte in questa sclerosi perigranulare. Così per Bumm (1) la guarigione

(1) Bumm — *Annales de Gyn. et Obst.* 1893.

avviene per infiltrazione delle cellule rotonde e per trasformazione cicatriziale delle nodosità; processi che hanno una evoluzione rapida dopo l'apertura della cavità addominale.

Ultimamente però gli studi sperimentali fatti quasi contemporaneamente dal Kiscensky (1) e dai Dottori Nannotti e Baciocchi di Pisa (2) hanno apportato molta luce sull'argomento.

Per Kiscensky, che ha fatto una serie di esperienze negli animali e studiato poi istologicamente frammenti di peritoneo, la guarigione si ha per un fatto di pura fagocitosi (Metchnikoff), indotta dall'intervento chirurgico sul peritoneo. Egli ha infatti vedute delle grandi quantità di leucociti accorrere e serrare in un solido connettivo cicatriziale i tubercoli miliari.

I dottori Nannotti e Baciocchi, in una comunicazione fatta alla Società Italiana di Chirurgia affermarono, non descrivendo però ancora il processo istologico, che la scomparsa della tubercolosi peritoneale si fa o per riassorbimento o per trasformazione connettivale. Così essi videro, sperimentando sui cani, come un omento, disseminato fittamente da tubercoli, possa dopo la laparotomia tornare ad essere perfettamente normale senza aderenze e senza cicatrici, o tutt'al più presentare qualche nodulo cicatriziale piccolo ed isolato. La superficie convessa del fegato prima della laparotomia gremita di puntini grigiastri, dopo fu trovata in parte normale d'aspetto ed in parte invece fortemente aderente al diaframma, l'esame istologico rilevando essere queste aderenze unicamente costituite da tessuto fibroso. I menzionati sperimentatori ritengono che non sia solo alla iperemia od alla reazione infiammatoria che si debba attribuire la scomparsa della tubercolosi peritoneale, ma che un coefficiente importante si debba ricercare nelle proprietà fisio-patologiche del peritoneo.

Ed a me pare in verità che a queste proprietà fisio-patologiche della sierosa peritoneale debba darsi grandissima importanza se vogliamo spiegarci per quale meccanismo la semplice apertura della cavità addominale determina la guarigione della tubercolosi. Se così non fosse, lo stesso presidio chirurgico dovrebbe riuscire ugualmente efficace per altre cavità affette dal tubercolo, ad esempio nelle pleuriti tubercolari.

Sembra che la facilità che ha il peritoneo normale a reagire colla

(1) Kiscensky — *Conf. L. Chirurgie*, 1893 - n. 10.

(2) Nannotti e Baciocchi — *• Policlino •* 1894, n. 3 - pag. 165.

iperemia e flogosi agli agenti che eventualmente possono influenzarlo, facilità senza dubbio esagerata dai vecchi chirurghi, i quali avevano grandissima preoccupazione nell'aprire questa sierosa, debba invece ritenersi di gran lunga superiore alla comune credenza per il peritoneo patologicamente affetto, se la sola apertura del ventre senza drenaggio e talora senza lavaggio sia capace di dare origine a quel processo di fagocitosi a cui il Kiscensky attribuisce la guarigione o agli altri processi non ancora istologicamente descritti dai menzionati sperimentatori.

Senza dubbio però è da attribuirsi grandissimo peso eziandio alla evacuazione del liquido ascitico, e ciò io penso non per le ragioni menzionate dal Cameron, dal Vierordt e da altri. Non è da addebitare il benefico effetto alla rimozione delle ptomaine segregate dai bacilli come vogliono alcuni, ovvero al cessare della paralisi intestinale che causava auto-intossicazione per coprostasi, come pretendono altri. Egli è che rimuovendo il liquido, noi provochiamo sulla sierosa peritoneale una iperemia *ex vacuo*, la quale per le condizioni anormali dello epitelio, facilmente darà luogo a flogosi e quindi a processi di fagocitosi e di sclerosi perigranulare per cui si ha poi l'arresto della tubercolosi.

Questa iperemia *ex vacuo*, cui attribuisco una certa importanza, talvolta ci accade di osservare, quando per l'ablazione di voluminosi tumori addominali noi vediamo il peritoneo sotto mano diventare più scuro, iperemizzarsi; ma l'epitelio in questi casi non è invaso da alcuna profonda alterazione e sufficiente barriera, perchè la semplice iperemia non entri nei confini di un processo flogistico.

Un'altra osservazione infine deve farsi, è che il peritoneo, come si è visto sovente sperimentando sulla tubercolosi negli animali, non è facilmente invaso dal processo tubercolare, come lo sono le altre parti dell'organismo e anche quando esso lo diventa la sua virulenza rispetto a quella degli altri organi è assai attenuata.

Queste considerazioni mi pare potrebbero essere sufficienti per darci adeguata ragione del fenomeno che noi studiamo.

Comunque sia, i lusinghieri risultati autorizzano il nostro intervento in casi congeneri; la febbre e la cachessia non controindicano l'atto operativo, e noi dobbiamo esser grati di sì prezioso acquisto ad un errore diagnostico dello Spencer Wells, il glorioso vegliardo che della chirurgia addominale fu il primo e più ardito operatore.

DOTT. VINCENZO LAURO

COORDINATORE DELLA R. CLINICA OSTETRICA GINECOLOGICA DI NAPOLI

**Enorme mio-fibroma sottoperitoneale del fondo dell' utero
(Kil. 8,750) complicato ad alterazioni degli annessi:
isterectomia sopravaginale - guarigione rapida.**

(Sunto della Comunicazione)

L'O. fa precedere la esposizione del suo caso clinico, da alcune notizie storiche sul volume dei mio-fibromi riscontratisi e registrati nella storia della scienza, alcuni dei quali sembrerebbero addirittura favolosi se non si dovesse fidare sulla esattezza ed onestà degli operatori ed osservatori. E pur dichiarando il suo caso non superiore agli altri per la massa volumetrica del neoplasma, ritiene che su tale punto di vista apporta un notevole contributo, poichè è assai raro lo incontrarsi in simili masse neoplastiche nell'esercizio quotidiano della ginecologia. Là dove poi il caso appartenente all'O. diventa quasi unico, almeno per quanto sia a sua conoscenza, riguarda precisamente il rapporto intercedente fra massa neoplastica e varietà di sede del tumore uterino. È noto infatti, dice l'O., che i tumori sottoperitoneali non raggiungono che rarissimamente un volume esagerato, mentre nel caso suo il tumore stesso acquistò proporzioni gigantesche da riempir da solo tutto il cavo addominale. La unicità dunque del tumore, mentre per l'ordinario con grandi masse neoplastiche di simil genere corrisponde molteplicità di neoplasmî; il volume stesso del neoplasma, giustificano il grandissimo interesse di cosiffatta osservazione clinica. L'O. riferisce la storia clinica e la tecnica operativa seguita, intrattenendosi principalmente sopra alcune interessanti particolarità del modo come egli trattò il peduncolo uterino, specie nel modo di tagliare i lembi peritoneali e nell'eseguire la sutura, per ottenere che il moncone diventi nettamente intraddominale e subperitoneale.

Riferite le particolarità anatomo-patologiche del tumore estirpato, passa alle considerazioni seguenti:

1.º Impossibilità d'una diagnosi clinica esattissima.

2.^o Vantaggi del trattamento dei lembi peritoneali del moncone, nel modo da lui eseguito.

3.^o Modo di crescimento del neoplasma, per spiegare le particolarità riscontrate nella matrice all'esame anatomico-patologico, avendola trovata allungata del quadruplo, e rammollita nel suo parenchima.

4.^o Condizioni che lo obbligarono alla isterectomia sopravaginale, non ostante che egli volesse conservar l'organo: (stato dell'utero ed alterazioni degli annessi).

5.^o Ragioni per cui non ostante un crescimento progressivo della massa neoplastica, le metrorragie divennero sempre più scarse, fino a ridursi a perdite mensili meno abbondanti del normale.

Conchiude la relazione del suo caso clinico, aspettando dalla vasta esperienza dei maestri in Ginecologia altri lumi che possano maggiormente illustrare la sua osservazione o modificare il suo modo di vedere in riguardo alla stessa.

DOTT. ALESSANDRO REGNOLI

PRIMO AIUTO DEL R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI ROMA

Un caso di isterectomia totale Vagino-addominale per fibromioma dell'utero.

L'asportazione totale dell'utero per la via vaginale-addominale risale al 1830, per quanto ho potuto ritrovare, consigliata dal Delpech, ripresa dal Rydygier e Bardenheuer nel 1880, e seguita dal Koeberle e Chaput nel 1893, sebbene il Croftford creda avere inventato il processo, che qualifica come un nuovo metodo (1889). Freund, però, che accettò completamente le modificazioni apportate da Bardenheuer (Estirpazione totale dell'utero per le vie vaginale ed addominale) attribuisce a Breiski la idea di cominciare l'operazione con la incisione vaginale.

Operazioni miste, peraltro, con asportazione dell'utero dalla via vaginale, e laparotomia per tumori ovarici in una sola seduta, si sono anche eseguite da molto tempo, come riferisce Secheyron nel suo « *Traité d'Hystérotomie et Hystérectomie* (1889). »

Bardenheuer che ha raccomandato tale processo come processo di elezione anche nei casi più semplici, soggiunge che può essere eseguito ove il collo sia invaso dal fibroma in tal modo che la formazione del peduncolo sembri impossibile.

Per gli esiti felici pubblicati le diffidenze, dapprima legittime, ispirate da questa applicazione della isterectomia totale ai fibromi, sono ora scomparse.

Martin (1889) aveva preconizzato tale operazione praticando prima l'isterectomia sopra-vaginale, dopo legatura elastica provvisoria, liberando il collo poi per la via vaginale.

La modificazione del Chrobak, consistente in una decorticazione sottoperitoneale dell'utero, e resezione dell'organo miomatoso più in basso che sia possibile da lasciare in posto quanto una rotella di collo su cui accomodare i due lembi della sierosa peritoneale, non può considerarsi, a mio modo di vedere, modificazione al processo di Delpech e Bardenheuer, come il Chrobak stesso dice:

poichè il *Bardeneuer* crede essenziale d'assicurare un mezzo di fuoriescita ai liquidi per le vie naturali.

Chaput, recentemente, nella seduta dell' 11 Gennaio 1894 alla società Ostetrica e Ginecologica di Parigi, ha presentato la sua modificazione al processo in discorso con la « *Hysterectomie Vagino-abdominale fermée* » come seguito ai suoi studi sulla operazione Vagino-addominale; dicendo che il vero perfezionamento della isterectomia deve ottenersi con la facilità operatoria, soppressione delle emorragie consecutive e della setticoemia. A questo scopo ha modificato il piano operatorio nelle isterectomie Vagino-addominali suturando completamente la ferita peritoneale dalla via dell'addome, per cui ha costruito uno speciale istrumentino (pinta a forca) per applicare la sutura. La chiusura del peritoneo è così un'eccellente precauzione contro la setticoemia, rimanendo al disotto, nel canale vaginale, ed accessibili in circostanze, le allacciature dei legamenti larghi e di quanto si è fatto per l'isolamento dell'utero dai suoi attacchi pelvici.

Chaput che ha applicato tale metodo dapprima ai fibromi uterini di media grandezza, ha finito per estendere le sue indicazioni a tutti i casi di isterectomia vaginale, e a tutti i fibromi uterini.

Edenbols, peraltro, recentemente aveva consigliato la sutura del peritoneo dopo la isterectomia totale addominale.

L'isterectomia per la via mista Vaginale ed Addominale resta sempre una operazione grave; operazione, però, che può essere di elezione o di necessità; e in questo caso nel corso di una isterectomia vaginale, quando reso difficile od impossibile il proseguimento della operazione, o per il volume del tumore, o per un'angustia pelvica, o per le aderenze, non si voglia ricorrere ad altri processi, come quello di *Péan* per « *Morcelement* » o di *Müller* per spaccamento dell'utero d'avanti in dietro in due metà destra e sinistra, e stiramento di ciascuna metà al di fuori una prima dell'altra. La determinazione in questi casi può esser data dal pericolo di eventuali lesioni degli organi che possono avere acquistato aderenza al tumore uterino. Inoltre una durata troppo lunga della isterectomia vaginale può compromettere il successo operatorio, e perciò il ginecologo, a mio parere, non dovrà esitare a terminare l'estirpazione dell'utero per la via addominale.

Nel caso da me operato, la scelta del metodo fu imposta dal decorso operatorio dopo iniziata la isterectomia vaginale e divenuta

impossibile la completa estirpazione dell'utero fibromatoso; e quando, dopo avere isolato il collo, distaccato parte della vescica e il retto, ed aver raggiunto ai lati il livello delle arterie uterine, che a stento potei allacciare, mi fu impossibile proseguire, perocchè l'utero miomatoso non mi scendeva più di una linea. Del tempo ne era oramai trascorso quanto ne sarebbe necessitato per il complemento di tutta la operazione, e senza indugio (convenendo anche in ciò il Prof. Pasquali che con grande cortesia prestavami la sua valevole assistenza), passai alla laparotomia e completai da questa via la operazione in tanto breve tempo, quanto non avrei immaginato.

La soddisfazione provata per tale scelta, e l'esito felicissimo, immediato ed a distanza, dell'atto operativo mi hanno dato ragione di presentare alla Spettabile Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia questo caso di isterectomia per grosso fibromioma, con processo misto Vagino-addominale.

GENIO STORICO. — A. A. di anni 50 nubile. Forma scheletrica regolare, pannicolo adiposo molto sviluppato. Mestruai a 13 a. Fino a 40 a. nulla di notevole. Da quest'epoca irregolarità mestruali per durata e per epoca di ricorrenza. Comparsa di dolori al bassoventre e nella regione lombo-sacrale con diffusione alle coscie.

Comparsa di perdite abbondanti di sangue ad epoche indeterminate. Talvolta le metrorragie imponenti ponevano l'inferma in pericolo di vita.

Per lo stato di nubile, e per condizioni speciali della sua vita sociale, l'esame ginecologico esatto si rese difficile, come fu impossibile ogni tentativo di cura elettrica. Provati tutti gli altri mezzi terapeutici, specie la cura della ergotina, dopo alcuni mesi, l'inferma, stanca di soffrire, si determinò all'atto operativo.

ESAME OBIETTIVO. — Dall'esame, ormai potuto praticare per le vie rettale e vaginale, dietro anestesia cloroformica, potei meglio stabilire la diagnosi di fibromioma interstiziale dell'utero a superficie eguale, e della grandezza circa di una testa di feto.

La sonda uterina penetrata per 16 cent. in direzione di sinistra, lasciava comprendere che tutto il tumore era sviluppato a destra, e di più lasciava percepire lo sviluppo di esso al disopra del punto ove la sonda si arrestava, (volta del tumore). La mobilità, il volume mi indussero a tentare la isterectomia vaginale.

OPERAZIONE (28 Aprile 1894). — Disinfezione accuratissima. Anestesia cloroformica regolare, previo esame del cuore, del fegato, dei reni e delle loro funzioni, riconosciute normali.

Necessita la colpotomia posteriore e la perineotomia per l'angustia del canale vaginale e dell'ostio vulvare.

Incisione circolare della mucosa e sottomucosa del collo a livello del punto

ove si inizia la porzione sottovaginale della cervice stessa, potentemente stirata da chi assiste.

Scollamento della porzione anteriore e distacco della parete posteriore della vescica dalla faccia anteriore dell'utero, dal basso verso l'alto fin quanto è possibile, con tutte le regole e cautele necessarie, facendomi strada ai liti, a raggiungere la faccia anteriore della base dei legamenti larghi.

Scollamento della porzione posteriore ed isolamento dell'intestino retto.

Scollamento prima a sinistra, poi a destra, in corrispondenza dei fornici laterali, per breve tratto, con manovre e posizioni a tale scopo necessarie; e passaggio di lacci multipli, a piccole prese, da ciascun lato con ago di De-champ, cedendo l'utero poco alle forti e regulate trazioni. Incisione con forbici lungo i lati uterini fino a livello dei lacci.

Allacciatura faticosa dei vasi uterini, guidata solo dalla sensazione del pollice e dell'indice della mano, che percepiscono appena la pulsazione, molto alta, d'ambo i lati.

Stirato e sollevato fortemente il collo riesce possibile poter vedere il peritoneo posteriore, che incido e suture immediatamente alla parete posteriore vaginale. L'anteriore non mi è possibile vedere e raggiungere, non essendomi possibile completare lo scollamento in alto della vescica.

Inutili i solleciti ed ulteriori tentativi di abbassamento; restaurato, in breve tempo il campo operatorio, passo alla laparotomia.

LAPARATOMIA. — Incisione sollecita ed a tutta spessore delle pareti addominali (molto grasse) fino al peritoneo. Un assistente s'incarica dell'emostasi.

Apertura del peritoneo, che abbandono per economia di tempo, e ricerca del tumore, che trovo sviluppato nella sua volta e senza aderenze. Un assistente viene incaricato di spingere in alto le pinse che tengono afferrato il collo uterino dalla via vaginale, e spostare così leggermente in massa il tumore.

Incisione immediata sul peritoneo della faccia anteriore dell'utero, a lungo tratto, al disopra della vescica, e complemento dello scollamento di questa dall'alto al basso.

Allacciatura a riprese del legamento largo di destra ed incisioni consecutive. Dopo due di tali allacciature, approfondendo fortemente la mano nel piccolo bacino, mi riesce passare ad uncino il dito indice dall'avanti all'indietro, che faccio servire di guida al terzo ed ultimo laccio di questo lato.

Distaccato tutto il lato destro, a questa guisa, e fatti togliere il tamponamento provvisorio vaginale, e le pinse di presa sul collo uterino; e causticato e preparato questo per il passaggio intra-addominale, stiro e sollevo, dalla parte destra distaccata, tutto l'utero miomatoso; e il collo viene così trasportato fuori dell'apertura ventrale, attraversando il cavo addominale. Tutto l'utero così si trova capovolto col fondo verso l'apertura del pavimento pelvico (solo trattenuto dal residuo di legamento largo di sinistra), e il collo fuori della incisione ventrale; e riesce facile, con tre legature separate, distaccare dal legamento largo di sinistra, incidendolo, l'utero miomatoso, ed asportarlo completamente per l'apertura ventrale. Anche gli annessi uterini sono asportati.

Emostasi completa. Tutti i lacci vengono abbassati nel canale vaginale con cautela, ad eccezione di quelli delle porzioni alte dei legamenti larghi, tagliati a corto ed abbandonati.

Rinunciando alla sutura del peritoneo pelvico secondo il processo di Chaptal, netto accuratamente il cavo peritoneale, e passo alla immediata e sollecita sutura, a tre piani, della apertura ventrale, e quindi alla disinfezione, con tamponi secchi di garza jodoformica, del canale vaginale, ed all'assettamento dei lacci, ed applicazione di un tamponamento vaginale con garza jodoformica, che agisca anche da sostegno ai lembi della volta vaginale.

Sutura della colpo-perineotomia, e medicatura esterna ecc.

La durata totale della operazione, compreso il periodo della clo-roformizzazione è stata di ore 2 sino a completa medicatura esterna.

L'esito operatorio immediato soddisfacente è stato coronato dal felice esito a distanza.

Non vi fu mai elevazione di temperatura. Vi fu leggiero stillicidio di sangue dalla via vaginale, attraverso il tamponamento, nei primi due giorni, che non mi determinò ad alcun intervento.

Al decimo giorno tolti i punti della parte ventrale e della colpo-perineorafia, e il tamponamento vaginale, constato la completa chiusura dell'addome e dell'apertura vagino-addominale; e senza praticare alcuna irrigazione riapplico un nuovo tamponamento di garza jodoformica, dopo aver nettato il canale vaginale.

Il seguito fu regolare. La operata lasciò il letto al 30° giorno. I lacci vaginali furono rimossi a periodi diversi.

Ora a 6 mesi dalla operazione la salute della operata è ottima sotto ogni rapporto generale e locale.

DISCUSSIONE.

Prof. Pestalozza. — Il metodo misto vagino-addominale di esportazione dell'utero miomatoso può rappresentare una notevole facilitazione della tecnica operativa, ma evidentemente solo in pochi casi nei quali il collo dell'utero sia facilmente accessibile e possa facilmente venir tratto in basso: in quattro casi io ne trovai facilitato l'atto operativo; in un caso vi fui indotto dall'aver intrapreso per via vaginale l'estirpazione dell'utero che pel suo volume non si poté poi abbassare, e che per la consistenza di un carcinoma del corpo sarebbe stato inopportuno segmentare.

DOTT. LUIGI BORDÈ - BOLOGNA

Presentazione di un forcipe perfezionato

Carissimi Colleghi,

Per brevità e per tema di annoiarvi, riferendovi cose a voi già note, non vi parlo della 1.^a parte della mia Memoria, nella quale sono riassunti i requisiti che deve avere un *buon forcipe*, dedotti dall'analisi dei principii teorici che ne regolano l'azione e dai dettami che la pratica suggerisce e dove ho brevemente richiamato tutti i tentativi fatti dagli Ostetrici per rendere questo istrumento più perfetto; Vi taccio anche della critica mossa ai forcipi noti più perfetti e che più somigliano al mio, per passare tosto a farvi la descrizione ed a dimostrarvi i pregi del forcipe che vi presento.

DESCRIZIONE. — Il mio forcipe nella sua parte principale, cioè nelle cucchiaie, rappresenta il tipo inglese (J a m e s S i m p s o n, 1848) con alcune utili correzioni. Perciò mi esimo dal descriverlo in questa parte minutamente, accennerò solo alle varianti. (Vedi Tav., Fig. I).

1. I colletti delle cucchiaie sono più lunghi (centim. 7), di guisa che la parte articolare, quando il forcipe è applicato anche sulla testa molto alta, rimane fuori dai genitali della donna.

2. La curva pelvica è più accentuata: i morsi si elevano millim. 84 da un piano su cui appoggi il forcipe ed ha un raggio di circa millim. 150.

3. Le gemelle sono più larghe (1 centimetro).

4. Il seno del forcipe è meno ampio (millim. 78).

5. I morsi, a forcipe chiuso, sono più vicini fra loro (millim. 17).

Con queste piccole modificazioni si ottiene un miglioramento sensibile nella presa e nell'azione compressiva del forcipe.

6. L'articolazione è ad incastro semplice, per cui si compie con maggior prontezza; l'unione delle branche è sicura e non vi è il pericolo, come nell'articolazione ad incastro doppio, di pizzicare i genitali materni.

7. Nelle gemelle posteriori havvi un pertugio destinato a ricevere le funicelle. Esso dista millim. 57 dall'angolo della finestra della cucchiara e millim. 20 circa dal centro di quella.

Queste sono le differenze principali nelle cucchiaie e nell'articolazione. Per ulteriori ragguagli e confronti si osservi il seguente specchietto.

| FORCIPES DI J. SIMPSON | FORCIFE DELL'AUTORE |
|---|---------------------|
| Lunghezza totale millim. 345 | millim. 360 |
| » delle cucchiaie » 205 | » 230 |
| » del manico » 140 | » 130 |
| » del colletto delle cucchiaie » 50 | » 70 |
| » del colletto del manico » 30 | » 30 |
| » della corda della curva cefalica » 160 | » 160 |
| Altezza massima della curva cefalica » 30 | » 30 |
| Raggio della curva cefalica » 140 | » 140 |
| Altezza dei morsi dal piano su cui appoggia il forcipe (curva pelvica) » 62 | » 84 |
| Raggio della curva pelvica » 120 | » 148 |
| Apertura dei morsi » 26 | » 17 |
| Larghezza massima del seno » 82 | » 78 |
| » delle cucchiaie » 44 | » 47 |
| » delle gemelle » 8 | » 10 |
| Peso gram. 500 | gram. 450 |

Questo forcipe ha poi un manico tutto metallico, di ferro temperato, che forma un sol pezzo con esso, più corto (1 centim.) di quello inglese e che diversifica da questo essenzialmente nella struttura. Tale differenza è, a mio vedere, degna di menzione, perchè nel forcipe anche il manico ha notevole importanza. Il manico di cia-

scuna branca è foggiate ad **U** o a diapason, cioè è costituito di due aste metalliche parallele, libere nel loro estremo. L'asta interna è più spessa, più corta; quella esterna è più sottile, *molleggiante*, un po' ricurva nel suo estremo libero per dare comodo appoggio alla mano nel momento dell'applicazione della branca. Sul finire del colletto il manico si allarga, in modo da prestare buon appoggio alle dita per le trazioni, a somiglianza delle alette od uncini di **B u s c h**. Nelle due aste interne o mediane, quando il forcipe è articolato, si può introdurre con tutta facilità un *anello elastico*, che scorre sino contro il colletto del manico, in prossimità dell'articolazione.

La lunghezza totale del forcipe è di centimetri 36, un po' maggiore di quella del forcipe **S i m p s o n**, ed il peso è minore, gr. 450, con assoluta garanzia della sua solidità. (Vedi Tavola, Fig. I).

APPARECCHIO DI TRAZIONE SULL'ASSE. — Non gli si addirebbe il nome di apparecchio, tanto è semplice. Esso è composto di un'asta metallica, rettilinea e di due funicelle. Le funicelle possono essere di catgut o di seta (finora mi sono servito di corde da violoncello di medio calibro); esse sono annodate in modo da formare ciascuna un'ansa di eguale lunghezza, di centim. 30 a 35. (Vedi Tavola Fig. II).

L'asta metallica, rettilinea, è forte, del diametro massimo di millim. 8 ed è lunga centim. 36, quanto il forcipe. (Vedi Tavola, Fig. III). Ad un estremo (interno o vaginale, Fig. III, lett. *C*) è foggiate a mezza sfera cava, che è attraversata da un bastoncino cilindrico (lett. *D*), attorno al quale girano le funicelle, come sopra ad una puleggia. L'altro estremo (esterno, lett. *L*) ha forma di *T*, perchè è fornito di un'asticella trasversale, girevole in un piano perpendicolare all'asse dell'asta; esso è destinato ad essere afferrato dalla mano, che deve fissare l'asta. A 14 centimetri dall'estremo interno si stacca dall'asta perpendicolarmente un piccolo manubrio diretto in basso, lungo 6 centim., al cui estremo havvi un'altra asticella trasversale girevole, uguale all'altra descritta (lett. *T*). Questo manubrio è destinato alla trazione. Fra esso e l'estremo esterno dell'asta havvi un bariletto scorrevole, portante un bottone, che deve ricevere l'ansa delle funicelle: il bariletto può fissarsi in qualunque punto con una vite a pressione sottostante (lett. *F*, *G*, *E*). L'asta metallica è piana nella sua superficie per impedire che il bariletto giri attorno ad essa. Quest'asta di trazione agisce come leva di 3° genere, però potrebbe farsi agire anche come leva di 1° genere e mista.

MODO DI USARE L'APPARECCHIO DI TRAZIONE. — Per unire questo apparecchio al forcipe si fa passare, prima di applicare questo, l'ansa delle funicelle nei fori delle gemelle posteriori, eseguendo un nodo scorsoio (Vedi Tav. Fig. IV, V, lett. *N*); poscia, applicato il forcipe, si colloca l'anello elastico (Fig. I, II, lett. *H*) sulle aste mediane del manico per potere lasciare libero l'istrumento. Si prende l'asta di trazione e si fanno passare le funicelle sotto il cilindretto che attraversa la mezza sfera, la quale costituisce l'estremo vaginale dell'asta (Fig. IV, V, lett. *B*). Si agganciano le due anse delle funicelle al bottone che trovasi sul bariletto scorrevole (Fig. III, lett. *G*), poi con una mano si afferra la vite a pressione annessa al bariletto (Fig. III, lett. *E*), coll'altra mano si impugna l'estremo dell'asta (Fig. III, IV, V, lett. *L*) e si spinge questa, sulla guida delle funicelle, dentro i genitali della donna finchè il suo estremo vaginale si trovi presso la testa del feto. Giunta l'asta in posto si stringe la vite per fissare il bariletto che porta le funicelle. Applicato così l'apparecchio, si cominciano le tirate, tenendo l'asta traente orizzontale o quasi; per conseguenza essa incrocerà il forcipe, quando questo, essendo applicato in alto, ha una direzione molto obliqua rispetto al piano orizzontale (Fig. IV). È da notare che l'asta traente può collocarsi o alla destra od alla sinistra del forcipe e può muoversi a volontà dall'ostetrico senza che la sua azione venga menomata, purchè si conservino i rapporti fra il suo estremo vaginale e la testa e ciò si deve al suo attacco non rigido ed alla sua forma. Quando la testa del feto è discesa nella parte bassa dello scavo si toglie con tutta facilità l'asta metallica, basta rallentare la vite a pressione del bariletto per levare le anse delle funicelle dal bottone. Restano in posto le funicelle, sulle quali si possono continuare le trazioni, che, come vedremo, in tal maniera coincideranno più esattamente coll'asse di uscita; così inoltre non si perderà il vantaggio di lasciare liberi testa e forcipe. Sarà utile e comodo quindi non togliere da questo l'anello elastico.

Dei perfezionamenti portati al forcipe classico e loro valore.

Non mi dilungo a spiegare perchè avendo in animo di fare costruire un forcipe, il più possibile perfetto, non abbia abbandonato il forcipe classico a branche incrociate, per adottarne uno di altra

foggia, per ricorrere cioè ad un forcipe da applicarsi sul diametro antero-posteriore del bacino, oppure ad un modello con branche parallele; il motivo risulta in gran parte evidente dalla lettura della prima parte del mio lavoro. In questa infatti ho già dimostrato che sebbene i forcipi da applicarsi sul diametro retto della pelvi e quelli a branche parallele siano più razionali, pure nella pratica applicazione sono di gran lunga inferiori ai forcipi comuni a branche incrociate. Solo precisero meglio le ragioni per le quali la pratica non ha fatto buon viso ai forcipi a branche convergenti all'esterno del manico o addirittura parallele. Questi forcipi sono di maneggio meno facile, hanno articolazione meno semplice ed allargano soverchiamente le parti molli della donna, specialmente se le branche sono esattamente parallele. Per la qual cosa, sebbene si sieno pensati in ogni tempo e da diversi Ostetrici forcipi di simile genere, pure essi non hanno mai attecchito nell'esercizio dell'arte dei parti.

Dovendo quindi attenermi ad un forcipe ordinario a branche incrociate preferi quello di James Simpson (1848), che fra tutti è dagli Ostetrici giustamente considerato il più vantaggioso. Esso infatti, avendo l'angolo d'incrociamiento delle cucchiaino aperto (ottuso) ed i coltetti di queste paralleli, risente assai meno i difetti, comuni agli altri forcipi, inerenti all'incrociarsi delle branche. Le due branche agiscono bensì, come in tutti gli altri forcipi incrociati, a guisa di due leve di 1° genere (interfisse) mentre in quelli non incrociati funzionano come leve di 3° genere (interpotenti), col vantaggio di comprimere meno intensamente la testa del feto, però le considerazioni che seguono ed i miglioramenti da me portati al forcipe Simpson persuaderanno che al vantaggio dell'incrociamiento delle branche si può accoppiare un'azione comprimente minima a danno del feto, in modo da rivaleggiare coi forcipi a branche parallele.

Se si esamina la forma del forcipe Simpson ed il suo modo d'agire, si rileva tosto che esso si può considerare come un forcipe a lunghe branche convergenti in un punto molto lontano dal capo fetale (Fig. 1ª, lett. P); quindi rispetto alla presa gode i vantaggi dei forcipi a branche convergenti all'estremità del manico e s'avvicina molto ai forcipi paralleli, i quali sono tangenziali all'equatore del capo (Fig. 1ª, lett. A, B), mentre gli altri forcipi incrociati circondano più o meno la testa nella sua zona inferiore e tendono a spingerla verso il morso dell'istrumento, con effetto eziandio di comprimerla soverchiamente e di impedirne gli allungamenti compensativi

Fig. 1ª

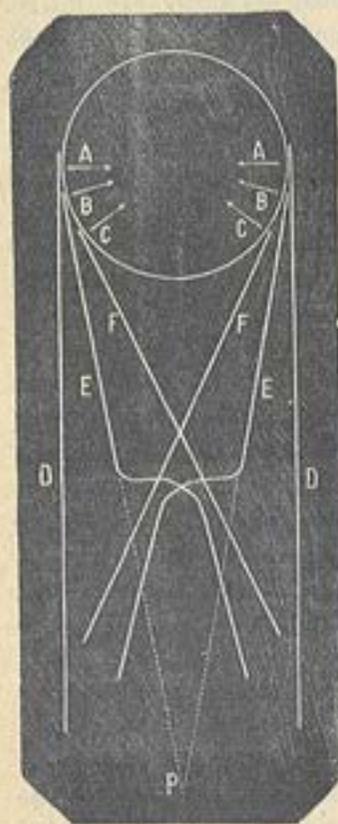


Figura schematica

Il circolo rappresenta la testa del feto.

D — forcipe a branche parallele.

E — forcipe Simpson.

F — forcipe ordinario a branche incrociate.

P — punto d'incontro dei prolungamenti rettilinei delle cucchiaino del forcipe Simpson.

A, B, C — punti d'inserzione, e direzione della forza di pressione dei detti forcipi.

in direzione verticale, (Fig. 1ª, lett. C). Da ciò si può dedurre che la forza di compressione esercitata dall'ostetrico sul manico del forcipe inglese, anche se trasmessa colla stessa intensità alle cucchiaino come nei forcipi incrociati, deve esplicarsi, coeteris paribus, in modo meno dannoso sul capo del feto. Dunque il forcipe Simpson, come istrumento di presa e di compressione è preferibile agli altri. Io poi per renderlo anche migliore sotto questo riguardo, più comodo per la pratica e più rispondente alle esigenze della chirurgia moderna, portai ad esso alcune modificazioni, che ho già descritte e che ora riassumo.

Allungai le cucchiaino e le allargai nella loro parte fenestrata, feci

pure più larghe le gemelle, accentuai la curva pelvica, e diminuì la distanza fra i morsi. L'allungamento delle cucchiaie procura inoltre il vantaggio di aversi sempre l'articolazione del forcipe fuori dei genitali della donna, anche se la sua applicazione è stata fatta molto in alto. Semplificai poi l'articolazione e detti al manico nuova foggia. Sull'utilità delle correzioni alle cucchiaie non mi trattengo, avendone già dato cenno nella descrizione del mio forcipe, per cui il lettore può facilmente da sé persuadersene; piuttosto vediamo quali pregi si debbano attribuire al nuovo manico.

VALORE DEL NUOVO MANICO. — È da tutti risaputo come nel forcipe anche il manico abbia singolare importanza, perciò credo meritino una certa considerazione le innovazioni da me ad esso portate e già descritte.

Il manico del mio forcipe, sebbene sia tutto metallico, è assai leggero, tanto che il centro di gravità delle branche si trova circa a metà della loro lunghezza; ciascuna branca quindi essendo bene equilibrata meglio si maneggia e si applica. Per la sua forma e levigatezza può pulirsi perfettamente. Esso forma un sol pezzo col resto del forcipe, perciò questo si può sterilizzare colla bollitura, e non è soggetto per altra causa a guastarsi. Non è possibile fare presa colle mani sull'estremo libero del manico, essendo quivi aperto e non avendo nè uncini, nè sporgenze tali da offrire appoggio alle dita; mentre tale appoggio, comodo, esiste presso l'articolazione e sopra a questa, come nel forcipe inglese. (Vedi Tav. Fig. I, lett. F, C). Sempre in grazia della sua forma può applicarsi con tutta facilità un piccolo anello elastico sulle sue due aste mediane e si può fare scorrere sino in prossimità dell'articolazione. (Tav. Fig. I, lett. H, G). Questo elastico ha tutti i pregi degli apparecchi fin qui immaginati per fermare il manico del forcipe, quando lo si voglia lasciare libero ed eliminare l'azione della mano, senza averne gli inconvenienti; infatti: 1° esso è applicabile ed asportabile con tutta facilità; 2° stringe a sufficienza per impedire lo scivolamento delle cucchiaie sulla testa del feto e quindi per mantenere la presa; 3° se la testa, cambiando atteggiamento o rotando nel bacino, offre d'un tratto minor volume, le cucchiaie del forcipe in grazia dell'anello elastico seguono tale mutamento e restano sempre addossate al cuoio capelluto in guisa da mantenere con saldezza la presa; 4° esercita una pressione così leggera, specialmente essendo applicato presso l'articolazione, da non portare danno alcuno al feto, come fanno le parti molli materne,

quando agiscono sul forcipe. Tali fatti posso affermare con sicurezza essendo costantemente risultati veri in tutte le mie esperienze.

Per la qualcosa l'applicazione dell'elastico, fornendo presa sicura senza alcun danno, si può fare con molta utilità, non solamente quando (essendo la testa allo stretto superiore) si usi l'apparecchio traente nell'asse, ma bensì in tutti i casi, come io ho praticato. Imperocchè anche nella parte bassa dello scavo, allo stretto inferiore, torna utile assai eseguire le trazioni risparmiando al capo la pressione della mano sui manici delle branche e lasciando liberi testa e forcipe di rotare. Le trazioni, mercè l'elastico, si praticano anche con un sol dito, posto fra i colletti delle cucchiaie, sulla parte superiore dell'articolazione, o con sole due dita appoggiate sulle sporgenze laterali, o meglio ancora si esercitano sulle funicelle che sono affidate alle gemelle posteriori; con quest'ultimo mezzo, oltrechè l'indipendenza di movimento del forcipe, insieme alla testa, è anche maggiore, si usufruisce di ulteriori vantaggi nella direzione delle trazioni, come più innanzi graficamente dimostreremo. (Fig. 3*, 4*). D'altra parte nella pratica non è trascurabile il fatto di potere, anche quando non si eseguono le trazioni, lasciare il forcipe a sé per attendere ad altre cose, specialmente se, come spesso accade, mancano assistenti capaci ed in assetto chirurgico. L'anello elastico si può sterilizzare in qualunque soluzione antisettica.

Nel caso poi che (applicando o no l'elastico) si vogliano eseguire le trazioni manuali, come ordinariamente si usa, il manico del mio forcipe ha un altro pregevole requisito che, per quanto io ne so, non fu da altri pensato, sebbene, come abbiamo visto, siano state innumerevoli le modificazioni portate al forcipe anche nel manico. La sua lamina esterna (Tav. Fig. I, lett. I) è molleggiante, di guisa che viene diminuita notevolmente la pressione delle cucchiaie del forcipe sul capo del feto prodotta dalla mano dell'operatore, che nel momento delle trazioni di necessità ed in modo automatico e crescente preme sul manico delle branche. Essendo attuata la compressione, l'ovoide cefalico potrà all'ingresso del bacino ridursi meglio in scavo antero-posteriore, dove generalmente incontra le maggiori resistenze; quindi, oltrechè tutelata la vita del feto, sarà facilitato l'andamento dell'operazione, la quale perciò avrà esito più felice e sollecito a vantaggio della madre. Il manico è di acciaio temperato, per cui la lamina esterna molleggia e non si deforma sotto qualunque pressione. È ovvio il comprendere che esso ha utile influenza solo quando i manici delle branche

non vengono a mutuo contatto, come sempre accade nelle applicazioni allo stretto superiore; se il forcipe si chiude, allora la testa è del tutto al sicuro dalla pressione manuale dell'ostetrico.

Da molti altri ed in epoche diverse si pensarono artifizi i più svariati per ottenere lo scopo di lenire il trauma del forcipe sul capo del feto e se non ne avessi già trattato nella *parte prima*, al cap. I, § 2°, ne farei una minuta rassegna; invece mi limiterò a riassumere ciò che fu fatto allo scopo di sopprimere o affievolire e regolare la pressione della mano sul manico del forcipe. Si collocò fra i manici delle branche una *cremagliera* (Petit, Lanverjat) od altri congegni detti *labimetri*, oppure una *vite* (graduata o no) per impedire il soverchio loro avvicinamento sotto l'azione della mano e per misurare il grado di divaricamento (Busch, Tauri ed altri). Furono fino dai primi tempi consigliati da parecchi ostetrici *lacci* di tela, di cuoio, *ganci* per fissare il manico del forcipe. Finalmente il Tarnier collocò presso l'articolazione del suo forcipe (3° modello) una *vite di compressione*, la quale, mentre assicurerebbe la presa, avrebbe il vantaggio secondo l'autore ed alcuni sperimentatori (Pugliatti, Acconci), di rendere più lieve l'azione compressiva del forcipe, a confronto della mano, anzi di regolarla, secondo Pugliatti ed Howard. Questa vite fu adottata anche da A. R. Simpson, da Lanverjat e poi loro forcipi traenti nell'asse.

I congegni sopra menzionati si possono dividere in due ordini. Il primo comprende quelli che hanno per scopo di rendere innocua l'azione della mano, impedendo che oltre ad un certo punto si possano avvicinare i manici delle branche del forcipe (*cremagliere*, *labimetri*, *viti d'arresto*). Nel secondo vanno annoverati quelli che impediscono l'aprirsi delle branche e fanno pressione sui manici sostituendo completamente la mano dell'ostetrico (*anelli metallici*, *lacci*, *viti fissatrici* od a pressione).

I primi sono imperfetti perchè se la testa cambia i suoi rapporti col forcipe per un movimento qualsiasi (raddrizzamento, rotazione interna, flessione, estensione), le *cucchiaie* non possono seguirla e quindi il forcipe lascia facilmente la presa. I secondi sono pure difettosi perchè: in quanto ai lacci ed agli anelli metallici o si adoprano per lasciare il forcipe libero ed allora per la eventualità ora detta, le branche possono lasciare la presa; o si usano insieme alla mano, allora essi sono per lo meno superflui: riguardo poi alle *viti a pressione*, come abbiamo già detto a proposito della critica al forcipe

Tarnier, esse possono tornare vantaggiose in mani molto abili, chè non vogliamo contraddire l'esperienza di persone competentissime, ma sono molto pericolose e dannose quando non siano messe in gioco giudiziosamente e con speciale abilità, che solo s'acquista col lungo esercizio. Queste *viti* nel loro stesso nome portano la condanna; esse producono una compressione troppo prolungata e spesso violenta. Se si riconoscesse nel forcipe un buon strumento di compressione, come taluni pochi pensarono, si avrebbe in esso l'embrione del cefalotribo (il primo starebbe al feto vivo, come il secondo sta al feto morto) e allora le *viti a pressione*, collocate sul manico della tanaglia ostetrica, rappresenterebbero il congegno più perfetto. È invece utile, come abbiamo dimostrato, conciliare con una buona presa la minore compressione possibile sulla testa del feto, specialmente quando si applichi l'istrumento allo stretto superiore.

I due artifizi che io ho applicato al manico del forcipe servono l'uno, l'*anello elastico*, nel caso che si voglia abbandonare l'istrumento: l'altro, l'*asta esterna molleggiante*, quando si voglia afferrare il manico colla mano. Mi è lecito credere, ed è facile persuadersene dopo quanto si è detto, che l'uno e l'altro vanno esenti dai difetti dei congegni finora proposti. In ambedue i casi io ricorsi ad una forza fisica, l'*elasticità*. Appare subito la superiorità dell'anello elastico sugli altri congegni se si riflette, che mentre esso impedisce l'aprirsi delle branche, sicchè il manico può abbandonarsi, fa pressione innocua su questo e segue i movimenti di quelle, in guisa che anche se s'impiccolisce il volume della parte afferrata, il forcipe non la lascia. Quando poi si vogliono o debbano esercitare le trazioni manuali sul manico del forcipe, essendo esso elastico nella sua lamina esterna, non trasmette che in parte alle *cucchiaie*, e quindi alla testa del feto, la compressione della mano. Anche da altri si ricorse all'elasticità per rendere il forcipe meno dannoso come istrumento comprimente e si fecero costruire forcipi con *cucchiaie* molto *elastiche*, dando ad esse una lunghezza speciale ed all'acciaio una tempra ed uno spessore appropriati (Simpson, Trélat (1), Chassagny). Ma se le *cucchiaie* molto elastiche riescono a menomare la compressione che subisce la testa, sono poi assai infide per la presa; la ragione di ciò è tanto ovvia che apparirebbe alla mente anche se l'esperienza non l'avesse

(1) Del forcipe elastico di Trélat (1881) il modello più leggero e meglio rispondente alle idee dell'autore è quello fabbricato da L. O. F.

sanzionata. Io pensai invece di fornire elasticità al manico, il quale rappresenta nei forcipi a branche incrociate il braccio di leva della potenza. In tal modo si concilia una presa sicura con minima compressione del capo, come le mie esperienze dimostrano. La pressione delle cucchiainie del forcipe è risultata minore in media di circa 6 chilogrammi, a confronto di quella dello stesso forcipe a manico rigido. Tale diminuzione di compressione era sempre più spiccata verso il colletto delle cucchiainie, cioè più il braccio di leva della resistenza era corto, e si eccentruava coll' aumentare della forza comprimente sul manico. Fatti questi assai utili, che coll' aumentare della resistenza e della potenza aumenti il beneficio della molla, perchè appunto in tale contingenza havvi maggior bisogno di elidere il più possibile gli effetti dannosi del trauma, che produce il forcipe sul feto. È poi naturale che la diminuzione di compressione nel mio forcipe sarà proporzionale al grado di elasticità della molla, situata nel manico, e quindi alla lunghezza, alla qualità di tempera ed allo spessore di essa.

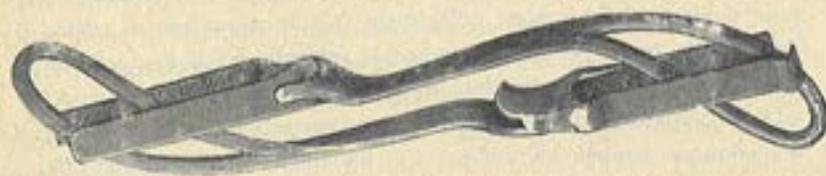
Mi piace da ultimo far notare come questo semplice congegno a tutela del feto sia *automatico*, quindi riesca a buon effetto necessariamente nelle mani di tutti; ed è gran ventura, perchè, bisogna pur convenirlo, non tutti quelli che sono autorizzati e spesso costretti ad applicare il forcipe hanno quell'abilità tecnica che sarebbe richiesta; per cui una valvola di sicurezza a vantaggio del feto contro i traumi troppo violenti, mi pare non solo opportuna, ma provvidenziale.

Ho detto che al vantaggio della minor compressione si accoppia quello di una buona presa, mentre coi forcipi molto elastici nelle cucchiainie, cioè nel braccio di leva della resistenza, la presa è mal sicura; infatti in questi forcipi non si può punto regolare la pressione delle cucchiainie sul capo durante le trazioni, nel qual momento, specialmente se queste sono energiche, le cucchiainie si allontanano fra loro con effetto di lasciare la presa e di danneggiare i tessuti materni; mentre, essendo l'elasticità limitata al manico o quasi, la mano dell'operatore inevitabilmente col crescere delle trazioni deve premere maggiormente sulla molla e quindi deve far crescere anche la pressione trasmessa alle cucchiainie, cosicchè non avviene lo scivolamento di queste sulla testa del feto ed a *fortiori* l'abbandono della presa.

Il forcipe da me così modificato, oltre ai pregi descritti, offre altri vantaggi di un valore non trascurabile nella pratica. Il manico delle branche, essendo *prismatico*, a *sezione quadrata e aperto*, perchè privo di tre pareti, quando è impugnato, non scivola nè gira fra

mano. L'istrumento *pesa* solo gr. 450; ha lo stesso *prezzo* degli altri forcipi comuni col manico di legno ed è comodamente *portatile*, perchè le branche possono innestarsi fra loro nel modo indicato dalla seguente figura.

Fig. 2ª



Concludendo, il forcipe da me usato e proposto, anche senza apparecchio traente nell'asse, ha pregi come istrumento di presa e di compressione tali da renderlo superiore agli altri e risponde a tutte le esigenze della pratica.

VALORE DELL'APPARECCHIO TRAENTE NELL'ASSE. — A questo forcipe così perfezionato restava sempre il peccato originale, comune a tutti i forcipi: esso non era un buon istrumento traente allo stretto superiore e nella parte alta dell'escavazione pelvica. Per renderlo tale si doveva aggiungere ad esso un apparecchio traente consentaneo il più possibile ai dettami sì teorici che pratici già premessi.

Anche per la trazione nell'asse volli far tesoro degli studi e dell'esperienza altrui, perciò scelsi fra gli apparecchi già noti il meno difettoso, quello del Poullet (1883), qualificato anche dall'Inverardi l'apparecchio teoricamente il più perfetto, coll'intendimento di renderlo migliore e pratico per applicarlo al mio forcipe. Perchè io penso che avendo la fregola di bandire (spesso per vanità) cose del tutto nuove, se pur ci si riesce, si corre verso la maggior imperfezione, che caratterizza generalmente simili opere nel loro primo getto. Modificai quindi l'apparecchio del Poullet ad attacco non rigido, in modo (secondo me) sostanziale, sebbene a chi osservi alla legger

non appaia. Infatti il manico traente che io propongo ha forma rettilinea nella sua parte rigida, mentre quello Poullet è piegato ad angolo di 90.^o gradi, ed agisce sulla base di un principio meccanico del tutto diverso. (Tav., Fig. III, IV, V).

L'asta metallica del Poullet, fornita di curva perineale ed attaccata alle gemelle del forcipe con fettucce, ha molta analogia col manubrio traente del Tarnier e cogli altri consimili, e la sua azione si svolge in base allo stesso principio meccanico, più volte enunciato. Però il Poullet applicò tale principio con maggior sagacia, perchè pose il punto di inserzione della forza traente più vicino al centro di figura della testa, perchè sua mercè le funicelle ed il forcipe restano liberi di muoversi nella direzione impressa loro dalle resistenze pelviche, ed il suo apparecchio è più semplice, meno costoso, di facile applicazione a qualunque modello di forcipe. Ciò nullameno qualche grave difetto fece sì che questo apparecchio non fosse accolto con favore e che l'autore stesso lo ripudiasse per pensare ad un altro modello di forcipe. L'apparecchio Poullet per verità trae meno esattamente e con minore sicurezza degli altri congeneri nella direzione dell'asse di discesa, al cui fine veniva costruito. Perchè tale manubrio traente servisse allo scopo sarebbe necessario che l'estremo vaginale dell'asta metallica, il centro di figura del capo fetale, il cocchige della donna e l'estremo esterno dell'asta curva (ossia il manubrio sul quale vanno applicate le mani) si trovassero sempre sulla stessa linea retta; il che appare impossibile se si riflette che tirando in basso sul manubrio, che trovasi all'estremo della curva, l'altro estremo (vaginale) di questa deve spostarsi dalla linea designata, perchè l'attacco non è rigido, perchè le funicelle si allungano durante le trazioni, perchè facilmente accade durante le trazioni che l'asta rigida dell'apparecchio urti contro la commessura posteriore della vulva ed il perineo. Per la qual cosa con tutta facilità la direzione delle trazioni non coincide coll'asse di discesa, nè passa pel centro di figura del capo.

Ho fiducia di avere ovviato a questo inconveniente capitale e di avere fornito l'apparecchio traente nell'asse di ulteriori vantaggi, affidando le funicelle ad un'asta metallica rettilinea (Tav., Fig. III), che agisce come leva e nella quale un bottone scorrevole (Tav., Fig. III, lett. *F, G*) può regolare come si vuole i rapporti dell'estremo vaginale dell'asta metallica colla testa del feto. (Tav., Fig. IV, V, lett. *B, C*). Anche il Poullet riconobbe la necessità di fornire il suo manico traente di un gancio mobile, ma l'applicò in modo com-

plicato e quindi non pratico. Quando l'asta di trazione, rettilinea, è applicata e le mani la tengono afferrata nel modo già descritto, l'ostetrico può dirigerne a volontà l'estremo interno o vaginale, è quindi pienamente padrone e sicuro dell'ubicazione della mezza sfera portafunicelle e cioè del punto sul quale è trasmessa la forza di trazione. (Tav., Fig. IV, V, lett. *B*). Può poi ad ogni momento ciò verificare, sia esplorando coll'indice, sia osservando i rapporti che ha l'asta di trazione col forcipe al di fuori dei genitali. Anzi a proposito di ciò è da osservare, che quando la testa è alta l'asta di trazione (la quale è bene sia orizzontale o pressochè) incrocierà la direzione del forcipe, mentre quando la testa è discesa sarà a questa parallela. (Tav., Fig. IV, V). La mobilità poi dell'estremo vaginale dell'asta di trazione non è esagerata, perchè il tratto di funicelle che decorre tra le gemelle del forcipe e l'asta di trazione è breve. (Tav., Fig. IV, V, lett. *A, B*). Tale mobilità nel mio apparecchio rappresenta, anzichè un difetto uno dei principali vantaggi: 1.^o perchè si può cambiare direzione a volontà all'asta-leva traente e collocarla al lato destro ed al sinistro del forcipe od anche fra le sue cucchiaille senza deviare nelle trazioni dall'asse di discesa, purchè il punto vaginale (*B*) resti in posto; 2.^o perchè quando occorra di abbassare il parietale anteriore si può spingere l'estremo vaginale dell'asta verso il sacro e dare così alle trazioni una direzione che serva allo scopo; 3.^o quando si voglia abbassare uno degli estremi del diametro di presa del capo (allo stretto superiore nella presentazione di *V* è generalmente il diametro *O E*) non si ha che ad imprimere alle trazioni una direzione laterale verso il lato opposto, agendo così a preferenza sulla funicella che corrisponde al lato del capo che si vuole far discendere per prim^o; *movimenti* questi di *lateralità* molto utili per la riuscita dell'operazione e tanto dannosi, come abbiamo visto, per il feto e per la madre quando si compiano col forcipe classico e che di certo non si possono effettuare egualmente bene cogli altri apparecchi di trazione finora noti.

Le tirate sull'asta si eseguono, come ho detto trattando dell'applicazione del mio forcipe, collocando una mano sul suo estremo esterno *L* ed un'altra sul manubrio *D*. Mentre la prima fissa l'estremo *L*, la seconda tira in basso il manubrio, imprimendo un movimento all'asta nella direzione delle frecce. (Tav., Fig. IV, V). In tal guisa l'asta agisce come leva di 3.^o genere; si potrebbe però, quando si credesse opportuno, inalzare durante le trazioni l'estremo *L* ed aversi un'azione di leva mista di 1.^o e 3.^o genere. Qualora la

forza di trazione esercitata con una sola mano non si riconoscesse sufficiente si potrebbe affidare ad una persona qualunque l'estremo esterno dell'asta con raccomandazione di tenerlo fermo e tirare con due mani sull'altro manubrio *D*. Ma questo bisogno non può occorrere che eccezionalmente, perchè ho osservato che anche in caso di vizio pelvico con poche e leggiere trazioni si riesce a vincere gli ostacoli offerti dal bacino.

Si può poi durante le trazioni lasciare libero il forcipe, le cui branche sono tenute dall'anello elastico, senza temere che lasci la presa. Che l'elastico basti a questo ufficio non deve fare meraviglia se si riflette che anche le funicelle, le quali convergono fra loro, concorrono in parte a tenere le branche del forcipe addossate alla testa del feto nel momento delle trazioni. Potrebbe nascere dubbio che fra la testa del feto ed il piano perineale resti spazio sufficiente affinché l'asta-leva possa fare discendere il capo, e che l'estremo interno dell'asta sia causa di lesioni alle parti molli materne. A queste obiezioni che io mi son fatto e che mi hanno formulate persone competenti, ha risposto negativamente lo sperimento. Quando la testa è allo stretto superiore o nella parte alta dello scavo dista almeno due o tre dita trasverse dal fondo pelvico anche se esiste tumore di parto; per cui l'asta, che si può mettere a contatto del capo ed ha lo spessore di pochi millimetri, trova sempre spazio sufficiente per agire. Io poi ho foggiato a bella posta il suo estremo interno a mezza sfera perchè se dovesse toccare e deprimere le parti molli materne non produca lesioni; si avrebbe circa lo stesso effetto come se si pigiassero dette parti col polpastrello di un dito. L'asta metallica di trazione, infine, essendo rettilinea e lunga quanto il forcipe, si porta comodamente e si può sterilizzare in qualunque recipiente che serva a contenere il forcipe.

Funicelle. — L'attacco al forcipe del manico traente sull'asse per mezzo di funicelle ha i seguenti vantaggi. 1.^o Che ad un forcipe qualunque si può aggiungere l'apparecchio traente. 2.^o Che tale unione si fa con facilità e sicurezza, perchè si esegue l'attacco delle funicelle prima dell'applicazione del forcipe, senza che esse arrechino alcun impaccio. 3.^o Che le trazioni sul manico sono rese indipendenti dal forcipe, per cui questo insieme alla testa gode piena libertà di movimento che è tanto utile, come più volte ci è occorso di dimostrare. 4.^o Che si può, dopo tolto il manico metallico, completare più razio-

nalmente l'estrazione del feto tirando sulle funicelle. Queste debbono essere tenaci, sterilizzabili facilmente e senza alterarsi. Io, come ho detto, mi sono servito finora del catgut (corde da violoncello di medio calibro) sterilizzandolo con una soluzione alcoolica di sublimato al 2 per 100. La sua tenacità fu costatata a tutta prova, e l'immersione nell'alcool e sublimato non l'alterò punto, mentre le soluzioni acquose lo gonfiano. I cordoncini di seta forse sotto questo punto di vista servirebbero meglio; io non li ho sperimentati perchè mi trovai soddisfatto del catgut, però ho intenzione di provarli alla prima occasione. Le funicelle potrebbero adoperarsi più di una volta, non credo però sia incomodo cambiarle, come afferma l'Inverardi, che considera questo fatto come un difetto del forcipe Poulet. Prima di adoperarle se ne fanno due anse uguali (Tav., Fig. II, lett. *A, B*), così si applicano assai facilmente con un nodo scorsoio al pertugio che si trova nelle gemelle posteriori del forcipe e si agganciano al bottone mobile, situato nell'asta di trazione; il nodo dell'ansa può cadere in qualunque punto senza dar noia.

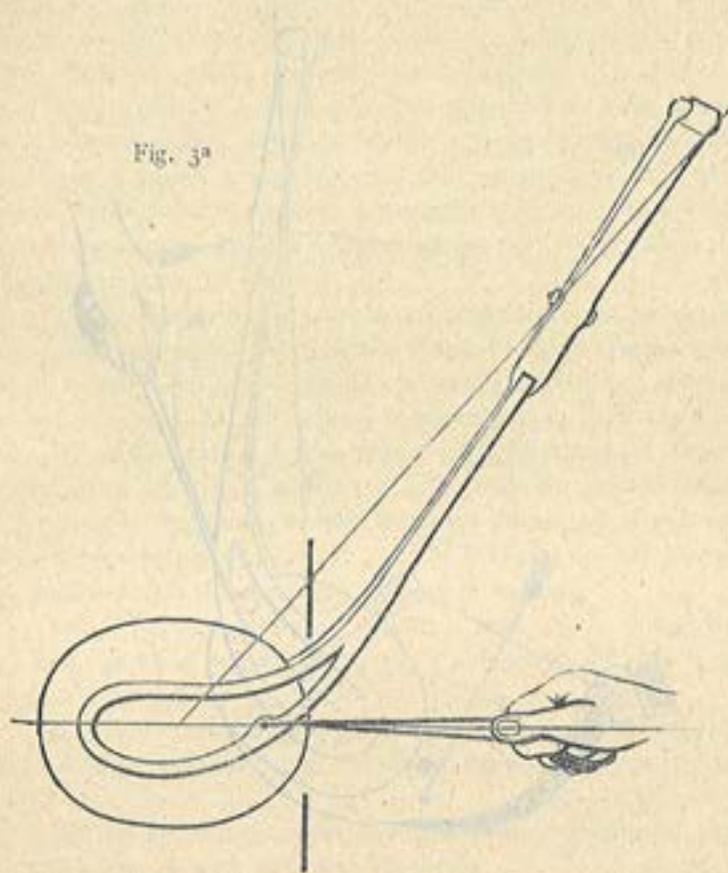
Feci praticare i due *fori* destinati a ricevere le funicelle sulle gemelle posteriori (come il Laroyenne) ed in un punto di queste che fosse vicino al centro della finestra delle cucchiainie, ossia, a forcipe applicato, al centro di figura del capo fetale. Volendo inserire le funicelle proprio sul centro di figura del capo, come sarebbe teoricamente prescritto, si è costretti a mettere una spranghetta attraverso la finestra delle cucchiainie, come tentarono Chassagny e Poulet, ma abbiamo già rilevato che essa riesce dannosa al feto. Non ho poi creduto opportuno di far passare l'ansa delle funicelle attraverso un foro praticato in ambedue le gemelle, in modo che la risultante delle due funi in trazione passasse pel centro di figura della testa (Poulet): 1.^o perchè non essendo coadiuvati dal senso della vista, difficilmente si tira in modo che tutte due le funicelle siano ugualmente tese; 2.^o perchè queste, così applicate, possono deviare per l'attrito che incontrano e anche ledere il cuoio capelluto del feto. Dimodochè mi parve più semplice e più utile perforare le sole gemelle posteriori e su queste applicare le cordicelle.

Per la scelta del punto migliore ove praticare il pertugio per il passaggio delle funi di trazione mi lasciai regolare dallo sperimento. Questo punto doveva trovarsi sull'asse pelvico e quindi sulla direzione del centro di figura del capo nel momento delle trazioni. Perciò io tenni conto anche dello scivolamento inevitabile, sebbene leggero,

delle cucchiaini sulla testa, che si verifica al principio delle trazioni. Stabili quindi nel punto *N* (Tav., Fig. IV, V) l'attacco delle funicelle al forcipe, lungi circa cent. 2 dal centro di figura del capo. Apparirà tosto all'osservatore che tale foro non si trova sulla linea asse delle cucchiaini, ma un po' più in alto, mentre dagli autori che si occuparono delle trazioni nell'asse si ebbe sempre cura di ottenere simile coincidenza; inquantochè da essi si è ritenuto che l'asse della parte fenestrata delle cucchiaini coincida sempre coll'asse pelvico. Io credo che questo postulato non sia del tutto esatto. Infatti nel forcipe la curva pelvica è variabile nei diversi modelli; la direzione dell'asse pelvico è pure variabile; la situazione del forcipe d'altra parte cambia secondo l'altezza della parte presentata e secondochè il manico può più o meno abbassarsi, subordinatamente all'ubicazione ed ampiezza della vulva ed alla lunghezza del perineo; di più per il movimento di scivolamento accennato e per quello di innalzamento del manico, che l'ostetrico deve eseguire per fissare l'apparecchio traente, anche se esisteva rapporto fra l'asse delle cucchiaini e l'asse pelvico, il più delle volte si toglie tale coincidenza. Forse in seguito a queste considerazioni il Poullet costruì un forcipe angolare con un angolo di gradi 150, allo scopo di ottenere la coincidenza dei tre assi: longitudinale della testa, asse delle cucchiaini ed asse pelvico. Ora a me sembra che, formando le cucchiaini del forcipe un tutt'uno colla testa del feto, basti che le trazioni siano inserite il più vicino possibile al centro di figura del capo e che si esercitino approssimativamente nella direzione dell'asse pelvico senza tener conto dell'asse delle cucchiaini.

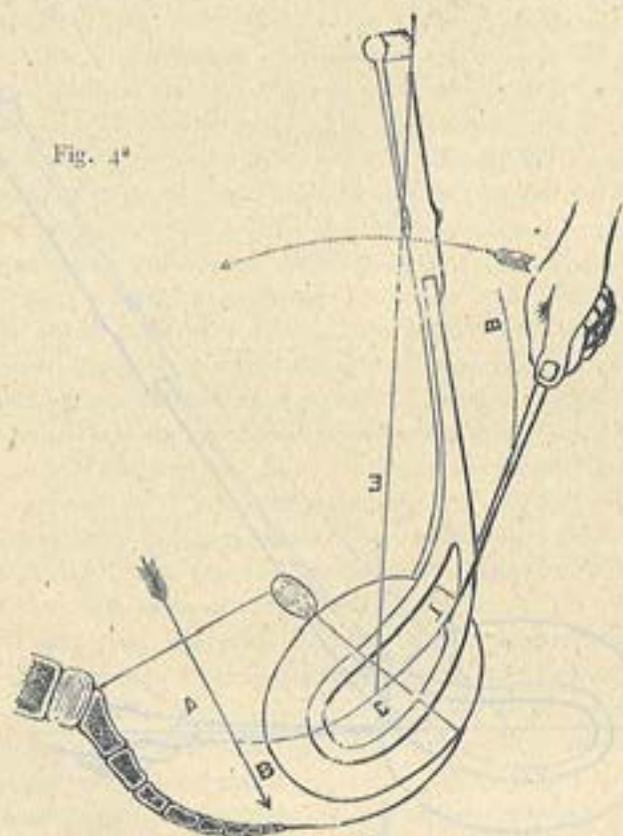
Finalmente poi giova riflettere che coll'attacco non rigido del manico metallico per le trazioni nell'asse si ha la soddisfacente e tranquillizzante convinzione che anche se le tirate non sono fatte matematicamente nella direzione richiesta, il che è umanamente impossibile ottenere in tutti i casi, la testa del feto seguirà lo stesso la linea centrale del canale pelvico, guidata dalle pareti di questo, le quali anche in tale evenienza non subiranno dannosa compressione.

Quando la testa è discesa nella parte bassa dello scavo si toglie con tutta facilità l'asta metallica di trazione. Il suo compito è finito. Le funicelle che restano in posto riescono utilissime per fare le tirate sul forcipe in direzione più esatta anche allo stretto inferiore ed alla vulva, col vantaggio permanente di lasciare liberi il forcipe e la testa. Le Figure semi-schematiche 3^a e 4^a dimostrano meglio di una minuta descrizione la verità del mio asserto.



Trazione colle funicelle allo stretto inferiore.

Fig. 4^a



Trazione colle funicelle alla vulva.

- A — Direzione dell'asse di discesa.
 B, B — Direzione dell'asse di uscita.
 C — Centro di figura del capo fetale.
 E — Linea fuori asse sulla quale si tira applicando le mani sul manico del forcipe.
 I — Foro d'inserzione delle funicelle.

La mano tira sulle funicelle spostandosi col progredire della testa in direzione della freccia punteggiata.

Come *conclusione* riassumo i *vantaggi* che offre il mio forcipe.

1.^o Oltre i pregi del forcipe di J. Simpson, per le modificazioni portate alle *cucchiaie* ed all' *articolazione*, ha presa più salda, si applica con più facilità allo stretto superiore, si articola più prontamente, fuori dei genitali, lasciando questi incolumi.

2.^o In grazia del *nuovo manico* la compressione sulla testa del feto è molto diminuita, perciò la vita del feto non correrà pericolo, il suo cranio si ridurrà meglio nel senso delle resistenze pelviche ed occorrerà minor forza di trazione a vantaggio del feto e della madre, nonchè si potranno superare maggiori sproporzioni fra il volume della testa e l'ampiezza del bacino.

3.^o Sul manico può applicarsi con tutta facilità un *piccolo anello elastico*, che può scorrere fin presso l'articolazione. Questo anello, mentre mantiene la presa, evitando lo scioglimento delle cucchiainie, esercita sulla testa del feto minima compressione, di guisa che l'ostetrico può abbandonare il forcipe senza che si scomponga e tirare su di esso senza afferrare il manico; il che arreca tre grandi vantaggi: *a)* è evitata la compressione della mano sul forcipe; *b)* si può applicare un'apparecchio traente nell'asse; *c)* il forcipe insieme alla testa può godere libertà di movimento durante le trazioni.

4.^o Il forcipe, mentre ha solidità a tutta prova, è *leggerissimo* (gr. 450), quindi il trauma che produce sui tessuti del feto e della madre è insignificante.

5.^o Esso è tutto metallico e temperato, liscio, d'un sol pezzo, quindi è facile a *pulirsi* e può *sterilizzarsi* perfettamente, anche colla bollitura.

6.^o Le sue branche sono bene *equilibrati*, trovandosi il centro di gravità circa a metà della loro lunghezza.

7.^o Il manico di ciascuna branca si afferra comodamente e non gira nè scivola fra mano.

8.^o L'istrumento è *poco costoso*, vale quanto gli altri forcipi comuni col manico di legno.

9.^o È facilmente *portabile*, perchè, oltre ad avere piccola mole e leggerezza, le sue branche possono reciprocamente innestarsi e fissarsi penetrando la cucchiainia dell'una fra le aste del manico dell'altra.

In grazia poi dell'*apparecchio traente*, da aggiungersi, acquista i seguenti pregi:

10.^o Tira perfettamente nell'asse di discesa quando lo si applichi allo stretto superiore o nella parte alta dello scavo.

11.^o La forza traente è applicata in prossimità del centro di figura della testa del feto ed agisce in direzione di esso.

12.^o Il forcipe e la testa restano liberi di muoversi in tutti i sensi, quindi saranno le resistenze della filiera pelvica che determineranno i loro movimenti.

13.^o Si possono eseguire tutti i movimenti di inclinazione senza danno pel feto e per la madre.

14.^o La compressione che subisce il capo del feto durante le trazioni è minima, sia perchè si tira in buona direzione, quindi con minor forza, sia perchè è tolta ogni pressione della mano sul manico del forcipe, sia perchè l'anello elastico, che trovasi presso l'articolazione, mentre serve insieme alle funicelle a mantenere ottima presa, non esercita pressione dannosa di sorta.

15.^o L'apparecchio traente può applicarsi a qualunque forcipe purchè nelle gemelle posteriori si pratici un'intaccatura od un foro; dimodochè il medico pratico può provvedere alla trazione nell'assenza senza aver bisogno di acquistare un forcipe speciale, complicato, costoso e non sempre scevro di pericoli, e, se anche acquista il mio forcipe, può comperare separatamente, quando crede, l'apparecchio traente, che costa poche lire.

16.^o Anche nelle applicazioni più frequenti, allo stretto inferiore ed alla vulva, aggiungendo al mio forcipe le funicelle e l'elastico, si possono esercitare le trazioni più vantaggiosamente; perchè per mezzo delle funicelle si tira con maggiore esattezza sull'asse d'uscita, non si comprime colla mano il manico dell'istrumento e la testa resta libera di muoversi verso le minime resistenze.

17.^o Il manico di trazione nell'asse essendo rettilineo e leggero si porta e si sterilizza insieme al forcipe con molta comodità. Il mio forcipe coll'apparecchio traente uguaglia per volume e peso i comuni forcipi di minor mole.

Per provare quanto ho asserito vi presento il risultato delle mie esperienze, che possono dividersi in tre ordini.

1.^o Esperienze *dinamometriche*, le quali dimostrano che in grazia della sua foggia e del manico *molleggiante* il mio forcipe esercita sulla testa del feto una compressione attiva minore di alcuni chilogrammi in confronto degli altri forcipi.

2.^o Esperienze sul *cadavere*, le quali provano: che col mio forcipe, usato come il forcipe classico e specialmente aggiungendogli l'apparecchio traente nell'asse, si richiede minor forza per l'estra-

zione del feto, anche attraverso a bacini viziati, a confronto di quello che occorre coi forcipi *Naegle* e *Tarnier*: che le cucchie del mio forcipe mantengono perfettamente la presa, sia che si esercitino le trazioni manuali sul manico, sia che no, applicando in questo l'anello elastico.

3.^o Osservazioni *cliniche*, le quali provano che il mio istrumento è sempre riuscito a terminare il parto, anche in caso di stenosi pelvica, senza danneggiare i tessuti materni, rispettando la vita del feto e senza lasciare traccie sul cuoio capelluto; notando che nella osservazione 1.^a si trattava di un bacino piccolo in totalità (C. V. mm. 85) e che nella stessa donna in altri due parti antecedenti il forcipe *Naegle* aveva prodotte gravi lesioni alle parti molli materne ed aveva ucciso il feto.

Termino augurandomi che, se vi compiacerete di sperimentare il mio forcipe, altri fatti, da voi più sagacemente osservati, si aggiungano ai suddetti per dimostrare vere le mie affermazioni e non del tutto inutile la presente comunicazione.

DISCUSSIONE

Il *Dott. Pajz* fa appunti al *Dott. Bordè* per avere presentato un forcipe che chiama perfezionato mentre non lo è per tre motivi specialmente.

1.^o Essendosi preoccupato l'O. delle proprietà compressive del forcipe ed avendo studiato il modo di rendere quelle minori, è partito da un principio falso accettando la forma di un forcipe crociato; doveva scegliere un forcipe parallelo.

2.^o La trazione non può essere fatta secondo l'asse pelvico perchè la trazione non è fatta al centro di figura e perchè l'oscillazione del manubrio usato come leva di terzo genere impedisce di tirare nell'asse.

3.^o Perchè fosse più logica l'utilità dei manici molleggianti, le forchette dovrebbero guardare in alto e non in basso per calcoli di meccanica.

Il *Dott. P.* si serve di figure geometriche e presenta un disegno di un forcipe con manici molleggianti inversi.

Il *Dott. Regnoli* non crede che le trazioni inducano il forcipe e la testa ad urtare contro la curva sacrale. Il punto ove l'asta unisce le due funicelle essendo mobile, le trazioni secondo l'asse del piano d'ingresso possono modificarsi a seconda della inclinazione dell'asse stesso che un ostetrico, se non matematicamente, almeno approssimativamente può valutare.

In massima il forcipe *Bordè* crede potrà essere utile nell'applicazione e nella mano di un abile ostetrico.

Il Dott. Paggi fa rilevare al Dott. Regnoli che l'oscillazione del manubrio, dovuta agli attacchi mobili del catgut con l'pliva del manubrio stesso, aggiunta all'incertezza che ha sempre l'ostetrico sulla direzione dell'asse pelvico, più la mancata trazione nel centro di figura delle cucchiaini sono fatti indiscutibili appoggianti alla meccanica del parto.

Questi appunto dimostrano che il Dott. Bordè non ha affatto migliorate le proprietà traenti del forcipe nell'asse pelvico.

Dott. Bordè. — Le obiezioni fatte sono tre e se bene le ho capite così rispondo:

1.º Le funicelle non sono inserite nel centro di figura del capo ma sono in vicinanza e nella direzione di una linea che passa pel centro di figura stesso il che fa lo stesso come da tutti è ammesso.

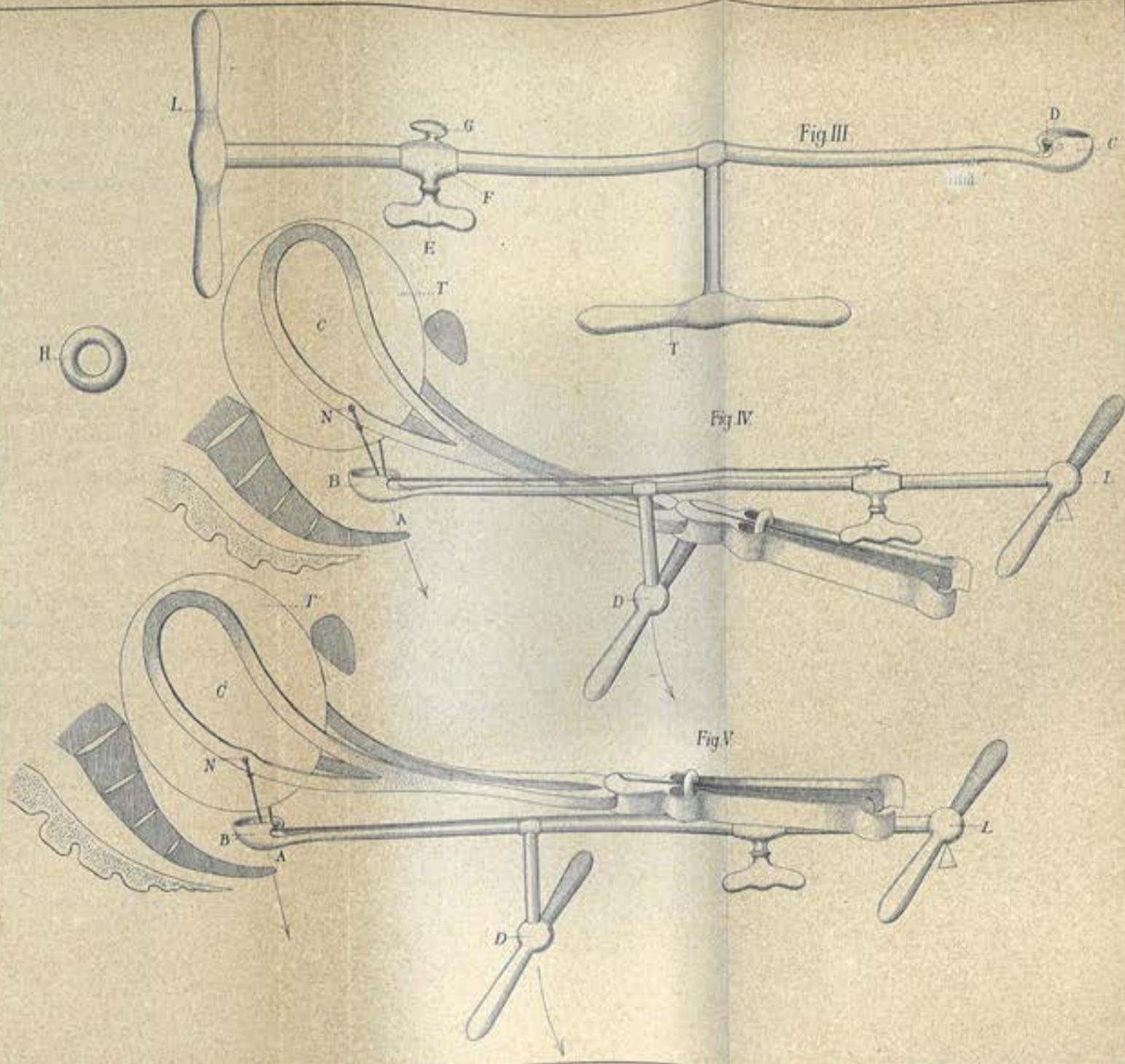
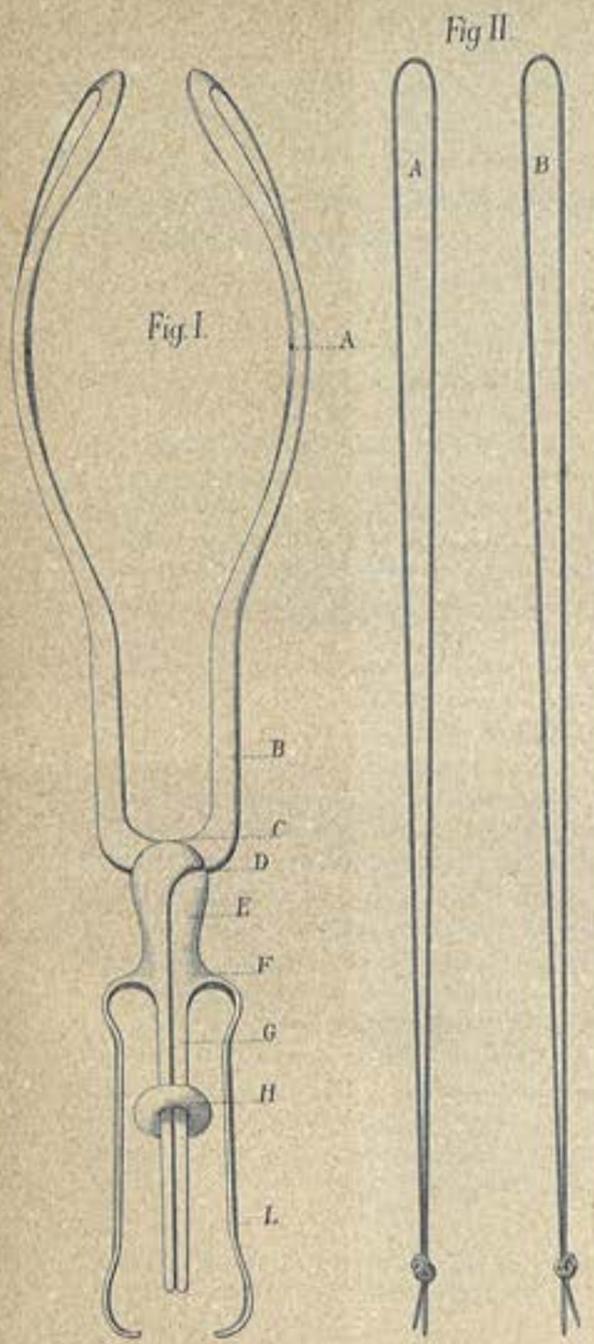
2.º Il manico traente non può essere spinto coll'estremo interno verso il sacro perchè colla mano si fissa l'estremo esterno e si fa agire il manubrio traente come leva di 3.º genere. A volontà poi si può spostare in avanti o indietro l'estremo interno del manubrio traente secondochè l'operatore crede più utile nei casi singoli abbassare il parietale anteriore od il posteriore. Questo è un vantaggio e non un difetto.

3.º I manici molleggianti, dice l'oppositore, premono in direzione dell'articolazione: e ciò è bene. Coll'inversione della direzione delle molle, come egli vorrebbe, oltrechè si toglie la semplicità al manico stesso si verrebbe a spostare la compressione verso l'estremo del manico e quindi l'effetto sarebbe meno utile, cioè la compressione delle cucchiaini sul capo fetale sarebbe aumentata.

Il Dott. Paggi replicando al Dott. Bordè fa rilevare che essendo il punto d'appoggio un braccio mobile dell'ostetrico, non può costituirsi come punto fisso.

Ricorda il proprio forcipe snodato nelle cucchiaini, usando il quale come leva di terzo genere, con le cerniere libere, la mano dell'ostetrico che serve di punto d'appoggio all'estremo libero dei manici si avvicina alla vulva. È una legge meccanica alla quale non può sfuggire il forcipe del Dott. Bordè.

Riguardo ai manici, per una ragione meccanica egualmente indiscutibile il Dott. Bordè ha torto e deve ricredersi.



DOTT. GIUSEPPE GIGLIO

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO

Sulla patogenesi delle placente anomale (marginate, velamentose, irregolari).

Le placente marginate, le placente velamentose e quelle altre di forma irregolare (triangolari, reniformi, a lingua ecc.) sono delle placente patologiche che non debbono destare la sola curiosità scientifica, ma, perchè ammalate, debbono essere studiate minuziosamente nella loro struttura e nei rapporti genetici coll'istero e coll'uovo. La somiglianza delle alterazioni microscopiche che presentano, la vicendevolezza dei caratteri macroscopici, fanno intendere che la patogenesi è unica per le anomalie suddette, e che lo studio accurato analitico e sintetico delle stesse risalendo alle origini potrà avere applicazioni pratiche.

La ricerca delle placente anomale mi ha condotto all'esame minuzioso di molte placente. Io ho raccolto tra 100 parti 15 di queste placente ammalate, ora più, ora meno marginate per cui stimo che rara non è l'anomalia in discorso, ma o sola o combinata con altri vizi di forma ricercata si trova. Astrazione fatta delle placente previe, che possono combinare insieme il vizio d'inserzione col vizio di forma, se gli Ostetrici vi rivolgersero sempre la loro attenzione la letteratura diverrebbe assai ricca. I tipi classici, come quello descritto dal Fabbri (1867) sono veramente rari, perchè gravi devono essere le alterazioni per restringere notevolmente e totalmente l'area coriale.

Pochi finora hanno studiato attentamente la placenta marginata, alla quale alterazione si aggruppano le altre e tutti hanno variamente interpretato l'anomalia. Queste interpretazioni avremo occasione più tardi di discutere.

Per ora mi è caro dire che il Fabbri di Modena fu il primo a darne notizia in Settembre 1867. In una nota di viaggio egli scriveva (1) d'aver visto nella maternità di Praga una placenta di forma

(1) V. Memoria del Roncaglia « Della placenta marginata » Firenze, 1880 - Reg. Ist. Ostet. Ginec. diretto dal Prof. Fabbri.

nuova (marginata) e dopo, nel 1874 (1), descriveva un caso tipico di placenta marginata dando una spiegazione ingegnosissima, ed anatomicamente basata.

Il Ruge nel 1877 (2) dava in una sua memoria la figura schematica d'un caso simile.

Il Kölliker (3) nel 1879 descrisse quattro placente, le quali presentando al di fuori dell'inserzione del chorion un tratto di tessuto placentare rivestito da decidua, chiamò *marginata* o *nappiformi*. Il battesimo quindi spetta al Kölliker, mentre la conoscenza prima al Fabbrì, che della stessa anomalia aveva in precedenza parlato.

Spaet e Wedl ne descrissero 21 caso (4).

Küstner nel 1884 dalle sue ricerche poteva stabilire la proporzione del 10 % (5) e l'Auvard del 15 %.

Il Veit (6) in gennaio 1885 pubblicò un caso tipico.

Il Krukenberg di Bonn (7) presentò dopo due casi di placenta marginata in parto gemellare.

L'Auvard ne pubblicò un caso (8).

Il Roncaglia parla anche d'un'altro caso, che è riportato dal Roncaglia.

Il Roncaglia (9) ne ha raccolto 9 casi.

Io ne aggiungo 15, facendo notare che la *placenta marginata* di Kölliker, o *nappiforme*, la *placenta col collerette placentaire* di Auvard, la *placenta velamentosa* o colla inserzione velamentosa del cordone, la *placenta a forma triangolare*, a *rene*, a *lingua ecc.*, sono varietà di placente alterate, che rappresentano una sola entità patologica. Sicchè se per brevità, parlando d'una placenta incompletamente sviluppata, disadatta alle regolari funzioni fetali, con i caratteri

che descriverò, diciamo placenta marginata, intendiamo comprendere tutte le varietà suddette.

Le placente in discorso di grandezza varia, quasi sempre più piccole di quanto dovrebbero essere all'epoca in cui furono raccolte, ma molto più grosse, sono ora circolari, ora di forma irregolare, con area coriale più o meno ridotta, limitata ordinariamente da un cercine fibroso, più o meno rilevato e d'aspetto bianco grigiastro o grigio giallastro e circondata da un'anello placentare (porzione estracoriale) la cui faccia fetale è della stessa apparenza della faccia uterina. Nel centro dell'area coriale, od eccentricamente a questa ed all'area fetale si attacca il funicolo ombelicale. I vasi, che da questo partono ora sparpagliati, ora ammassati, per distribuirsi alla superficie fetale della placenta, non raggiungono mai i confini naturali della placenta, ma si arrestano entro l'area coriale ed ove più, ove meno, lontani dal limite coriale si approfondano bruscamente nel tessuto, costituendo tutti insieme un'area vascolare apparentemente più piccola dell'area coriale; disseccando però ciascun gruppo vasale, si può profondamente seguire i vasi fino al margine. Il corion là dove comincia ad essere libero, cioè in quella porzione, che si trova a contatto col margine della placenta, al quale quasi sempre o spesso sta attaccato per essudati flogistici, è più spesso e meno splendente, tale da formare una specie di nastro circolarmente all'area coriale. Senza difficoltà colle dita si distacca dalla faccia fetale del margine. Il margine in questa faccia fetale ha l'aspetto stesso della faccia uterina, è però liscio e levigato, senza solchi o con leggeri solchi, per una rivestitura deciduale e per essudazioni sparse alla superficie. Nell'angolo che resta tra margine e corion si trovano spesso focolai emorragici e coaguli di sangue e di fibrina. Qui il corion forma una piega, a cui si è voluto attribuire insieme al cercine coriale uno speciale carattere.

Questi sono i caratteri fondamentali delle placente *marginata*, che io ho raccolto, ma delle varianti s'incontrano di frequente, senza che per questo non sia riconoscibile il tipo.

Il funicolo, che fu trovato centrale all'area coriale dal Fabbrì, spessissimo da me eccentrico, nella sua eccentricità può trovarsi inserito al corion laeve (*placenta velamentosa*). Il cercine, che limita l'area coriale, ora è intero, ora discontinuo o parziale, ed appena accennato, poco o niente rilevato, e queste interruzioni sono quasi sempre seguite dal margine od anello placentare. L'area coriale è talvolta circolare,

(1) Rendiconto della maternità di Bologna nel biennio 1869-70, pubblicata nel 1874.

(2) Ruge Carl. — « Ueber den Fötus sanguinolentus » [Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Stuttgart, 1877].

(3) Kölliker Alb. — « Entwicklungsgeschichte » Leipzig, 1879.

(4) Spaet e Wedl. — [riscontra Küstner].

(5) Küstner. — « Ueber die Anatomie und Bedeutung der placenta marginata » Centralblatt für Gynäkologie, 1884, n. 41.

(6) Veit. — « Endometritis decidua » [Volkmanns Sammlung Klinischer Vorträge] 72 Gena, 1885, n. 251, 8. 42.

(7) Krukenberg. — « Ueber die Entstehung der placenta marginata » Archiv für Gynäkologie 1886, Band XXVII, Heft. 3.

(8) Auvard. — « Travaux d'Obstétrique » T. 2, Travaux inédits, Paris 1889.

(9) Roncaglia. — Loco citato — Memoria originale 1889 ed Annali di Ost. e Ginecol. Milano 1890.

spesso ovalare od irregolare. L'area vascolare è ridotta più o meno fin quasi alla metà dell'area coriale.

Il cordone velamentoso, la presenza del margine e la irregolarità della forma della placenta si trovano spesso combinati insieme.

Ora che possiamo intenderci, passo alla descrizione dei singoli casi ed allo studio istologico dei pezzi patologici, per venire dopo alla discussione.

Quò l'O. dà la descrizione macroscopica minuta delle 15 placente da lui studiate, facendola seguire dall'esame istologico di ciascuna; quindi continua:

Volendo riassumere le osservazioni istologiche, si ottiene un complesso di alterazioni d'ordine infiammatorio. Questo processo è manifesto in tutti i suoi gradi e nei vari tessuti della placenta. I vasi sia coriali che villosi sono infiammati. Le pareti ingrossate per infiltrazione parvicellulare o per proliferazione, il lume impicciollito, e qualche volta obliterato. Dove l'infiammazione durava da tempo a queste alterazioni vasali si è sostituita o la sclerosi, o la necrosi da coagulazione.

In dipendenza a questi fatti è succeduta la stasi generale nei vasi intravillosi, o la rottura delle pareti e quindi i focolai emorragici intravillosi e lacunari, e le essudazioni fibrinose, le cisti ematiche. Sempre in dipendenza alla mancata nutrizione dei villi per il disturbato circolo, si ha la flogosi del villo e dopo forme di degenerazione fibrosa, ialina, cistica, la necrosi da coagulazione, l'infiltrazione calcarea.

Queste alterazioni si seguono lungo il processo formativo della placenta, dal 4.^o mese, quando la placenta è costituita in tutte le sue parti, fino al 9.^o mese. È da vedere se esse sono sorte, durante lo sviluppo della placenta, o se provengono da epoche anteriori, cioè se esse appartengono esclusivamente alla placenta, per malattia contratta durante il suo sviluppo, o se provengono dall'uovo o dalla decidua materna ammalati.

Questo responso è difficile, perchè abbisognerebbe uno studio minuzioso dei prodotti abortivi dal 4.^o mese di gestazione in sotto. Io l'ho già iniziato e sebbene non sia ancora in grado di stabilire questa concatenazione di fatti, pure sono al caso di provare che la decidua ed i villi, dove già sono formati, non sono normali negli aborti nelle varie età. In un aborto raccolto intorno alla 2.^a mancanza mestruale, nel quale si ebbe uscita dell'ovulo intero coll'invo-

luero deciduale, e dove erano già stabiliti dei rapporti tra decidua e villi, si notavano già fenomeni infiammatori iniziali. I villi caduchi, rispondenti alla decidua riflessa, non si erano ancora atrofizzati.

Entrando un poco nel campo embriologico, troviamo che prima ancora dello sviluppo dei villi lo strato d'albumina dell'uovo, strato esterno, si mette a contatto della decidua, verso la 2.^a settimana si covre di villi. Più tardi, si affermano i villi, che stanno in rapporto alla decidua vera e si atrofizzano tutti gli altri rispondenti alla riflessa. In quest'epoca l'allantoide si espande sulla faccia interna del chorion per vascularizzare i villi, i quali penetrano nella decidua e si rivestono dell'organo glandulare.

A quest'epoca noi dobbiamo risalire per discutere l'ipotesi del Fabbri. Ciò non toglie però di rimontare ad epoche anteriori per trovare l'inizio di queste alterazioni, all'epoca in cui lo strato albuminoso dell'uovo contrae rapporti di contatto colla decidua, oppure all'origine dell'uovo stesso.

Nell'un caso è da ricercare la causa nella decidua, nell'altro caso nei genitori, che hanno fecondato un uovo ammalato.

Entrando in questo campo bisogna vagare nelle ipotesi, ma io non sono chiamato a questo, dovendo dimostrare semplicemente che le placente marginate, irregolari o velamentose abbiano preso quella forma per le alterazioni, cui sono andate soggette.

In ogni modo per studiare l'ipotesi del Fabbri bisogna che mi trascinò fino all'origine, per le altre il lavoro è più lieve.

L'illustre Ostetrico di Modena, ingegnosamente, volendo spiegare la placenta marginata, ha formulato l'ipotesi che « In una piccola area, attorno all'inserzione del cordone ombelicale i villi del chorion si sono permanentemente vascularizzati per formare la porzione fetale della placenta, e questi pochi villi irrorati di gran copia di sangue, perchè in loro si concentrava tutta la vita dell'allantoide, hanno dovuto vegetare, ramificandosi in modo straordinario ed invadendo la serotina anche fuori dell'area corrispondente alla origine dei villi stessi. »

Io ho voluto supporre più sopra che ogni alterazione da noi vista possa originare dall'uovo ammalato, per restare nella cerchia della ipotesi Fabbri, e con essa spiegare il vizio di forma della placenta, invertendo però i termini. Ciò che il Prof. Fabbri addebita ad esuberanza di vita, io metto a deficienza di sviluppo, e spiego anche perchè l'allantoide giunga sul chorion modificato nella forma.

A quanto pare è dimostrato che la sifilide e la tubercolosi possono trasmettersi dai genitori ai figli; varie specie di batteri si son visti passare dalla madre all'embrione ed io stesso ebbi a constatare sperimentalmente il passaggio del bacillo del tifo dalla madre al feto.

Per questo potere di trasmissione si ha un uovo inficiato, il quale o non ha la forza di stabilire rapporti colla caduca e svilupparsi successivamente e regolarmente e quindi cade, o pur avendo certe qualità adatte allo sviluppo e mancando di altre, viene avanti incompleto.

Per questa stessa ragione l'allantoide, organo vascolare, destinato a mettere in funzione i villi della caduca vera, viene fuori alterato nella forma e nella costituzione; esso invece di espandersi largamente su tutta la faccia del chorion attaccata alla decidua vera, discende più ristretto, più piccolo, per cui non tutto, ma una parte soltanto del chorion, addossata alla decidua vera, fornisce di vasi, e quindi non tutti i villi di quel chorion si sviluppano in modo da poter dare forma rotonda alla placenta, ma parte soltanto, ed è logico che la placenta nasca e si sviluppi irregolare nella forma.

Nato ammalato l'allantoide, cioè i vasi dei villi, questi non possono avere grande sviluppo, non possono esorbitare di nutrizione, debbono successivamente lungo il processo formativo della placenta andare incontro a quelle gravi alterazioni di cui parliamo, debbono i più deboli atrofizzarsi, e quindi abbandonare i rapporti col chorion e coi compagni vicini, ed al loro posto, trattandosi di tessuti in preda ad infiammazione, è facile raccogliersi prodotti d'infiammazione, fibrina, coaguli sanguigni ecc.; è facile per questo lavoro distaccarsi il chorion e restringersi l'area choriale, invadendo questo terreno disoccupato la decidua riflessa, pronta a ricolmare gli spazi per mantenere l'uovo sempre protetto in tutti i lati della decidua.

Quanto ho supposto è dimostrato e lo vedremo meglio quando discuteremo le altre ipotesi. Per ora doiente di non trovarmi in tutto d'accordo colla spiegazione del Prof. Fabbri, e con quella del Roncaglia che attribuisce al margine della placenta lo sforzo per raggiungere essa i limiti fisiologici, mi basta mostrare che i villi del margine sono i più alterati e che invece di trovarsi in proliferazione si rinvengono in uno stato di regressione, di atrofia o di distruzione. Il chorion rispondente al margine non sempre è distaccato e libero, per lo più gli resta appoggiato per mezzo di villi atrofici e di essudati e per mezzo della decidua che dalla faccia uterina del chorion si riflette sul margine. Proprio questa porzione di chorion è più ispessita e più opa-

cata del restante di chorion laeve e forma una specie di nastro perlaceo attorno all'area choriale.

Le forme delle placente, che ho descritto, figurandone talune, mostrano la mancanza di interi settori nel quadrante placentare, per cui l'inserzione del cordone si presenta eccentrica o velamentosa. Un territorio di chorion, che non ricevette la vita dall'allantoide, non poté sviluppare i suoi villi, e là la placenta si è deformata.

Successivamente si formò il margine, il quale, quasi a darci ragione, si trova spesso sul lato del diametro placentare più lungo, si trova in placente molto sviluppate e sufficienti alla vita fetale, si trova ora intero, ora parziale, è mancato in placente piccole, dove esisteva il cercine. L'area vascolare che io metto in rilievo, mostrando come essa è sempre più piccola dell'area choriale, serve a chiarirci la formazione del margine, giacchè atrofizzandosi i villi, atrofizzandosi i vasi e diminuendo i rapporti del chorion col tessuto villosa sottostante, nell'intermezzo dei quali raccogliendosi essudati, coaguli, decidua alterata fibrosa, devono scomparire i vasi superficiali; quelli che vediamo arrestarsi bruscamente dentro i confini dell'area choriale, ed approfondarsi nel tessuto; che essi sono scomparsi in seguito alle alterazioni dette ed al distacco del chorion lo prova il fatto, che disseccando uno di questi tronchi vascolari e seguendolo profondamente, esso giunge fino ai confini estremi della placenta.

Voglio dire con ciò che alle parti periferiche della placenta la vita è più angustiosa, perchè più lontane dal centro d'irrigazione, e che l'area vascolare preavvisa della formazione del margine e dello ingrandimento, che lo stesso può successivamente e gradatamente subire, fino a ridurre moltissimo l'area choriale, ed atrofizzare esageratamente tutta la placenta, di cui s'incontra qualche esemplare. L'atrofia la dico postuma perchè ho trovato due volte un feto molto sviluppato in rapporto ai diametri ed alla grossezza della placenta, assai deficiente.

Se non è vera l'ipotesi da me messa avanti, che dall'uovo ammalato siano dipese tutte le alterazioni, e se non sta in tutto l'ipotesi del Fabbri da me modificata, si può pensare che le alterazioni originino all'epoca in cui il chorion contrae rapporti intimi colla decidua vera, la quale essendo ammalata nel rivestire i villi della parte glandulare trascinava questi in quel campo patologico che abbiamo passato a rassegna. E sempre in dipendenza delle suddette alterazioni si spiegherebbe anche qui la formazione del margine, escludendo ogni

possibilità d' invasione della serotina fuori dell' area corrispondente all' origine dei villi stessi, ciò che è stato dimostrato da altri. (1)

Passiamo ora in rivista le altre ipotesi, le quali, secondo le osservazioni raccolte e secondo la discussione fatta, cadono completamente.

Il Ruge ripone la causa della anomalia negli essudati e negli spandimenti sanguigni, che si trovano fra la parte di placenta cresciuta al di fuori del chorion e le membrane dell' ovo, che hanno luogo frequentemente in seguito ad una emorragia durante la gravidanza.

Senza ritornare sul già detto a me pare che alle conseguenze di alterazioni esistenti già svoltesi lentamente in corso della gravidanza si vogliano attribuire potenze causali. Gli essudati e gli spandimenti sanguigni avvengono dopo che il tessuto è alterato e dopo che il chorion ha indebolito i rapporti col tessuto villosa. E debbo ritenere completamente sbagliato il concetto del Ruge che qualunque placenta si possa ridurre marginata, quando si stacchi con circospezione la porzione del chorion che copre il bordo della placenta, perchè nelle placente sane il chorion non si lascia staccare senza lacerarsi e senza rompere i villi, solidamente impiantati. Questo distacco avviene invece facile coll' aiuto solo del dito nelle placente marginate, nelle quali il chorion della placenta, cresciuta fuori l' area choriale, è semplicemente appoggiato e tenuto in sito da essudati e da rari villi atrofici.

Colle stesse argomentazioni posso combattere l' opinione di Spät e Wedl che ricercano la causa della anomalia del tessuto grigiastro, che ricopre il margine della placenta, il quale per loro è formato di fibrina, per Köllicker dell' addossamento della caduca vera e riflessa, per Busch ed Akermann di fibrina e caduca.

Senza dubbio la sostanza che spalma il margine è tessuto deciduale degenerato, contenente coaguli fibrinosi e sanguigni, ma, ripetendoci, essi sono provenienti dallo stato infiammatorio della placenta. « È lo Schultze che si avvicina al nostro concetto, schierandosi « per la teoria dell' infiammazione, ed ammettendo come causa gli « antecedenti della donna, i quali spesso accennano ad endometriti « più o meno gravi, e la grossezza della decidua. »

Nelle storie delle inferme, dettagliate in principio, si trovano tra i precedenti le flogosi uterine, la sifilide, la tubercolosi. Nelle osservazioni microscopiche largheggiano le alterazioni deciduali, e quindi

una relazione di causa ad effetto si potrebbe invocare, ma nel senso che vuol dare lo Schultze, cioè che l' anomalia sarebbe il prodotto d' un processo flogistico della membrana decidua esclusivamente, mi pare esagerato, perchè io non faccio dipendere il margine dalla intramissione della decidua ipertrofica, ma tanto la formazione del margine quanto le altre alterazioni tutto al più potrebbero essere determinate dalla decidua infiammata, la quale formando la porzione materna della placenta potrebbe guastare la vita e lo sviluppo della porzione fetale (corion e villi). Sicchè, pur convenendo nel concetto generale, differiamo nel particolare e nella spiegazione del margine.

L' opinione del Küstner è fondata sulla sproporzione tra l' accrescimento delle pareti uterine e della placenta stessa. Il margine rappresenterebbe per lui la porzione di placenta cresciuta al di là della linea d' inserzione del chorion sulla parete uterina, e spiega il concetto ammettendo che la parete uterina sia rimasta a quel dato punto di sviluppo, che segna l' area choriale od intramarginale, mentre la placenta sia cresciuta di più dell' utero per quel tanto, che viene rappresentato della porzione estrachoriale o marginata. Le condizioni favorevoli a ciò sono da lui riposte nelle contrazioni uterine di durata più o meno lunga le quali danneggiano l' accrescimento della parete uterina, e non contrariano l' accrescimento della placenta e del feto.

A questa spiegazione non so affatto adattarmi, dappoichè non comprendo come contrazioni leggere e passeggere della fibra uterina possano danneggiare l' accrescimento della parete uterina, e come danneggiando questa non vengano a danneggiare lo sviluppo della placenta e ciò che è più facile l' impianto della stessa. È stato dimostrato che la placenta accresce il perimetro fino al 7.^o mese di gestazione, dopo aumenta lo spessore; quelle placente di parti a termine che troviamo marginate si dovettero marginare, stando alle idee sudette, prima del 7.^o mese, perchè dopo non crebbero più, ed intanto l' utero seguì il suo distendimento fino a dare spazio ad un feto nonimstre. Forse non capisco lo spirito della spiegazione del Küstner ma a me non pare convincente.

Meno convincente è la spiegazione del Veit, che addebita l' accrescimento dei villi placentari oltre il limite cui aderisce il chorion, alla rigidità dell' anello o cercine fibroso, limitante l' area choriale.

Io ho trovato mancalite o leggermente accennato questo cercine in corrispondenza del margine, e l' ho visto molto fibroso e sporgente per tutta la circonferenza della placenta, quando di margine apparente

[1] V. Lavoro del Manfredi. — Annali di Ostetr. e Ginec. Milano « Sulla emorragia prima, durante o dopo il parto » 1893.

ve ne era un piccolissimo tratto; ho riscontrato inoltre debolmente attaccato il chorion al tessuto villosa anche dentro l'area segnata dal cercine, ed ho potuto distaccare questo cercine senza lacerazioni, aderendo talvolta debolmente al tessuto placentare.

Io non credo di dover dare importanza speciale allo stesso, giacchè a me pare che esso risulti da una ripiegatura su sè stesso del chorion, già distaccato o rallentato negli attacchi. Avendo praticato dei tagli su questo punto (fig. B, Tav. II.) si vede che il chorion rimasto libero si è ripiegato su sè stesso, ed i due foglietti messi a contatto e aderiti formano il bordo rilevato.

L'andamento delle fibre del chorion in *p e h* lo dimostrano chiaramente. Per ciò stesso si forma la piega del chorion (fig. B, Tav. II.) a cui il Roncaglia ha attribuito virtù speciale.

In tutte queste ipotesi, le quali non restano provate che da semplici congetture, havvi un errore, secondo me, di attribuire potere genetico a ciò che è la necessaria conseguenza d'un'alterazione profonda e generale.

Molto meglio si presta alle obiezioni la teorica del Krukenberg che ripone la formazione del margine nella usurpazione di di spazio, il che se per poco si può ammettere nelle gravidanze gemellari, non può invocarsi certo in quelle semplici.

Già nelle placente da gravidanze gemellari non si trova costante il margine; esso è stato da me riscontrato nelle placente ammalate provenienti da parto gemellare, e poi più d'una volta ho visto fuse le due placente o deformate per la compressione che una esercitava sull'altra, senza accennare a formazione di margine (una di queste giace nel gabinetto di Anatomia Patologica di Palermo); come ho anche visto le due placente fuse, secondo la figura del Krukenberg, irregolari nella forma, marginate parzialmente, ammalate. Tutte le altre in questo lavoro descritte sono placente alterate non solo nella forma ma anche nella costituzione, perchè dunque vagare nel campo delle ipotesi e non attenerci a spiegazioni logiche coll'aiuto dell'anatomia patologica che è la base più soda e più vera da cui inferire la patogenesi dei mali?

La causa degli errori, o meglio la ragione vera di ricorrere alle ipotesi si trova nel fatto, che nessuno è andato a scrutare profondamente il segreto anatomico di queste placente.

Concludendo credo di avere dimostrato fin qui che:

1.º Le placente marginate o nappiformi, le placente deformate (reniforme, a lingua, ecc.) le placente velamentose, sono placente anormali, alterate nella forma e nella costituzione e rappresentano unica entità patologica.

2.º L'alterazione di forma proviene da mancato sviluppo; l'alterazione di costituzione da malattia congenita od acquisita della placenta. La causa dell'alterazione o deve riferirsi all'uovo oppure alla decidua, e quindi varia l'epoca d'origine, dovendosi nel 1.º caso risalire a malattie costituzionali dei genitori, nell'altro a malattie dell'utero. In ogni modo le alterazioni possono originare dalla sola porzione fetale della placenta, o dalla sola porzione materna o da entrambe.

3.º Stabilite le alterazioni infiammatorie dei villi, del chorion e della decidua, riscontrate tutte le fasi del processo infiammatorio, dalle iniziali sino alle forme degenerative, fibrose, jaline, cistiche e metaplastiche, si trova la spiegazione del margine, della piega del chorion, del cercine limitante l'area choriale, dello spessore esagerato della placenta, della ristrettezza dell'area choriale e dell'area vascolare.

4.º Il margine è dovuto a distacco del chorion per atrofia dei villi in quel dato circuito, e la decidua e gli essudati fibrinosi ed i coaguli sanguigni vi penetrano e si depositano in seguito al rallentamento dei rapporti tra chorion e tessuto villosa.

5.º Il cercine limitante l'area choriale e la piega del chorion sono conseguenza del distacco del chorion, che restando beante si ripiega su se stesso e si salda.

6.º L'area choriale e l'area vascolare s'impiccioliscono a maniera che si va formando il margine.

7.º Il nastro che circonda il limite dell'area choriale è dovuto ad ispessimento ed opacamento del chorion, che risponde al margine.

8.º La natura delle alterazioni, l'andamento lento e progressivo, la data d'origine, sia rimonti alla fecondazione dell'uovo, sia rimonti alla epoca in cui l'uovo entra in rapporti diretti colla decidua, la loro localizzazione, sia se risiedono nella porzione fetale, sia nella porzione materna, ci mettono sulla via di crederci, che non un puro accidente, o un disturbo passeggero sia la causa che dia origine a queste anomalie, ma le malattie costituzionali e le malattie dell'utero

sono quelle che arrestano e deviano il normale, completo e regolare sviluppo delle placenti.

Tutto ciò ci conduce nella possibilità di potere intervenire nella cura per preparare un migliore avvenire nella madre e nel figlio, e ci consiglia di non guardare le anomalie come semplici curiosità scientifiche.

Pria di finire ho l'obbligo di ringraziare l'esimio Prof. Comm. Santi Sirena, Direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica di Palermo, che mi ha permesso di fare questi studi nel suo Gabinetto, fornendomi opportuni consigli. Nello stesso gabinetto sono stati conservati gli esemplari studiati.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Tavola I.

Fig. A. — Si riferisce all'osservazione 10.^a e 15.^a - Placenta da parto prematuro con cisti ematiche, marginata, con inserzione eccentrica del cordone, veduta dalla faccia fetale.

cc — Cisti ematica intera, ripiena di liquido siero-sanguinolento.

cc' — Idem, privata della parete anteriore, formata a spese del chorion frondoso.

m — Margine o collareto placentare.

fc — Funicolo ombelicale eccentricamente impiantato.

a — Amnios, scollato dal chorion.

Fig. B. — Osservaz. 8.^a - Placenta abortiva, velamentosa, marginata, a forma di vena, veduta dalla faccia uterina.

c — Corioidoni molto grossi, sollevati parecchi centimetri dal piano choriale.

s — Solchi intercorioidonari profondi, rivestiti di decidua.

fc — Funicolo ombelicale velamentoso, inserito sul chorion tenue.

Fig. C. — Osservaz. 7.^a - Placenta abortiva di 4 mesi circa, velamentosa, marginata, veduta dalla faccia fetale.

ca — Villi superstiti nell'angolo chorion-frondoso.

chl — Chorion laeve riboccato sul chorion frondoso.

c — Cercine fibroso limitante l'area choriale.

m — Margine veduto dalla faccia fetale.

Fig. D. — Osservaz. 9.^a - Placenta da parto prematuro di donna eclampica, veduta dalla faccia fetale.

e — Vasi con disposizione speciale. Si vede l'area vascolare molto ridotta.

ach — Area choriale bene circoscritta entro i limiti del cercine fibroso rilevato.

c — Cercine fibroso limitante l'area choriale. Nel caso in specie il margine era parziale.

f — Funicolo ombelicale impiantato eccentricamente.

Fig. E. — Osservaz. 4.^a - Placenta da parto a termine, marginata tipica, veduta dalla faccia fetale.

c — Cercine fibroso limitante l'area choriale, rilevato in tutta la circonferenza.

- m* — Margine sporgente parecchi centimetri dalla inserzione fissa del chorion.
v — Vasi che s'interrompono in vicinanza del margine, entro l'area choriale.
f — Funicolo ombelicale, inserito quasi al centro dell'area choriale.

FIG. 8. — Presa dall'osservaz. 8.^a - Ingrandimento naturale. Il taglio mostra il margine ed il chorion rivestiti di decidua fibrosa e l'angolo risultante dal loro distacco.

- m* — Margine.
cl — Chorion rispondente al margine, la cui faccia uterina è tappezzata di decidua fibrosa che si riflette sulla faccia fetale del margine.
a — Angolo risultante dal distacco del chorion dal margine.
cf — Chorion frondoso rallentato nei suoi attacchi.
af — Decidua fibrosa.
ffd — Faccia fetale del taglio.
ful — Faccia uterina dello stesso.

FIG. 9. — Presa dall'osservaz. 1.^a - Ingrandimento naturale.

- fo* — Focolaio emorragico dentro un villo fibroso.
v — Vaso alterato, che ha dato luogo all'emorragia; il tessuto del villo che lo contiene è divenuto fibroso.
lf — Tessuto ialino.

FIG. 10. — Presa dall'osservaz. 1.^a - Ingrandimento doppio del naturale. Si vede la esagerata sclerosi vasale, la stasi vasale e qualche focolaio emorragico.

- cf* — Villi fibrosi con vasi alterati, predomina la periaarterite e la sclerosi delle pareti vasali.
ve — Vasi zaffati completamente di sangue.
fo — Focolaio emorragico.

FIG. 11. — Ingrandimento naturale. Taglio intero della placenta.

- a* — Angolo chorion-marginale.
cf — Chorion frondoso, che ha rallentato gli attacchi col tessuto villosa.
lv — Tessuto villosa.
p — Punti di rilascio della sostanza villosa.
d — Chorion beante.

FIG. 12. — Presa dall'osservaz. 8.^a - Ingrand. Oc. 2. Obb. 7. Hartnack.

- abc* — Punti di degenerazione cistica della sostanza parenchimale del villo, o meglio piccole cisti a contenuto di sostanza degenerata.

FIG. 13. — Presa dall'osservaz. 8.^a - Ingrand. Oc. 2. Obb. 7. Hartnack.

- xe-xe'* — Saccocce cistiche ripiene di sacchetti di sostanza degenerativa.
ed — Cavità risultante dalla distruzione di parecchie cellule degenerate con qualche nucleo cellulare superstite.

Tavola II.

FIG. 1. — Presa dall'osservaz. 8.^a - Ingrand. Oc. 2. Obb. 8. Hartnack.

- ep* — Epitelio normale piatto.
cbf — Chorion frondoso, ricco di cellule connettivali embrionali.
me — Metaplasia cartilaginea.
df — Porzione glandulare o materna del villo in degenerazione fibrosa e ialina, che circonda e strozza il parenchima del villo *ed*.
ed — Parenchima villosa o endochorion in via di distruzione.
cd — Cellule deciduali dell'organo glandulare, superstiti, alterate.

FIG. 2. — Presa dall'osservaz. 4.^a - Ingrand. Oc. 2. Obb. 4. Taglio del solo chorion frondoso, che ha preso disposizione papillare.

- ep* — Epitelio normale, piatto, appoggiato sopra uno strato di tessuto fibroso sotto-epiteliale.
lm — Tessuto indeterminato, degenerato, che separa gli strati superficiali del chorion dai profondi, per cui il chorion subisce delle piegature.
vi — Vaso choriale fortemente infiammato.
cn — Connettivo giovane ed infiltrazione parvicellulare negli strati profondi del chorion frondoso.

FIG. 3. — Presa dall'osservaz. 8.^a - Vaso choriale. Ingrand. Oc. 2. Obb. 5. Werich.

- uar* — Lame del vaso arterioso che tende a restringersi.
av — Parete del vaso, che ha modificato completamente la sua struttura. Gli elementi cellulari visibili sono invasi da necrosi di coagulazione (Weighert).

FIG. 4. — Presa dall'osservaz. 8.^a - Sezione trasversale di due villi limitrofi. Ingrand. Oc. 2. Obb. 5. Hartnack.

- cf* — Villo in trasformazione fibrosa.
lc — Infiltrato di granuli calcarei.
vi — Vasi infiammati.
pv — Placche epiteliali necrotiche.
df — Decidua fibrosa.
viu — Villo secondario ialino.
vip — Infiltrazione linfoide nel parenchima del villo.

FIG. 5. — Presa dall'osservaz. 6.^a - Epitelio del chorion frondoso in cariocinesi. Ingrand. Oc. 2. Obb. 9. Werich.

- ec* — Elementi epiteliali cilindrici con nucleo in cariocinesi.
ec — Cellula in cariocinesi, derivante dagli erenti sottostanti.
eg — Cellula gigante polinucleata, proveniente anch'essa dagli elementi sottostanti.

FIG. 6. — Presa dall'osservaz. 9.^a - Ingrand. Oc. 2. Obb. 3. Hartnach (piega del chorion, margine).

pch — Piega choriale, in cui si vede l'andamento delle fibre e l'addossamento e saldatura dei due foglietti choriali per dar luogo al cercine.

ach — Sperone risultante dalla saldatura suddetta.

m — Margine rivestito di decidua fibrosa e ialina.

chb — Chorion beante, distaccato dal margine, che fa continuazione del chorion laeve. È spesso e ricco di connettivo neoformato.

fe — Focolaio emorragico. Globuli sanguigni in disfacimento.

di — Decidua in via di degenerazione ialina.

de-de' — Porzione marginale del villo con cellule deciduali degenerate in mezzo a decidua fibrosa e ialina.

FIG. 7. — Presa dall'osservaz. 9.^a - Angioma dei villi choriali. Ingrand. Oc. 2. Obb. 2 senza diaframma. Werick.

ch — Chorion alterato fibroso e ialino.

lf — Tessuto fibrillare circondante i vasi.

em — Vasi di neoformazione, che hanno sostituito il parenchima del villo. Il tessuto del villo è prevalentemente vascolare, i vasi sono ripieni di sangue.

FIG. 14. — Taglio intero praticato nello spessore d'una cisti ematica, mostrante come si formi il cavo della cisti ematica, in seguito a distruzione dei villi.

a — Amnios distaccato.

c — Chorion alterato con vasi infiammati.

e — Villi in dissoluzione.

C — Cavo cistico.

DISCUSSIONE

Prof. Pestalozza. — Dalle tavole che illustrano la comunicazione del Dott. Giglio rilevo alcuni dettagli di struttura che io credo si possano benissimo interpretare come fatti fisiologici, anziché come produzioni patologiche. Le striscie di fibrina canaliculata, il polimorfismo delle grosse cellule che si riscontrano in zone confinanti, i fatti di atrofia nei villi che ne sono circondati sono per mia esperienza fatti quasi costanti nelle placente sane e derivanti probabilmente da varietà nella evoluzione fisiologica di quell'epitelio profondo del corion, o strato cellulare dei *Langhans*, che è destinato a scomparire nella evoluzione della placenta e che per me è il punto di partenza di tutte le produzioni cistiche, e di un buon numero dei così detti infarti della placenta, e che se si dovessero interpretare come fatti patologici, ci porterebbero a pensare che più della metà delle placente siano malate. Queste mie osservazioni si riferiscono specialmente alle apparenze riprodotte nelle figure prima ed ultima della 2.^a tavola.

Il Dott. Giglio richiama l'attenzione sulle alterazioni delle pareti vasali: ha constatato sempre endo-arterite, periarterite, sclerosi vasale: fatti questi per cui ha ritenuto come patologici i pezzi avuti in esame.

Anche sulla decidua ha trovato scomparso l'elemento cellulare sostituito da tessuto fibroso.

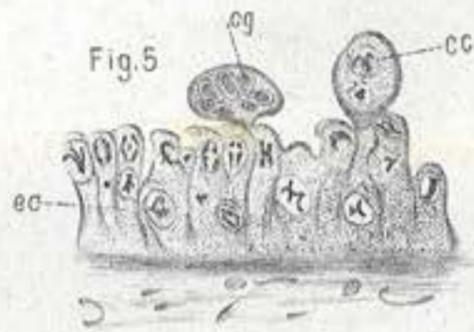
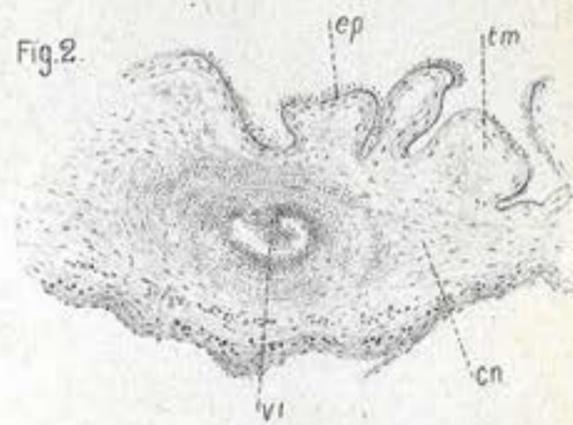
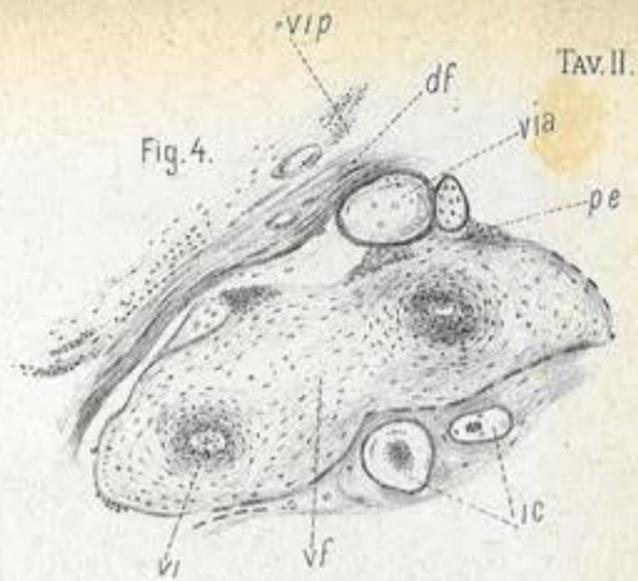
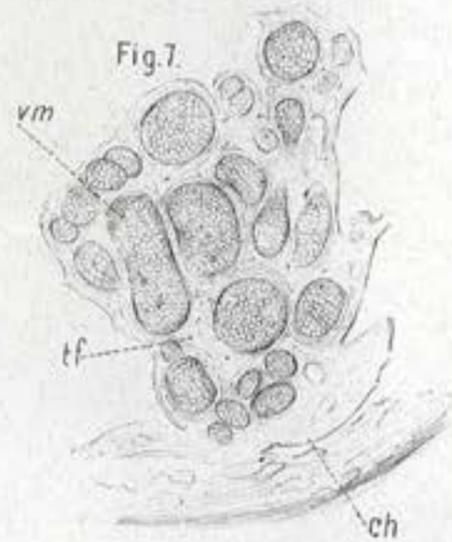
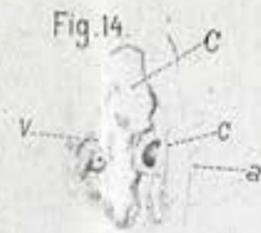
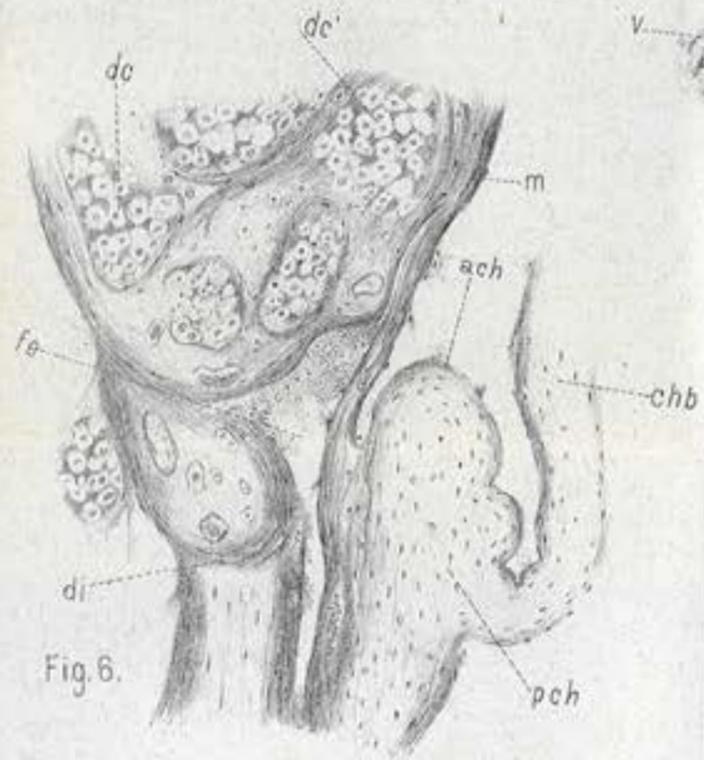
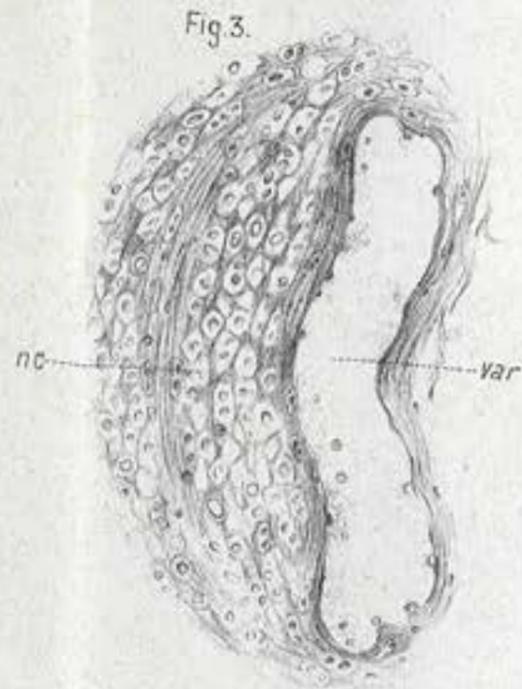
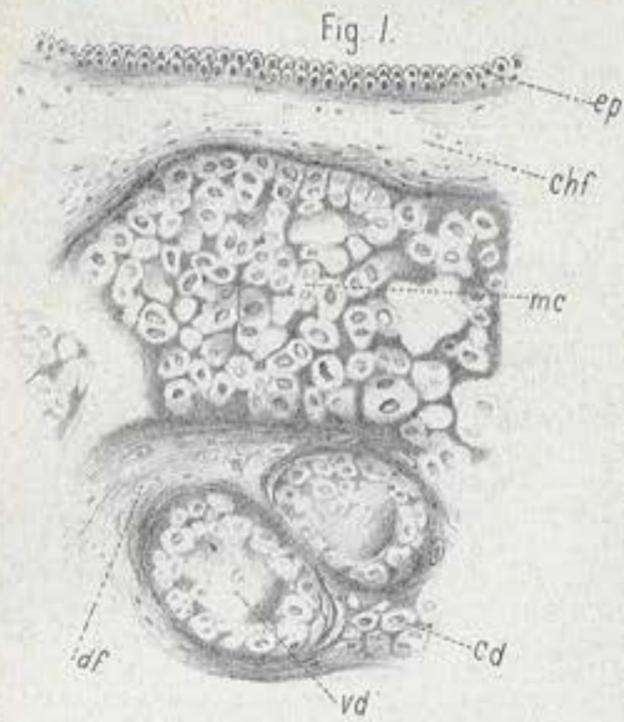
A ciò aggiunge il contributo dell'anamnesi; avendo seguito nella stessa donna un primo ed un secondo parto, ha trovato nel primo alterazioni classiche, mentre nel secondo queste si erano modificate in meglio.

Il Prof. Fabbri, che per primo descrisse un caso di placenta marginata, emise l'ipotesi che dipendesse da forma clavata della allantoide, onde questa fosse portata ad inserirsi in un'area limitatissima della faccia interna del corion invece di espandersi ad aderire a tutta la detta faccia.

Nella descrizione da lui fatta sono esposte le ragioni sulle quali appoggiava la sua ipotesi. Il prof. E. F. Fabbri descrisse questa placenta col nome di *placenta con faccia coriale piccolissima* a pag. 65 del V. rendiconto della Maternità di Bologna, pubblicato nel Bullett. della Soc. med. 1874.

Fa notare al Dott. Giglio che sarà facile il vedere se questa ipotesi è giusta osservando se manchi nel caso di placenta marginata il resto di tessuto allantoideo che normalmente deve esistere fra amnio e corio. Ma lo prega a fare tale investigazioni in quei casi di placenta marginata che egli vorrebbe chiamare tipici, come i due da lui descritti, nei quali cioè la piccolissima area coriale è un disco quasi perfetto, e la inserzione del funicolo vi è centrale. La quale regolarità e simmetria di forma fu appunto la ragione potentissima che indusse nel prof. Fabbri l'idea della sua ipotesi.

Le altre forme asimmetriche si attaglierebbero assai bene alla teoria delle alterazioni patologiche vasali trovate dal Giglio; mentre per altri casi è evidente la etiologia *della compressione esterna*, come nelle gravidanze multiple, nelle quali spessissimo vediamo un margine della placenta d'un feto con un suo gozzo o lembo extra-coriale insinuarsi sotto il sacco dell'altro uovo, il quale in un altro punto manda alla sua volta un simigliante lembo della propria placenta sotto il sacco del primo.



QUARTA SEDUTA

17 OTTOBRE - ORE 9

DOTT. ETTORE BIDONE

IL ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

Due casi di tumore cheloide dell'ovaio

(Sunto letto dal Prof. PESTALOZZA)

Sopra un buon numero di operazioni laparotomiche eseguite dal Prof. Pestalozza nell'anno accademico 1893-94, ho potuto in due di esse raccogliere dei prodotti patologici, che per la loro speciale composizione istologica si poterono battezzare quali *tumori cheloidi*.

In entrambi i casi si trattava di cisti ovariche, ed i tumori facevano parte della parete cistica.

Questi tumori sono affatto simili nella loro intima tessitura a quello raccolto da Krönlein sull'orecchio di un bambino di 9 anni e descritto, come caso importantissimo, dal Klebs (1).

L'averli trovati su parete di ciste ovarica costituisce una novità anatomo-patologica in tale regione, novità che non può esser priva di interesse. È perciò che ho creduto opportuno farne oggetto della presente comunicazione.

1.° Nel primo caso (ovariosalpingectomia per cistoma ovarico) l'ovaio esportato presentava due cisti, ripiene di siero limpido, di cui la più grossa raggiungeva il volume di un pugno di uomo adulto.

Questa presentava sulla sua maggior spogenza una chiazza di forma ovale, a contorni regolarissimi e delle dimensioni di 15 per 10 mm., la quale in quel tratto sostituiva la parete cistica, in cui sembrava come incastrata.

La sua superficie libera era liscia, biancolucida, leggermente convessa, come la superficie cornale; quella interna era tappezzata da membrana fortemente pigmentata, scura e friabile.

Queste speciale particolarità anatomo-patologica della parete cistica ovarica rappresenta un cheloide, che differisce da quello della pelle soltanto macroscopicamente e solo nella forma, che è raggiata in questo, mentre in quello ha contorni nettamente limitati e regolari.

(1) Klebs. — Allgemeine pathologie — Vol. II. pag. 618.

Il colore bianco-perlaceo lucente e la consistenza sua speciale la assomigliavano tanto alla cartilagine di incrostazione, che lì per lì fummo tratti in inganno credendo fosse pure ad essa identica nella tessitura; epperò praticammo ricerche attentamente e ripetute volte sull'intero pezzo anatomico per vedere se eventualmente vi fossero altri elementi eterogenei, che ci portassero alla diagnosi di ciste dermoide dell'ovaio; ricerche tutte naturalmente rimaste infruttuose.

Es. microscopico - (fig. 1). - Indurito il pezzo in alcool, ne inclusi in celloidina e in paraffina due pezzetti. Le sezioni fatte col microtomo dimostrarono che il tumore è in continuazione diretta colla parete cistica per un passaggio quasi insensibile. Mentre la parete cistica è sottile, la neoplasia è 4-6 e anche più volte spessa.

A prima vista e a piccolo ingrandimento sembrerebbe costituito da tessuto tendineo, ma osservato con forte ingrandimento (Koristka, ob. 6-8, oc. 3) si vede che non è tessuto fibroso, ma che consta invece essenzialmente di una sostanza fondamentale anista, omogenea, ialina, che si colora intensamente e uniformemente alle colorazioni diffuse (litocarm. eosina ecc.), rimane bianca splendente se trattata colle colorazioni nucleari (safranina ecc.).

Fig. 1.^a

Superficie libera del tumore



(Koristka ob. 6 - oc. 3)

1.^o caso di Tumore cheloidi dell'ovaio.

Questa sostanza fondamentale ialina costituisce la massa della neoplasia, non essendovi in essa altro di morfologicamente differenziato all'infuori di esili canalicoli con rari elementi endoteliali. Essa difatti si presenta come solcata da piccoli spazi chiari, alcuni più, altri meno allungati, che la dividono in numerose e piuttosto grosse zolle disposte parallelamente l'una all'altra.

Questi spazi chiari stanno a rappresentare dei canalicoli e degli spazi linfatici. Essi sono affatto vuoti, solo in qualcuno si nota un po' di detrito finemente granulare.

Nelle sezioni ci appaiono tagliati più o meno obliquamente, talché assumono una forma ora fessata, ora cilindrica allungata. Appaiono come canalicoli stretti schiacciati; talora semplici, talora invece con diramazioni che si anastomizzano con altre vicine. Sembrano tutti diretti nello stesso senso, paralleli l'uno all'altro, e alla linea della superficie libera del tumore.

Un tenue endotelio formato da scarsi elementi piatti, intensamente colorati, tappezza le pareti interne dei suddetti linfatici. In alcuni di essi, i più esili, l'endotelio è ridotto ad una o due cellule che pare riempiono quasi il lume del canalicolo.

La loro disposizione varia andando dalla periferia della neoformazione verso la sua superficie interna; mentre là difatti i canalicoli linfatici sono esili ma molto avvicinati fra loro e allungati; verso la superficie interna invece aumentano alquanto di calibro, e diventano un po' irregolari nei loro contorni; sono però molto più radi.

Nella sostanza fondamentale ialina si vede qua e là qualche raro nucleo rotondeggiante, intensamente colorato, più piccolo di un leucocito, che per essere circondato da sottile alone chiaro sembrerebbe esso pure l'endotelio di un esilissimo canale nutritivo sezionato trasversalmente.

Quella membrana poi, fortemente pigmentata, che abbiamo visto limitare nell'interno della ciste la neoplasia, appare al microscopio costituita di tessuto connettivo lasso, vascolarizzato e di sangue organizzatosi (fibrina).

Il.^o Nel secondo caso (ovario-salpingectomia bilat. per cistoma ovarico e degeneraz. microcist.) un ovaio presentava più cisti, tra cui una specialmente molto voluminosa. E fu precisamente nella parete di questa che ci fu dato trovare un piccolo tratto d'aspetto non, come nel 1.^o caso, proprio simile a cartilagine d'incrostazione, ma piuttosto un ispessimento, un indurimento cartilagineo della parete stessa. Era questo indurimento esteso sulla parete cistica per più di un centimetro, ed alla sezione si presentava bianco perlaceo.

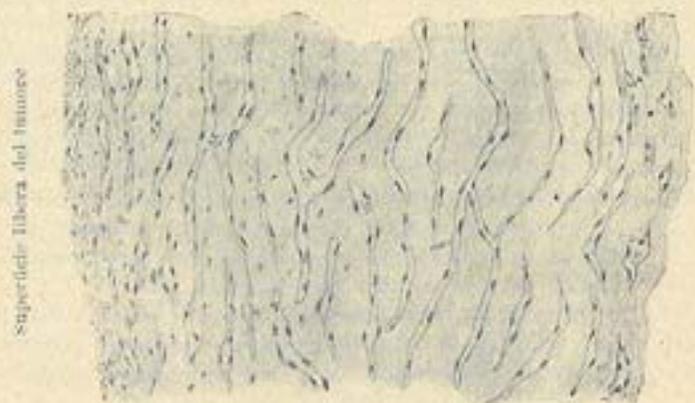
Es. microscopico - (fig. 2). Per l'esame microscopico seguì la stessa tecnica che nel 1.^o caso e ottengo sezioni sottilissime e ben colorite.

Trovo la stessa identica sostanza fondamentale, e gli stessi canalicoli linfatici, colla differenza che qui sono più irregolarmente conformati, presentando nel loro decorso delle angolosità numerose e di varia forma. Tra questi canalicoli sovrabbondano quelli più ampi, i quali hanno anche un andamento più tortuoso ed irregolare. Più numerose sono pure le diramazioni e le anastomosi, conservano però sempre quella stessa direzione più o meno parallela, di modo che la sostanza fondamentale resta anche qui divisa in quella specie di falde ialine.

Verso la superficie interna (limitata da connettivo fibrillare giovane, ondulato) gli spazi linfatici sono diventati più numerosi, più corti e grossi. Quasi tutti inoltre sono riempiti da un detritus granulare che si colora intensamente colla safranina.

Volendo stabilire un confronto fra questi due casi, mi pare di non andar errato affermando che il tumore riscontrato nel 2. caso sta a rappresentare, nel periodo di sviluppo del cheloide, uno stadio che precede quello trovato nel 1.° Ho cercato di mettere in relazione la genesi di questa strana neoformazione colla cicatrizzazione lutea; ma da una ventina di ovaia, con corpi lutei più o meno recenti, fin'ora sezionate, non posso per ora trarre alcuna conclusione.

Fig. 2.^a



(Koristka ob. 6 - or. 2)

II.º caso di Tumore cheloide dell'ovario.

D'altra parte queste ricerche non riuscirono affatto inutili avendo in esse potuto seguire il processo di cicatrizzazione del corpo luteo come esso avviene alla superficie dell'ovario; punto trascurato dal Paladino nelle sue splendide ricerche sulla neoformazione lutea.

Si crede che la soluzione di continuo, prodottasi sulla superficie ovarica in seguito allo scoppio del follicolo di Graaf, venga riparata per l'accostarsi e il saldarsi assieme dei lembi lacerati dell'albuginea. Le mie ricerche invece mi dimostrarono come l'albuginea resti inerte, almeno per molto tempo, e i suoi lembi, non nutriti, cadano in necrosi, e come la cicatrice irregolare e infossata, che alla superficie dell'ovario si trova in corrispondenza dei corpi lutei, derivi dalla tunica propria della theca follicoli e dalla fibrosa della stessa, che proliferando, si avanzano e si saldano assieme, riempiendo di connettivo cicatriziale l'apertura irregolare risultante dallo scoppio del follicolo. Questa specie di turacciolo connettivale nella sua parte profonda può contenere cellule luteiniche; e sulla sua superficie libera talora si possono spingere i seni vascolari perifollicolari.

DOTT. ETTORE BIDONE

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

Contributo clinico e anatomo patologico alla conoscenza dei Raddomiomi primitivi della vagina.

(Sunto letto dal Prof. PESTALOZZA)

Il 24 marzo 1889 veniva ricoverata nella Clinica Pediatrica di Firenze (Prof. Baiardi) la bambina Nava Annita di anni tre.

Non ha precedenti ereditari ed era sempre stata sana fino a pochi mesi innanzi. Nessun disturbo da parte della vescica nè del retto. È ben nutrita e e ben conformata.

Sporge attraverso la vulva un tumoretto molliccio roseo-pallido, formato da una agglomerazione di piccoli acini trasparenti, leggermente bluastrì; da grano di miglio a chicco di gran turco. È impiantato con breve e largo peduncolo sulla parete anteriore e laterale destra della vagina. Meato urinario libero. Esportazione completa del tumore seguita da abbondante emorragia. Guarigione rapida, ma apparente. Due mesi dopo il tumore si riaffaccia; escisione col cauterio elettrico. Dopo poco tempo altra recidiva, più estesa, occupando la parete laterale destra e sinistra e la parete posteriore della vagina.

Il tumore, per abbreviare, recidivò otto volte e fu esportato 7 volte dal 24 marzo 1889 al 5 maggio 1890. Dopo la 3.ª esportazione macroscopicamente non presentava più l'aspetto mucoso, con superficie ad acini riuniti insieme a guisa di grappolo, ma si presentava come una massa più compatta di tessuto sarcomatoso.

Il 25 gennaio 1891 fu riportata in clinica in condizioni miserabilissime: magrezza; pollore terreo; dolori acerbì alla minzione, a gocce; stitichezza ostinata. Il tumore occlude la vagina e forma nella pelvi una massa del volume di un pugno; fa pressione sull'uretra e sul retto.

La bambina muore il 18 marzo 1891 e la necropsia (Prof. Banti) dimostra che il tumore, oltre che a tutta la vagina, s'era diffuso al collo vescicale dove sporgeva a cavolfiore, ed aveva distrutto porzione del collo uterino. Ripetizioni del tumore nei gangli inguinali superficiali e profondi e iliaci. Pilonalpipe sinistra; pielite e piocofrite; polmoni ecc. sani.

Esame istologico di tutti i pezzi esportati nelle sette operazioni. — Il tumore è sempre ricoperto di epitelio vaginale poco modificato. Lo strato sottomucoso è sottilissimo e infiltrato di leucociti; in qualche punto manca affatto o l'epitelio è inserito direttamente sul tumore, anzi si osserva talora l'epitelio impiantato proprio sulle fibre muscolari striate, fatto non mai osservato nè in fisiologia nè in patologia.

A costituire il tumore concorrono: cellule rotonde, ovali, fusate e fibre muscolari striate embrionali a diverso grado di sviluppo, con sarcolemma. Quasi tutte le fibre muscolari striate presentano i nuclei nel mezzo della sostanza contrattile, sono larghe fino a 12-15 mm; hanno forma piatta, assomigliano insomma alle fibre muscolari del cuore; in qualcuna di esse ho visto anche una divisione dicotomica.

I vasi sanguigni che in discreto numero solcano la neoplasia sono circondati da alone edematoso; il loro endotelio è normale; lo stesso dicasi degli spazi linfatici.

Le vescicole del tumore non sono altro che le papille vaginali ingrossate. Nessuna zona necrotica esiste né nelle vescicole, né nella massa del tumore.

La sostanza fondamentale della neoplasia ha colore gialliccio e presenta filamenti irregolarmente intrecciati, come la sost. mucosa, a formare un sottile reticolo a maglie talora fittissime, talora piuttosto larghe.

Le forme che assumono le fibre musc.-striate sono talmente varie e strane, che troppo lunga ne riuscirebbe una esatta descrizione; vale meglio riportarne le figure più interessanti, che credo basteranno a darne un'idea sufficientemente esatta. Nessuna presenta la deg. cerca come ebbero ad osservare altri in rhabdomyomi d'altre regioni.

Nelle ultime recidive si sono notati dei noduli isolati, grossi come piselli e più, formati esclusivamente da ammassi di cellule rotonde sarcomatose. Accanto a questi però esistono altre porzioni della neoplasia che presentano ancora le caratteristiche fibre musc. striate; ma queste sono molto più scarse e come soprafatte dalla sovrabbondanza di elementi fusati e rotondi. Ancora nell'ultima recidiva esistono pure quelle speciali forme cellulari che tradiscono l'aspetto dei sarcoblasti.

Tra i sarcomi primitivi della vagina finora a me noti (13) si trovarono elementi che per le loro striature si poterono interpretare per fibre musc. striate solo nei casi di:

Häuser — (Virch. Arch. Hl. 88 p. 195) - Sarcoma a cellule rotonde e fusiformi, con fascetti muscolari lisci e striati, e con isole epiteliali - + a 2 anni, dopo 5 recidive.

Kolisko I. (Wien. Klin. Wochenschr. N. 6) - Miofibrosarcoma - + all'età di un anno e mezzo.

* II. (l. c. N. 7) Miosarcoma - + a un anno e mezzo.

* III. (l. c. N. 8) Miofibrosarcoma - + a un anno e 7 mesi.

Kaschewarowa — Rhabdomyoma con accrescimento missomatoso in ragazza di 15 anni; tumore poliposo della parete anter. vagina - Operazione - Recidiva - Morte.

I rhabdomyomi della vagina hanno sempre esito rapidamente letale. Il nostro caso fu quello che durò più a lungo (2 anni). Essi tendono ad infiltrare la vescica, mai il sotto-retro-vaginale, né il retto. La metastasi avviene per continuità; non si può escludere però quella a distanza. L'ingorgo dei gangli linfatici può essere un semplice fatto infiammatorio.

Hanno sede sulla parete anteriore della vagina vicino all'apertura vulvare; di lì si diffondono su tutta la vagina, all'utero e alla vescica.

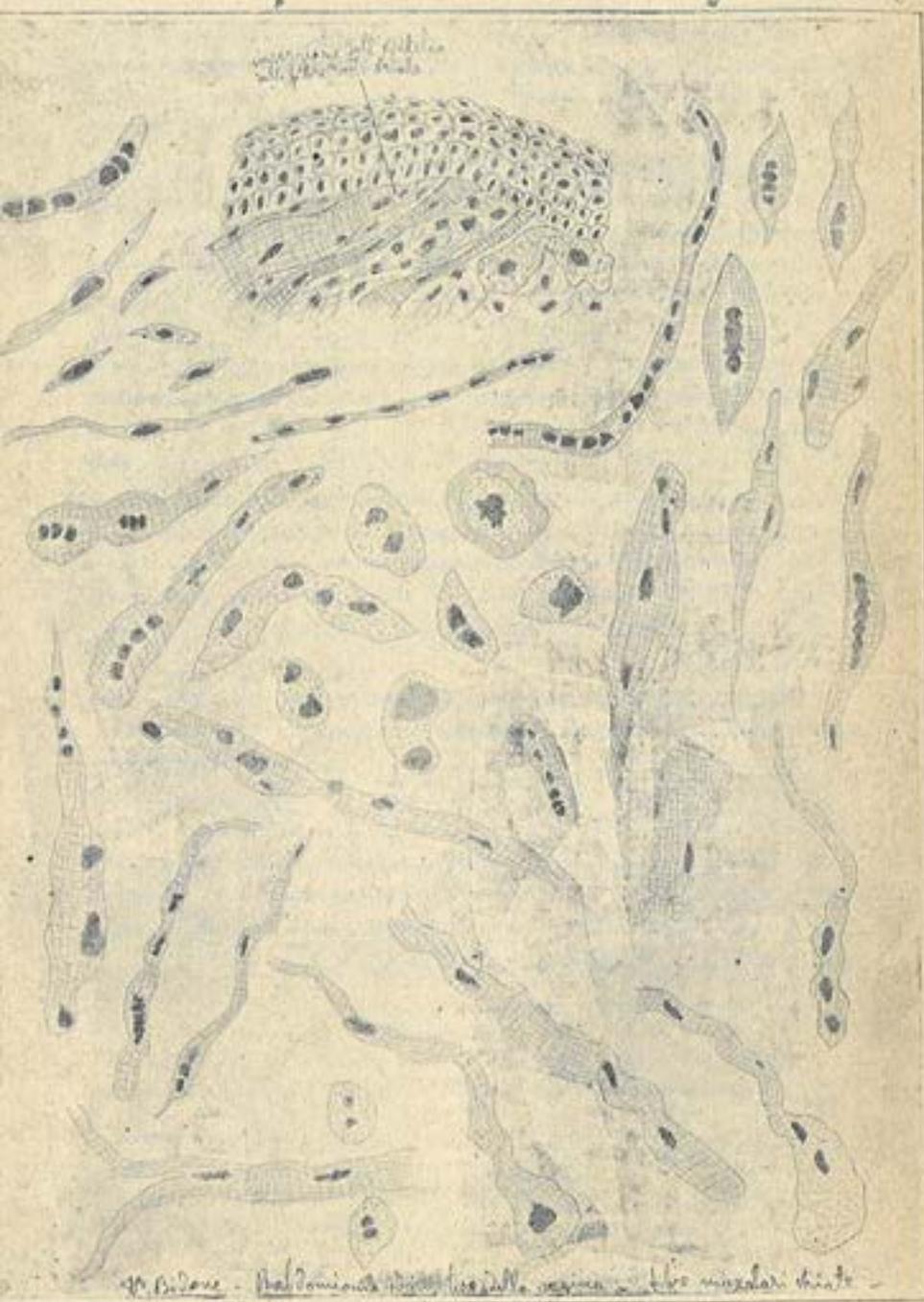
In 15 casi di sarcomi primitivi della vagina infantile finora osservati fu notata la presenza di fibre musc. striate 4 volte.

Su 18 delle adulte fu vista solo nel caso della Kaschewarowa, che potrebbe pure mettersi fra le bambine, avendo quella paziente appena 15 anni, mentre le altre ne hanno in media più di 30.

Riguardo alla genesi delle fibre muscolari striate in queste rarissime forme di sarcomi vaginali il Klebs nel caso della Kaschewarowa disse essere una iperplasia normale, avendo trovato alcune di dette fibre in continuazione con quelle dell'elevatore dell'ano; ma la neoplasia s'era originata sulla parete vaginale anteriore. Neppure si può pensare allo sviluppo delle fibre musc. str. nella vagina dalle fibre lisce preesistenti (Weber), perchè contrario alle leggi fondamentali di ereditarietà embrionaria che governano lo sviluppo dei singoli tessuti.

Meglio si presta la teoria del Cohnheim, secondo la quale però bisogna ammettere che, per un difetto nella chiusura delle vertebre primitive, fino dalla vita embrionale sieno rimasti in quel dato punto della vagina due piccoli cumoli, uno di elem. musc. striati, l'altro di cellule rotonde e fusate, e che questi residui embrionari sieno sorti dal letargo contemporaneamente, essendosi trovati assieme fin dal principio.

Un certo valore bisogna pure riconoscere alla così detta metaplasia dei tessuti, sostenuta in casi di rhabdomyomi dal Colomatti, dal Kolesnikow, dal Cattani, i quali tutti si appoggiano alla teoria di Virchow, secondo il quale il tessuto connettivo coi suoi elementi può produrre patologicamente tutti gli elementi connettivi e anche epiteliali; teoria contraria all'opinione dei più, i quali, per la differenziazione embriologica dei foglietti germinativi, ritengono che qualsiasi elemento, patologico o normale, debba seguire la legge dell'omologia di sviluppo, la legge della specificità.



DOTT. VINCENZO LAURO

R. CLINICA OSTETRICA-GINECOLOGICA DI NAPOLI

Un parto cesareo conservatore e due sinfisiotomie (una per nuova indicazione, l'altra con nuovo processo). Madri guarite e figli vivi.

Dopo d'aver riferito sommariamente la osservazione clinica di parto cesareo conservatore praticato per angustia assoluta della pelvi (C. V. mm. 48) in cui ottenne figlio vivo e rapidissima guarigione della madre, l'O. s'intrattiene sulla pratica oramai invalsa di sterilizzare le donne in seguito della operazione cesarea, pratica che secondo l'O. non è a seguirsi, meno casi eccezionali e ben stabiliti oramai, come complemento metodico della sezione cesarea, e chiedendo alle statistiche il necessario criterio per ispirare il modo di azione dell'operatore, egli dimostra come si può, anzi si deve oramai, conservare alla donna la sua facoltà riproduttrice, senza per questo temere che in un secondo od in un terzo parto cesareo che dovrà praticarsi sulla medesima donna questa corra gravi rischi o pericoli molto accentuati, quando l'operatore è conscio di quello che va a fare, ed impossessato fin nell'imo dell'animo suo dell'importanza dell'asepsi od antisepsi e conosce bene la tecnica operativa. Né sono a temersi le lamentate rotture uterine nel sito della cicatrice, come si può rilevare dalle statistiche citate dall'O.

Ma dato che debba praticarsi la sterilizzazione, l'O. passa a rassegna tutti i processi destinati ad ottenerla, fermandosi principalmente sulla legatura delle tube, di cui dichiara il sito di elezione essere, secondo le ricerche di alcuni Ostetrici e Ginecologi, l'estremo uterino, adducendo in appoggio del suo dire molteplici ragioni, tratte così dalla fisiologia, come dalla patologia delle tube.

In merito poi delle due osservazioni di sinfisiotomia, di cui riferisce per sommi capi le storie cliniche, l'O. dimostra come la indicazione che lo mosse ad eseguirla nella prima delle sue operate fu del tutto nuova. La donna infatti, aveva un bacino stenotico dalla C. V. di m.m. 87; il cui primo parto crasi espletato con craniotomia e cefalotripsia, ed ora presentavasi gravida a termine con feto vivo ed in presentazione trasversale, in travaglio da 9 ore e membrane rotte da 4 ore. Riesciti frustranei i tentativi di versione cefalica, egli operò la donna di sinfisiotomia, seguita da rivolgimento, ottenendo un feto vivo, e la madre guarì rapidamente dall'atto operativo.

L'O. a proposito di questo caso clinico, dimostra la importanza che acquista in simili condizioni l'apertura della sinfisi pubica: con larghe vedute cliniche si rende presenti i pericoli a cui si espone il prodotto del concepimento.

mento quando si faccia senz'altro ricorso al rivolgimento, e come la mortalità fetale, è, e deve essere enorme, feti che in massima parte possono essere conservati in vita adoperando un procedimento identico a quello messo in campo nel caso suo. Procedendo ancor più oltre, fa tener presenti i gravi rischi a cui si espongono i feti, nei casi in cui anche trasformata la presentazione trasversa in cefalica si voglia in ogni caso adoperare il solo forcipe come mezzo per riportare vittoria dell'ostacolo pelvico, confortando il suo dire con i risultati statistici. E riguardando il fatto della nuova indicazione da lui stabilita, ricorda i casi in cui già la sinfisiotomia venne praticata nelle presentazioni trasversali, per dimostrare, come le indicazioni dai precedenti operatori rinvenute nei casi ad essi appartenenti siano ben lontane da quella cui egli mirò, lo interesse della vita del feto. Il solo Croback si avvicinò al suo modo di agire, però l'O. non condivide pienamente l'opinione del Clinico di Vienna, perchè egli crede doversi pria eseguire la sinfisiotomia indi il rivolgimento, piuttosto che praticare per manovra interna pria la sostituzione della presentazione pelvica alla trasversale rendendo un piede procidente, poi eseguire la sinfisiotomia, indi la estrazione fetale, adducendo del suo asserto vevolissime ragioni.

Quello che l'O. dice per le presentazioni trasversali, intende ripeterlo per presentazioni podaliche primitive venendo alla seguente conclusione, che l'O. vorrebbe che il Congresso vagliasse, per pigliarvi forza di indicazione pratica ed operatoria: *nelle donne a bacino stenotico giustificabile della sinfisiotomia, con feto vivo ed in buono stato, in presentazione trasversale o pelvica, tentare, se possibile, la versione cefalica per saggiare l'uso discreto e prudente del forcipe; nell'insuccesso della prima, piuttosto che esporre il prodotto del concepimento ai gravissimi rischi e pericoli, cui vanno incontro nel momento dell'estrazione del capo, ricorrere alla sinfisiotomia come quella, la quale rimuove qualsiasi ostacolo alla estrazione fetale, garantendone sicuramente la esistenza, senza esporre a rischi o pericoli la vita della donna.*

Nella seconda delle sue operate, la cui C. V. misurava mm. 75, egli eseguì un processo di sinfisiotomia, che, diverso da tutti gli altri, offre, secondo l'O. maggiore facilità d'esecuzione e sicura garanzia dagli inconvenienti lamentati. Fa una enumerazione sommaria dei diversi processi fino a lui adoperati, facendo dei medesimi una critica fondata a base di fatti, indi viene ad esporre il processo che gli appartiene, e che può così riassumersi. Incisione di circa tre cent. terminante al margine superiore della sinfisi pubica, e distacco dell'inserzione delle fibre tendinee dei retti addominali fino a crear comodo spazio al dito indice della mano sinistra che deve scollare ed allontanare i tessuti e gli organi retro e sottopubici, rimanendo in sito a guida del bisturi-sinfisiotomo, e per eseguire, mediante questo, anche la scottinazione della cartilagine interpubica; ed esso deve penetrare a tanta profondità che l'apice del polpastrello superi la sommità dell'arcata pubica. Dopo ciò introduce il bisturi bottonato, la cui porzione tagliente deve esser tanto estesa da misurar completa l'altezza della sinfisi, e lo arresta sol quando il bottone giunge al mezzo della falangetta; così volto il tagliente verso la sinfisi, la parte di questo più vicina al manico immerge, mediante leggero movimento di sega, nella parte alta della sinfisi stessa facilmente riconoscibile dalla inse-

natura di cui è fornita: in tal guisa toglie al bisturi la libertà dei movimenti di lateralità, rimanendogli solo il movimento da dietro in avanti. In questo momento, tenendo colla mano destra immobile il manico dello strumento, il dito guidatore con semplice ed energica pressione fatta sul dorso del bisturi, compie la recisione completa della sinfisi, rimanendo gli organi retro e sottopubici garantiti dal dito guidatore, impedendosi così qualunque sfuggita del bisturi, evitando una larga incisione esterna delle parti molli, e la linea interarticolare sarà trovata dall'istrumento stesso, senza bisogno che l'operatore ve lo guidi, sempre e quando per anomalie, rarissime a riscontrarsi nella pratica, la linea interarticolare non fosse tortuosa. L'O. raccomanda questo suo processo come quello che alla facilità della esecuzione congiunge una assoluta sicurezza da qualsiasi accidente operatorio.

DISCUSSIONE.

Dott. Scarlini — Riguardo alla sterilizzazione della donna mediante la legatura delle tube riferito dall'egregio Dott. Lauro debbo dire che nella Clinica di Siena, alla quale appartengo, l'egregio Prof. Falaschi, qualche anno fa eseguì un taglio cesareo col metodo conservatore, e quindi furono legate le tube ad un paio di centimetri distante dall'inserzione uterina, e di più asportato l'ovaio sinistro che era microcistico. Ciò mi sono creduto in dovere di far sapere al collega Dott. Lauro per infirmare la sua asserzione che la legatura delle trombe è un metodo sicuro per provocare la sterilità della donna, essendo questa donna rimasta dopo qualche mese nuovamente incinta e sottoposta per una seconda volta al taglio cesareo. In questo secondo atto operativo fu, dopo rilegate di nuovo con doppia legatura le tube, fatta un'incisione fra queste legature e la donna ora è rimasta realmente sterile.

Dott. Narnias — Osserva che, a lui personalmente, non pare giustificata la legatura delle tube dopo il taglio cesareo, anche negli estremi restringimenti pelvici. Per suo conto, volendo rendere sterile una donna alla quale si fosse già aperto l'utero per estrarne il prodotto del concepimento, opererebbe, senz'altro, alla Porro. Tuttavia, a meno che insorgenze operative speciali o valide ragioni esistenti fuori della angustia pelvica, non lo reclamassero, operando con deliberato animo, solo renderebbe sterile la donna avente bacino stenotico per osteomalacia. Egli ha eseguito tre volte il taglio dell'utero con sutura alla Saenger senza rendere sterile la donna. In due casi si trattava di gravidanza a termine in donne rachitiche; nell'altro di un voluminoso fibromioma interstiziale dell'utero. In quest'ultimo caso solo, egli avrebbe volentieri reso sterile la giovane donna, conoscendo come tumori si rinnovino i fibromiomi in un utero da cui siasi già asportato un tumore anche voluminoso, se non che essendo la donna fidanzata e non acconsentendo il futuro marito a sposarla sterile, fu dovuto lasciarla in condizioni da potere divenire madre. Siccome i casi in discorso non sono mai stati soggetto di pubblicazione

neppure in accenno, termina aggiungendo che le operate guarirono presto e benissimo, ed i feti nacquero sani.

Prof. Guzzoni — A proposito di una delle operazioni riferite ora dall' egregio collega Dott. Lauro e precisamente su quella in cui esegui una sinfisiotomia per viziatura pelvica e presentazione di spalla, l'Oratore ricorda che lo scorso anno alla Società tra i cultori delle scienze mediche e naturali in Cagliari fece una comunicazione sulla brachiotomia nelle presentazioni di spalla rilevandone i gravissimi inconvenienti. Egli allora mise avanti il concetto di eseguire la sinfisiotomia in determinati casi di presentazione di spalla e rivolgimento impossibile; allora come oggi ricorda che un cinquant'anni circa o giù di lì (non ricorda ora con precisione il nome e l'anno) comparve negli Annali Universali di Medicina una memoria di un medico che appunto metteva innanzi il concetto della sinfisiotomia nelle presentazioni di spalla. Aggiunge ancora che la comunicazione fatta a Cagliari ebbe luogo da un fatto clinico che capitò ad un collega, il quale in un caso di presentazione di spalla, braccio prociidente, tornato inutile il rivolgimento, fece la brachiotomia, estrasse il feto che credette morto, ma viceversa poi il feto era vivo e visse e la donna morì. Il medico ebbe fastidii parecchi e un processo. Questo caso unito agli altri che si conoscono nella letteratura lo persuase, che in dati casi di rivolgimento impossibile per viziatura pelvica, si possa ricorrere alla sinfisiotomia.

Il Dott. Curatulo non comprende perfettamente le finzze di questo nuovo procedimento operatorio nella sinfisiotomia proposto dal Lauro. Egli parla dell'estremo superiore del bisturi, il quale rappresenterebbe un punto fisso mentre l'estremo inferiore va tagliando dal basso. Ora considerando la obliquità normale della parete della sinfisi e dovendo il tagliente agire dal basso all'alto è chiaro che lo estremo superiore debba spostarsi allo indietro. Quanto all'opinione del Lauro di non sterilizzare le donne con bacino rachitico in modo assoluto ristretto, l'O. non concorda. Per quanto splendide sieno le statistiche del taglio cesareo conservatore, è grave sempre però il pericolo che la donna corre per tale atto operativo e dall'altro lato l'umanità non avrebbe dal punto di vista antropologico molto a guadagnare con esseri nati, i quali non possono che portare le stimate del rachitismo.

Dott. Pazzi — Riguardo al metodo operatorio descritto come nuovo dal Dott. Lauro è stato il medesimo da me usato nell'unico caso di sinfisiotomia che mi appartiene.

Però io trovai difficoltà grandissima per l'ossificazione della sinfisi.

Aggiungo queste parole in appoggio alla bontà del metodo operatorio e senza ambire la priorità del medesimo.

Dott. Bompiani — Riguardo alla cesarea seguita da sterilizzazione della donna con legatura delle tube, dubito che sia utile e proficua. Preferisco l'ablazione completa dell'utero e degli annessi.

Quanto alle sinfisiotomie, per la storia devo dire che la sinfisiotomia seguita da versione podalica ed estrazione manuale di feto vivo, fu anche da me eseguita e proprio nel mio primo caso (Luglio 1891).

Quanto al processo usato nel suo secondo caso di sinfisiotomia, non lo credo molto pratico, primo perchè è difficile tenere tutto il dito dietro la linea

della sinfisi pubica, secondo perchè il coltello se non sega non può tagliare per pressione, terzo perchè non è sicuro che il dito possa sempre guidare l'estremità del tagliente e proteggere i tessuti retrostanti.

Il Dott. Bordè ammette che in caso di vizio pelvico con feto in pres. di spalla si debba praticare talvolta la sinfisiotomia. Ma l'O. non milita sotto la bandiera del disserente ed annette molta maggiore importanza alla vita della madre che a quella del feto. Nel caso riferito dal Lauro la C. V. misuravi mm. 87. Ora considerando che la lunghezza media del Bp. anat. è 92, considerando la riducibilità del capo, la maggior facilità meccanica colla quale la testa ultima può attraversare la pelvi e tenendo calcolo dei maggiori pericoli che corre la madre colla sinfisiotomia a confronto di un semplice rivolgimento podalico, nel caso speciale avrebbe preferito eseguire l'operazione incruenta, avendo potuto avere fondate speranze di estrarre anche col rivolgimento un feto vivo e di lasciare con quasi certezza incolume la madre. E, pure accettando in massima la indicazione fatta dal disserente, abbasserebbe il limite di restringimento sulla coniugata (specialmente nei bacini piatti) per intervenire colla sinfisiotomia in casi analoghi.

Il Dott. Lauro dà chiarimenti al Dott. Curatulo sul suo processo di sinfisiotomia dimostrando come esso sia tutt'affatto diverso dagli altri, e descrivendo più dettagliatamente il medesimo giunge a farsi comprendere.

Al Bompiani dice che il suo processo non era che conosciuto a lui medesimo poichè i casi sono inediti, ma che pur pretendendo alla priorità che gli spetta, dichiara di non aver fatto cosa peregrina: chiunque è abituato alle operazioni tocologiche, chiunque esercita con criterii esatti l'arte ostetrica, avrebbe fatto il medesimo, di quello che lui fece.

Allo Searlini dimostra come il caso da lui accennato è speciale, poichè è dovuto ad una strettura non molto energica delle tube; ma se la strettura fosse stata qual'era necessariamente energica, col soccorso delle conoscenze di patologia e fisiologia, confermate dall'esperienza, si sarebbe dovuto avere la sterilità della donna, come in quasi tutti gli altri casi in cui venne eseguita.

Al Bordè dichiara che egli non può dividere con lui il suo parere sulla diversità di importanza fra la vita fetale e la vita materna; per lui l'una equivale l'altra, e nello stato attuale della scienza e della pratica, non è permesso pensar diversamente.

Dimostra al medesimo come il criterio di abbassamento ancora della stenosi pelvica, non può essere accettato, ne può nelle condizioni attuali precisarsi, essendo ciò proporzionabile al volume della testa: finchè le proporzioni di questa non si conosceranno in ciascuno dei casi speciali, è evidente che per non avventurarsi incontro a quasi sicura sconfitta per rispetto al feto, sarà miglior consiglio praticare la sinfisiotomia.

In quanto poi ai pericoli della sinfisiotomia, egli lo incita ad eseguirla, a provarla mettendosi in adeguate condizioni di operazione e gli darà la risposta allorchè avrà conoscenza personale dell'atto operativo e dei suoi risultati.

Non crede di pigliare in considerazione osservazioni di minor valore mossegli, confessando che egli terrà conto delle conclusioni cui giunse il Prof. Guzzoni nella conferenza cui accennò.

DOTT. G. EMILIO CURATULO - ROMA

Gravidanza gemellare monocorion con feto anencefalo poli-amniotico e foetus papyraceus.

(Contributo clinico e ricerche istologiche).

È un fatto ormai di abbastanza frequente osservazione il coesistere, nella gravidanza bigemina, della idropisia di uno dei sacchi ovulari, come altresì l'occorrere di una mostruosità fetale in concomitanza all'idramnios.

Ma è abbastanza rara l'osservazione di una gravidanza gemellare dalla fecondazione di un solo ovulo (*monocorion*), in cui uno dei gemelli sia mostruoso (*anencefalo*) fortemente poli-amniotico con brevità del funicolo, o l'altro papiraceo. Le alterazioni poi riscontrate alla indagine microscopica negli annessi fetali danno al caso che intraprendo ad illustrare, speciale importanza.

Trattasi di una giovine signora a 27 anni. Nulla che richiami l'attenzione nell'anamnesi remota; mestruò a 13 anni e d'allora in poi sempre regolarmente. Si ebbe cinque gravidanze, delle quali le prime quattro ebbero termine con parti e puerperi normali. Durante la 5.^a gestazione sin dai primi mesi cominciò a notare uno sviluppo del ventre superiore all'epoca della gravidanza, sviluppo che andò mano mano crescendo sino da diventare addirittura enorme negli ultimi tempi. Intensi erano i disturbi meccanici riferibili alla circolazione, manifestantisi con forti edemi agli arti inferiori, ed alla respirazione divenuta difficilissima. Pervenuta all'ottavo mese di gravidanza iniziarono le contrazioni uterine, le quali, a cagione della diminuita contrattilità della muscolatura uterina per l'eccezionale sviluppo del contenuto, procedettero lente e poco intense. A capo di 10 ore la levatrice, essendo completa la dilatazione, ruppe il sacco delle acque e ne colarono fuori in tanta quantità da inzuppare, a dir della melesima, i materassi ed inondare il pavimento della stanza. Il liquido amniotico presentava un colorito giallastro, non era fetido. Dopo alcuni minuti le contrazioni fattesi più frequenti e forti, veniva espulso un feto anen-

cefalo. Il secondamento si faceva aspettare e considerevole essendo l'emorragia per la mancata retrazione uterina, fu fatta l'estrazione manuale della placenta. In seguito ad irrigazioni calde l'utero si contrasse, il puerperio procedette normale. Io ebbi il pezzo anatomico circa due ore dopo.

Trattasi come vedremo di una gravidanza bigemina monocorion con feto papiraceo. L'uno dei feti, il maggiore, di sesso maschile e del peso di gr. 1130, manca della volta cranica e del cervello; al posto di questo si notano pochi grumi sanguigni ricoperti da una membrana bianco rossiccia. Il canale spinale è aperto in alto, la colonna vertebrale alquanto accorciata, per cui la testa, come accade nelle mostruosità congeneri tirata allo indietro, gli occhi fortemente sporgenti, aperti ed iniettati; difettoso lo sviluppo della fronte, la bocca aperta e da essa vedesi tra le arcate gengivali la lingua grossa e nerastra. Tutto ciò dava alla fisionomia del feto un'aspetto che assai giustamente fu detto richiamare quello della testa di un rospo. Nel rimanente il feto era assai bene conformato.

Alla sezione riscontrai cuore ipertrofico con ipertrofia delle coronarie, fegato grosso da stasi, reni congesti e lievemente ingrossati. Normale l'inserzione del funicolo ombelicale, niuna stenosi della vena omonima. Il cordone piccolo (*cordone magro*) non presentava nodi né veri né falsi; era però notevolmente accorciato, misurando appena cm. 29.

Degna invero di maggiore attenzione si era la placenta colle sue membrane; si ha un'unica massa placentale, di forma quasi rotonda, del peso di gr. 336, la quale, studiata dalla sua faccia uterina ci si presenta nettamente divisa in due zone, facilmente distinguibili tra di loro per lo spessore, per il colore e per la loro diversa superficie. Una di esse poco meno estesa dell'altra misura nel suo maggior diametro cm. 8. Essa non ha più i caratteri propri alla faccia uterina della placenta normale, ma mostrasi di colorito giallo rossastro resistente come oriacea, a superficie piuttosto scabra e ricoperta in quà ed in là da piccoli grumi. L'altra zona della placenta misura nel suo maggior diametro cm. 9 e presenta sulla superficie i caratteri suoi propri, notandosi quà e là isole di cellule deciduali e di caduca inter-utero-placentale. Queste due zone placentali sono strettamente connesse tra di loro. Un'alterazione dovette adunque colpire metà della placenta: di che genere fosse quest'alterazione, quali furono le cause che la determinarono vedremo or ora di potere accertare.

Occorre però, dare uno sguardo alla superficie fetale della placenta. Qui vi l' inserzione delle membrane non presenta nulla di anormale; non si ha cioè quella speciale forma d' inserzione marginale descritta dal Fabbri, Hofmeier, Kuestner, ed altri e che come è noto, fu ed è tuttavia soggetto di discussioni. Notasi un solo corion ispessito e ricoperto sulla superficie uterina da isole di cellule deciduali manifestamente degenerate. L' amnios si separa facilmente del corion; è opacato, ma non si nota alcuna traccia di vascolarizzazione o di essudati sì da far pensare a pregresse infiammazioni; fatto del resto quest' ultimo non ammesso dalla maggioranza degli ostetrici. La cavità dell' uovo è enormemente dilatata ed in un lato, dentro di essa, notasi un' altra piccola cavità della grandezza di un uovo di gallina contenente poco liquido di colorito giallo-sporco. L' amnios della grande cavità si addossa all' amnios della piccola cavità, la quale contiene un feto papiraceo di tre mesi circa di sviluppo di sesso maschile, schiacciato notevolmente nel senso trasversale: notansi sovrapposte le ossa parietali e le metà laterali del corpo sì da prendere quella forma particolare assai bene rassomigliata ad una suola di scarpa. Il funicolo filiforme, ma intero va ad inserirsi in corrispondenza di quella zona placentale atrofica già descritta. La superficie fetale di tutta la massa placentale presenta uno sviluppo considerevole di quei vasi che normalmente decorrono sulla superficie amniotica della placenta, sviluppo che si accompagna a relativa durezza delle pareti vasali medesime. La distanza tra i due punti d' inserzione dei funicoli è di cm. $3 \frac{1}{2}$. Quello appartenente al feto superstite cade a cm. uno circa dalla zona placentale atrofica.

Brevemente descritti i caratteri più salienti del pezzo anatomico mi si permettano talune considerazioni che l' importanza del caso mi inducono a fare.

Ed anzi tutto è a notare il fatto della presenza di un solo corion, ciò che dimostra essere pervenuto e fecondato nella cavità dell' utero un solo ovulo con due macule germinative; evenienza questa di una certa rarità, da poichè la statistica di Ahlfeld, la più completa sull' argomento, ha rilevato come su 506 casi di gravidanza gemellare se ne siano trovati solo 59 con un corion e due amnios e 3 con un corion ed un amnios. Come l' Ahlfeld stesso ha per il primo notato, nelle gravidanze monocorion i due gemelli presentano lo stesso sesso e così è nel nostro caso in esame.

Già il Mangiagalli ed il Cuzzi hanno segnalato come il

Boccalini Traiano, satirico scrittore veneziano del 600, già dimostrasse conoscere la possibilità di trovarsi due feti nello stesso involucro racchiusi ed in tal caso dovere avere essi il medesimo sesso. Nel suo libro infatti, dal titolo « *Ragguagli del Parnato* » volendo esortare i giovani a tenersi lontani dalla donna, dall' *eterno femminino*, sempre pericoloso, rapporta egli l' esempio della natura, la quale non si fida di lasciare nella cavità della matrice insieme fratello e sorella. « Allora » ch'è una donna concepisce due gemelli, se essi sono maschi, ambidue « si veggono chiusi in una sottilissima membrana, cosa che anco accade se ambedue sono femmine; ma se avviene che uno sia maschio e l' altro femmina, la sagacissima natura in una particolare membrana, separata dal maschio, conserva la femmina ».

Ma vediamo ora di darci adeguata spiegazione dei fenomeni patologici che il contenuto di quest' uovo ci da campo di osservare.

La prima domanda in verità che io mi sono rivolto nello studio del caso è stata la seguente: il feto che ora vediamo trasformato in foetus papyraceus soggiacque in seguito a lesione della zona placentale a lui appartenente e che ora vediamo macroscopicamente alterata? Ovvero è più logico lo ammettere che la lesione della placenta seguì alla morte del feto?

È noto come diverso sia lo sviluppo dei due feti in una gravidanza gemellare proveniente dalla fecondazione di due ovuli (dicorion). Una delle circolazioni del feto si fa sempre a scapito di quella dell' altro, sebbene due siano le placente e niuna connessione vascolare esiste fra di esse. Ora in casi di gravidanza da un solo ovulo con due macule germinative (monocorion) abbiamo delle condizioni anatomiche, le quali ci dimostrano come non solo di gran lunga maggiori debbano essere le probabilità di un inferiore sviluppo di uno dei feti gemelli, ma eziandio come frequente e, le statistiche lo dimostrano, debba essere la morte di esso e la sua trasformazione in foetus papyraceus. Anzi l' Ahlfeld ritiene che il foetus papyraceus debba solo prodursi nelle gravidanze doppie monocorion. Se i vasi allantoidei si anastomizzano nella placenta mediante solo capillari, lo sviluppo dei due feti è regolare, ma se l' anastomosi si fa mediante grosse arterie, se il cuore di un feto è più robusto di quello dell' altro, nel dipartimento placentare del gemello più debole si avrà una stasi, che sarà la causa della sua morte. Ma Schatz che è il ricercatore più accurato di questo capitolo dell' Ostetricia ha potuto perfettamente dimostrare nelle placente di feti monocorion quattro sorta di anastomosi:

1.^o capillare, che è il residuo della primitiva formazione vascolare, 2.^o arteriosa sopra-capillare superficiale, 3.^o venosa sopra-capillare superficiale, 4.^o anastomosi capillare intravillosa. Si ha quindi che una parte di questi tronchi villosi trasporta il sangue dal primo al secondo gemello, mentre che un'altra parte lo porta dal secondo al primo; ne consegue quindi una terza circolazione che è comune ai due gemelli e che conduce ai due cuori rispettivi.

Ora siccome la corrente di questa terza circolazione, che va dal 1.^o al 2.^o feto non è di solito assolutamente identica a quella che va dal 2.^o al 1.^o ne risulta una asimmetria dinamica di questa circolazione, che spesso non è completamente compensata dalle anastomosi e che per conseguenza dovrà cagionare la morte o modificazioni funzionali nel corpo del feto più debole. È una concorrenza vitale che s'impegna in seno alla cavità dell'utero fra i due gemelli; è direi ciò che Darwin definì *the struggle for life* iniziatesi qui sin dalla matrice, che produrrà la morte del più debole nei casi più gravi di asimmetria dinamica e la mancanza di sviluppo generale o l'atrofia del centro circolatorio colla produzione di acardiaci, osservati dall'Ahlfeld, nei casi meno gravi.

Così dovettero procedere le cose nel caso nostro.

Il feto più debole soggiacque alla lotta e mummificandosi, spinto e compresso dallo enorme sviluppo del liquido amniotico del gemello superstite, assunse i caratteri del *foetus papyraceus*, rimanendo racchiuso tra la sua massa placentare atrofizzata ed il suo sacco amniotico, ove noi l'abbiamo rinvenuto.

Io non potei fare, come sarebbe stato doveroso, l'iniezione dei vasi del funicolo del feto maggiore per vedere quali connessioni vascolari esistessero tra le due zone placentali; la placenta alterata rimaneva sì strettamente aderente alla parete uterina, che al distacco manuale in parte si lacerò dal rimanente della massa placentale e l'iniezione sarebbe riuscita infruttuosa. Ma oramai le mentovate osservazioni dello Schatz e d'altri non lasciano dubbio su questa connessione vascolare. D'altro lato l'esame istologico della massa placentale alterata mi conferma ancora più che la sua funzionalità venne meno in seguito alla morte del feto e non per infiammazione primitiva della placenta medesima. Infatti si tratta di una degenerazione fibro-grassosa, in alcuni punti ialina, che dovette susseguire alla trombosi delle diramazioni vasali dei villi; trombosi che in alcuni dei miei preparati si vede assai nettamente.

Ma volgiamo un momento l'attenzione al gemello superstite. Esso nuotava, si disse, in una enorme quantità di liquido amniotico e per di più era mostruoso, anencefalo. La patogenesi dell'idropisia dell'amnios fu ed è in parte ancora oggetto di numerose ricerche non tutte consoni tra loro nei risultati. Controversa essendo infatti, l'origine del liquido amniotico, difficile doveva riuscire lo studio della patogenesi dell'idramnios. Sibbene in verità può dirsi oggi quasi chiuso il dibattito riguardo alla origine del liquido amniotico; ed i sostenitori dell'origine materna rappresentati da Zuntz, Wiener, Kruckenberg, ed altri, hanno dato la mano ai sostenitori dell'origine fetale formando una teoria mista materno-fetale.

Il liquido amniotico può provenire dal siero del sangue fuoruscito dai vasi della caduca, filtrando attraverso il corion e l'amnios, come è stato sperimentalmente dimostrato; può provenire dalla esalazione cutanea e secrezione renale del feto come sostiene Prockownik; può provenire infine come ammettono Saellinger, Mangiagli, Truzzi ed altri da filtrazioni di siero dai vasi del cordone ombelicale attraverso la membrana amniotica.

Io rimando il lettore ad una monografia del Guzzoni degli Ancarani citata da me nella parte bibliografica insieme ad altri lavori che col soggetto che m'occupa hanno attinenza e nella quale trovasi assai accuratamente raccolta la letteratura in proposito. Nel nostro caso però a me sembra non sia cosa ardua il rendersi ragione dell'enorme accumulo di liquido, e la ricerca istologica della placenta ci conforta nel nostro assunto.

Per il dato e fatto della morte di uno dei gemelli, che mal resisteva alla prevalenza circolatoria dell'altro, si ebbe, come si disse, la mancata funzionalità di quella porzione placentale a lui pertinente, ma che per la comunanza circolatoria apparteneva pur essa al fratello superstite, onde la placenta residuale male poteva bastare alla quantità di sangue circolante. Mentre infatti prima la massa sanguigna irrorava una superficie placentale di cm. 17, veniva ora limitata ad un distretto di cm. 9. Conseguir ne dovette, è permesso il supporre, un aumento notevole nella pressione endovasale, la quale a sua volta produsse una maggiore trasudazione di parti liquide del sangue; pressione vasale alla quale dovette pure contribuire, nei suoi limiti, la notevole brevità del funicolo ombelicale. L'idramnios sarebbe stato causato adunque da trasudazione dei vasi del cordone e della superficie amniotica, come già il Monro e poi il Saellinger, il

Mangiagalli ed altri experimentalmente dimostrarono. È noto come Monro pel primo iniettando acqua calda nei vasi ombelicali vedesse trapelare il liquido alla superficie dell'amnios. Saellinger nel 1873, Mangiagalli, Truzzi, in seguito ripeterono tale esperienza ottenendo uguali risultati; sotto una pressione anche leggera provocata mercè iniezioni nella vena ombelicale questi sperimentatori vedevano in breve lasso di tempo trapelare il liquido attraverso dell'amnios.

La circolazione nella vita intra-uterina prende appunto il titolo di cardio-placentare, perchè tra il cuore del feto e la placenta si compie. Ora quando noi abbiamo un inceppo a questa circolazione, perchè diminuito grandemente ne è il suo territorio, non è ragionevole il supporre che debbano riscontrarsi quegli stessi fenomeni che si osservano nella vita extra-uterina quando, ad esempio, il fegato, organo eminentemente interessante pel normale funzionamento della circolazione non funziona, in parte o in totalità, come nei casi di cirrosi?

Anche l'indagine istologica rigorosamente eseguita nella placenta appartenente al feto poliarniotico porge sostegno, come già dissi, al nostro assunto. Ho praticato al microtomo numerosi tagli alcuni dei quali, assai dimostrativi. Noi abbiamo fatti di grande interesse che riguardano il sistema vasale tanto superficiale che intra-villoso. Notevolissima è l'iperplasia delle pareti vasali ed in particolare guisa delle arterie. Tale ispessimento delle tuniche vasali concerne più la esterna e la media; l'intima poco vi prende parte e tale ispessimento, che osserviamo altresì nelle sezioni del cordone ombelicale, in taluni punti è sì considerevole da accludere il vaso del villo. Questa iperplasia funzionale io addebito all'alterata pressione vasale in seguito al diminuito territorio placentale.

Ma si domanderà e giustamente: possiamo noi escludere nel nostro caso una delle cause produttrici dell'idramnios quasi concordemente ammessa dagli autori, cioè a dire la concomitanza di un processo sifilitico?

È un pezzo ormai che all'indagine clinica io mi compiaccio unire, ove è possibile, la istologica.

Se io dovessi stare solamente a quanto dall'anamnestico risulta dovrei escludere l'infezione sifilitica.

Un esame non molto profondo della placenta, insieme ad una certa difficoltà che in taluni casi si ha nel distinguere al microscopio la arterite sifilitica da una di altra natura, siccome autori competentissimi come Ziegler e Birch-Hirschfeld affermano,

mi avevano indotto ad escluderla. Nell'arterite sifilitica è specialmente l'intima che prolifera. Numerose sezioni però praticate al microtomo e di vari punti della placenta mi hanno condotto ulteriormente a dubitare se insieme alla causa dell'idramnios già di sopra menzionata potesse eziandio esservi la infezione sifilitica. Se infatti nella maggioranza dei casi è solo considerevole la iperplasia della tunica media dei vasi dei villi, moltiplicando però le indagini sono riuscito a scorgere in taluni preparati una proliferazione dell'intima.

Le figure qui annesse sono abbastanza dimostrative perchè io non debba prolungarmi in ulteriori dettagli. La figura I. mostra la ipertrofia ed iperplasia dei villi ed in qualche punto la proliferazione dell'intima. La figura II. rappresenta la sezione del funicolo; se è notevole lo ispessimento della muscolare, non è molto spiccata la proliferazione dell'intima, la quale invece si può vedere nel modo il più tipico nella figura III. che è la sezione di un funicolo di un feto con tutti i caratteri della sifilide e da me in altra occasione studiato.

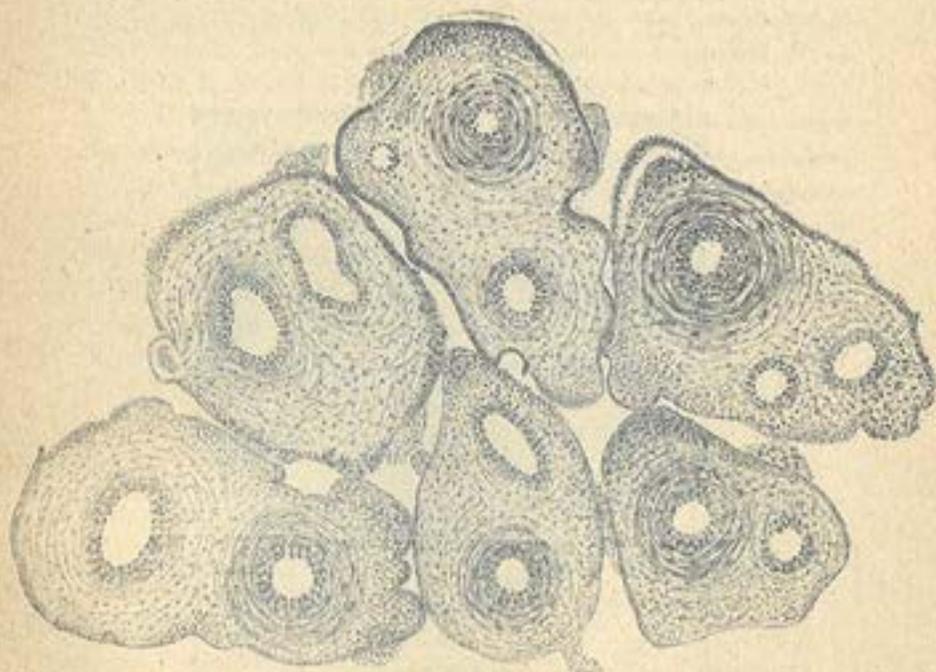


FIGURA I. — Sezione trasversale della zona placentale appartenente al feto anencefalo poliarniotico.



FIGURA II. — Sezione trasversale del cordone ombelicale appartenente al feto anencefalo polizumiotico.



FIGURA III. — Sezione trasversale del cordone ombelicale appartenente ad un feto sifilitico.

Prima di finire lo studio di questo raro caso dovrei dire qualche parola sulla mostruosità fetale del feto superstite.

È anche questa purtroppo una quistione *sub judice* e che in questi ultimi tempi ha richiamato l'attenzione degli studiosi. È ovvio che i casi di idramnios acuto a gravidanza inoltrata non possono considerarsi come produttori di quei vizi di conformazione che solo nei primi tempi dello sviluppo embrionale sono possibili avverarsi. L'esser corrivi quindi a voler ritenere questi due fenomeni morbosi costantemente in rapporto come causa ed effetto non mi pare a mio debole parere, cosa che risponda al vero. Certamente il frequente occorrere di mostruosità riguardanti il sistema nervoso cerebrospinale in concomitanza all'idramnios è tal cosa che deve richiamare la nostra attenzione. Piuttosto che attribuire l'idramnios in questi casi alla mancanza di movimenti di deglutizione del feto per effetto della assenza dei centri nervosi come vorrebbe il chiarissimo Prof. F a b b r i, mi sembra che i magistrali studi del L u c i a a i abbiano chiarito in modo evidente l'influenza trofica generale del sistema nervoso-centrale, onde non ripugnerebbe lo ammettere che per mancanza di questo vengano anch'esse traviate quelle normali condizioni per le quali si ha la fisiologica produzione del liquido amniotico.

Porrò termine a questo breve lavoro rammentando quelle stesse parole colle quali il mio Maestro Prof. M a n g i a g a l l i concludeva la illustrazione di un caso di gravidanza gemellare con idramnios « Non ho la pretesa che l'edificio così innalzato sia incrollabile, né « che le ipotesi fatte non possano offrire il fianco a qualche obiezione, ma dovendo pure ricercare le cause di ogni fatto che ci si « presenta all'osservazione, mi parve che esse rispondessero meglio « di ogni altra ai requisiti della razionalità nel caso attuale ».

BIBLIOGRAFIA

CHARPENTIER. « Traité prat. des Accouchements. » 1882 T. I.
 CUZZI. « Trattato di Ostericia e Ginecologia. » (In corso di stampa).
 GUZZONI DEGLI ANCARANI. « Gravidanza gemellare ed idramnios etc. »
Gazzetta degli Ospitali, N. 13, 14, 15, anno 1888.
 MANGIAGALLI. « Gravidanza gemellare ed idramnios. » *Annali di Oste-
 tricia e Ginecologia*, anno 1885.
 COSENTINO. *Ibidem*.
 ZEIGLER. « Trattato di Anatomia Patologica. » Ultima edizione.
 BIRCH-HIRSHFELD. « Trattato di Anatomia Patologica. »
 BALLANTYNE. « A foetus compressus or papyraceus » *Edinb. Med.
 Journ.*, febbraio 1864.
 Tralascio per brevità le altre pubblicazioni che possono rilevarsi
 dai succennati lavori.

DISCUSSIONE

Il Prof. E. F. Fabbrì considerando che il mostro anencefalo, anche
 allorché è unico nell'utero è spessissimo accompagnato da polidramnio,
 crede ragionevole l'escogitare un nesso più generale fra anencefalia e poli-
 dramnio. Rammenta di avere già al Congresso della Società Italiana di Oste-
 tricia e Ginecologia tenutosi in Perugia nel settembre 1885, emessa la ipotesi
 che talora il polidramnio dipenda da impedimento alla deglutizione od all'as-
 sorbimento del liquido amniotico deglutito; e che fin da allora emise il so-
 spetto che il polidramnio che accompagna gli anencefali dipenda da ciò che
 in essi mostri gli organi della deglutizione per condizioni anatomiche, e per
 difetto di innervazione motoria (e fors'anche sensitiva) sono forse inetti alla
 deglutizione. Rammenta che di nuovo sostenne la ipotesi in discorso narrando
 alla Società Medica Chirurgica di Modena (1886) un caso di polidramnio
 congiunto a peritonite fetale da perforamento, che aveva conglutinati e com-
 pressi in un piccolo tumore tutti gl'intestini tenui. Invita il collega Dott.
 Curatulo a por mente se l'esatta osservazione anatomica del suo mostro
 possa confortare la ipotesi della deficiente o mancante deglutizione.

DOTT. CESARE MAROCCO

LIBERO DOCENTE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA - ROMA

Parto prematuro - Sinfisiotomia - Cefalotripsia

Contributo Clinico.

*Considerazioni sulla necessità morale e sociale di un indirizzo ostetrico
sopra base concorde come negli scopi così nei mezzi.*

Illustri maestri e chiarissimi colleghi — Non è per sfoggio di un
 contributo più che modesto che domando alla vostra benevolenza la
 parola sopra tal tema, la cui vastità viene ad essere ridotta a ben
 poca cosa dalla premessa che mi affretto ad esporre.

Urge che in pratica si sappia qual posto spetti ai tre soccorsi
 ostetrici sopra enunciati. Noi ci troviamo di fronte a delle condanne
 perentorie motivate da argomenti che sono, almeno a me sembra, ben
 lontani dal fatto e vogliono essere ben più che semplici opinioni; e
 a degli osanna, che non escludono il merito della cosa in se stessa,
 ma lo soffocano sotto i ninoli di una cavalleria di nuovo genere in
 cui la scienza fa da cortese. Il pratico coscienzioso desidera sapere
 se la condanna è giusta e definitiva e se, sottratti gli entusiasmi, si
 possa legittimamente riconoscere nei nuovi acquisti il decretato trionfo.

Ad un medico condotto che esercitava sulle Alpi, in seguito a
 perizia in giudizio, veniva fatto il carico di non aver trapanato il
 cranio ad un individuo colpito in rissa e morto successivamente di
 cerebrita suppurativa. A noi, egregi colleghi, stando a quanto le rela-
 zioni conclusero nell'ultimo congresso internazionale, possono essere
 imputati i parti prematuri, premeditato animo determinati e le per-
 forazioni del cranio praticate coll'intimo convincimento di far cosa
 antipatica, ma necessaria e quindi benefica?

È ben vero che nella larga discussione seguita alla relazione
 Pinard, già mitigata nelle sue note acute dalle vedute esposte dal
 Leopold, si rimisero molte cose a posto. Anzi mi è caro il ricor-
 dare come il Morisani nei riguardi del parto prematuro gli riaperse
 la porta onorevolmente. Con tutto ciò dobbiamo riconoscere che la
 nuova generazione di medici è sotto la suggestione del maestro, come

Io fummo noi al tempo nostro. Io fui oltremodo stupito che capiscuola, degni di ogni reverenza, si esprimessero in maniera così draconiana. Nella quiete delle mie fedi in ostetricia non mi sarebbe mai passato pel capo un conflitto fra il bisturi e il forcipe quando questo risponde al bisogno; e nemmeno la qualifica di soccorso empirico al rivolgimento nelle pelvi viziate. Di fronte a nomi tanto autorevoli non ritengo sufficiente la rettifica seguita nella discussione; conviene diffonderla o riaffermarla ogni qual volta l'occasione si ripresenti.

Nei riguardi della sinfisiotomia, al redentore della quale con ogni riverenza mi inchino, io domando dopo quanto si è detto e scritto, e dopo quanto si è pubblicato, anche dopo il congresso internazionale, includendo pure quanto il Forabeuf per bocca del Varnier e del Pinard ci promette, se è chiamata a soppiantare gli altri due soccorsi quando sieno voluti da restringimenti pelvici compresi entro quei dati limiti oscillanti fra i 7 e gli 8 centm. di coniugata vera. Con altre parole io domando: È vero che i bambini nati col parto prematuro artificiale fra le 32 e le 36 settimane per giudizio dei neurologhi sono gravati da un pronostico minaccioso per il loro avvenire?

È vero che le conquiste chirurgiche nel campo ostetrico ginecologico sono tali e così rassicuranti che non è più permesso di perforare un cranio di un feto vivo che non può attraversare la pelvi materna?

È vero che dato quel grado di restringimento, al di là del quale vi ha la *cesaree* colle sue modificazioni, la sinfisiotomia ha la sanzione per cui è chiamata a surrogare quello e questo nell'intervento ostetrico?

Ad ognuno tra voi è ben nota la relazione dell'illustre Prof. Pinard, pubblicata per disteso negli annali di Ostetricia e Ginecologia, e le larghe discussioni che la seguirono, ed io mi dispenso interamente dalle citazioni; solo mi limito a dire che in essa si risponde affermativamente ai tre quesiti che io mi sono fatti per comodo di esposizione. La scienza scende a pratica utilità come la scuola primaria e secondaria risponde ai bisogni della vita morale e sociale di un popolo, con quel lusso di lavoro e di sensazioni e con quelli estesi programmi che ognuno conosce. Ma non tutto quel lavoro, non tutti quei programmi sono pratici mentre rappresentano per *magnam partem* il lavoro di elezione e nobili desideri.

Col rispondere affermativamente ai tre quesiti su esposti, noi siamo lungi, secondo il mio modo di vedere, dal rispondere ai bisogni della pratica, almeno quale a noi si presenta. Toccando della

prima tesi, prima delle questioni di opportunità e di possibilità che scaturiscono dalle emergenze della pratica, mi permetto, forse con audacia, di infirmare l'affermazione al primo dei quesiti su esposti. Ciò vengo a fare in due modi; considerando le note anatomiche che si accompagnano al feto a termine nell'utero materno di donna con bacino ristretto, e specialmente nelle rachitiche; quindi tenendo conto dei bambini che feci nascere prima del tempo stabilito dal decorso ordinario della gravidanza, per evitare le conseguenze della ristrettezza del bacino nel parto a termine. In questi ordini di idee che si riferiscono a prima del parto in bacino ristretto, e a dopo il parto prematuramente determinato, il mio contributo è un fucello che ammicchiate colla vostra autorità e colla vostra esperienza se queste fossero contrarie alle mie vedute. In ogni modo il vostro intervento nel togliere di mezzo delle ragioni speciose che s'aggingono alle molte superstizioni colle quali dobbiamo lottare, è, sia pure riaffermando quanto venne ammesso nell'ultimo congresso internazionale, indispensabile. Se io avrò fatto grossa una questione di poco momento, la vostra benevolenza mi venga in aiuto.

Da quando ho cominciato ad amare questa branca delle mediche discipline, gravide, partorienti, bambini, e decorsi di puerperio, vennero da me, a seconda delle possibilità, notati più o meno completamente; i bacini furono sempre misurati e rimisurati tutte le volte che dopo qualche tempo mi si ripresentò la paziente; e non rare volte vennero corrette le prime misurazioni. Di tutto questo è facil cosa il rendersene conto col dare uno sguardo alle storie e note che io stesso ho redatte o per la mano dei tanti giovani amici, che con intima soddisfazione ricordo, che mi furono compagni di lavoro.

La ossificazione precoce della testa del bambino in un grado più o meno accentuato sono di preferenza il portato dei bacini ristretti. Se vogliamo, di un tal fatto possiamo anche renderci una ragione direi quasi meccanica considerando che la testa nel progressivo svolgersi dell'ossificazione delle varie sue ossa non soffrendo azione veruna dalle sporgenze ossee della pelvi, si mantiene rotonda e sviluppa rapidamente i suoi tessuti secondari in alto, all'indietro da ogni pressione; però fermandomi al fatto non intendo di ventilarne le cause meccaniche e di trofismo nelle rachitiche forse di origine centrale, che nei fenomeni naturali sono sempre comprese. Io di ossificazioni precoci di teste divenute marmoree, ne ho raccolti quattro casi; due a Vicenza e due a Roma; l'ultimo in una donna che venne da me malauguratamente

sinfisiotomizzata e della quale dirò poi brevissimamente. Di ossificazioni avanzate nelle rachitiche con relativa viziatura pelvica, ne ho visti tanti; perciò venni nel concetto che il bambino che rimane fino al termine ed oltre il termine (poichè in questa categoria di gravide viene a mancare uno degli elementi non indifferenti nella determinazione del parto, la pressione, che nelle gravide a bacino e sviluppo del feto normale d'ordinario gradatamente si accentua) non trovasi nelle migliori condizioni. E tali sfavorevoli note a mio avviso esistono non solo nei riguardi dello sgravio, che deve essere quasi sempre salvaguardato dall'arte, ma anche in quanto si riferisce al suo ulteriore sviluppo. Nè più mi fermo su questo punto che con viva aspettazione lascio a voi di definire, poichè quanto venne da me osservato può esser la rondinella che non fa primavera.

Vengo ai bambini fatti nascere prematuramente, nati cioè facendo sempre i calcoli dall'ultima mestruazione regolare per tempo e quantità, nel periodo che intercede fra la 7.^a e l'8.^a mancanza. Mi affido a quattro esemplari che spettano a madri con conjugata sotto ai nove centim. con bacini piatti, piatti rachitici e uno piatto e asimmetrico. Delle mie quattro gravide erano due primipare, e due precedentemente trattate col cranioclaste. Ne potrei aggiungere molti altri e fra questi uno affidatomi ultimamente dal Dott. Gallone; ma siccome s'accompagnava a nefrite da gravidanza pregressa per la quale la donna aveva subito la cranioclastia del bambino a termine, la lascio da parte, poichè la nefrite da gravidanza in gravida costituisce una indicazione a sè. Questi quattro bambini che sono nati nella 34.^a settimana circa sono perfetti e si svolgono lodevolmente. Di uno che trovasi a Catanzaro la mamma mi manda di tanto in tanto notizie splendide. Nessuno presenta differenze coi bambini nati a termine meglio costituiti. E non mi si dica che saranno stati oggetti di cure speciali, poichè nella condizione agiata una madre al suo primo nato, o al primo che sente vagire non risparmia cure, nè sacrifici, per conto mio nulla prescrissi all'infuori del solito trattamento igienico e dei bagni aromatici che uso in tutti i casi.

Nell'ultimo Congresso delle Levatrici, la Sig.^a Wucher presentò alle sue colleghe un bambino nato spontaneamente prima della 7.^a mancanza. Essa lo mantenne in vita nei primi giorni col calore artificiale e col cucchiaino. Quando lo presentò, il bimbo contava già 2 anni o giù di lì; un'amore di bimbo svelto, pronto e sviluppato come i suoi coetanei nati a termine raramente lo sono.

Se io non sono del tutto fuori di strada, come posso adattarmi alle affermazioni del Prof. Pinaud, per il quale nutro ogni deferente rispetto e simpatia, nei riguardi dei bambini avutisi col parto prematuro? (1) Mi attengo strettamente al tema lasciando a parte un altro argomento che parla in nostro favore, quello del parto spontaneo a sette mesi, fatto tutt'altro che raro e troppo ovvio per spendere sopra parole e punto gravato da giudizi sfavorevoli per parte dei cultori della fisiologia e della neuropatologia. *Per me il parto prematuro, saggiamente interpretato, mi rappresentò fino ad oggi l'intervento ostetrico ideale, poichè è la via colla quale madre e figliuolo possono dirsi sicuri.*

Là, dove colla sua relazione il Prof. Pinaud dice che l'esperienza gli ha insegnato che molte delle donne artificialmente sgravate avrebbero partorito a termine spontaneamente, manca un'altro avverbio il « felicemente ». A parti stentate, con sofferenze di notti e giorni sudati affannosamente abbiamo di certo tutti assistito e abbiamo visto teste di bambini allungate del doppio con grosso tumore cefalico e in grado accentuato di asfissia.

Quanti non ne muoiono di tali bambini? Perchè non se ne preoccupa il Prof. Pinaud di questi fatti famigliari a qualunque ostetrico?

Il parto prematuro è intervento delicatissimo, facile e che dà delle soddisfazioni le quali si possono dire complete, specialmente allorchando noi lo imprendiamo su donne che precedentemente abbiano corso dei gravissimi rischi in occasione di altri sgravi, nei quali il bimbo dovette essere sacrificato o venne al mondo in modo da non poter vivere ulteriormente.

Una scrupolosa asepsi, una intelligente preparazione, e la innocente introduzione di una minugia, dalla 3.^a alla 5.^a giornata senza sovvenienze spiacevoli, almeno di regola, vi danno il risultato desiderato.

E ciò detto ecco il dilemma che mi si presenta:

O dobbiamo noi ritenere che il bambino fatto nascere prematuramente dopo il settimo mese vivo e vitale, senza malattie generali e speciali per parte della madre, la quale trovasi in buona condizione di ambiente sociale, è gravato di un pronostico serio nella sua evoluzione ulteriore; ed in allora il parto prematuro deve essere circoscritto ai soli casi di malattia della madre (con che regaliamo davvero al mondo dei disgraziati); dobbiamo rivolgerci a qualsiasi altro soc-

(1) Annali di Ostetricia e Ginecologia - 1901 - pag. 371 - Relazione Pinaud.

corso nei casi di restringimento della pelvi per il quale non sia possibile il passaggio della testa del bambino a termine; oppure il bambino nato oltre il settimo mese non porta con sé, qualora lo circondino le cure generiche necessarie ai neonati, la nota sfavorevole al suo ulteriore sviluppo, ed in allora il parto prematuro saviamente interpretato è l'intervento ostetrico ideale. Ai fisiologi la risposta.

A me pare che i fatti che noi scrupolosamente seguiamo stieno per la seconda parte del dilemma; ossia che fino ad oggi per me il parto prematuro che concede al feto, trascorso il 7.^o mese, di francare la filiera pelvica, mentre al nono non gli sarebbe più possibile il farlo senza danni per sé e per la madre, *mi ripeterò cento volte*, rappresenta appunto l'intervento ostetrico per eccellenza. Ed ora veniamo alla sinfisiotomia:

Il termine della gravidanza è giunto e conviene provvedere allo sgravio; la testa non si impegna nel distretto superiore, oppure si è impegnata ma non procede. L'esame rimane incompleto poiché, quell'esterno per il molto pannicolo adiposo ad onta di tutti gli accorgimenti, non riesce a darci quanto gli domandiamo. L'esplorazione vaginale ci fa sentire un segmento della testa e, se le contrazioni hanno agito a lungo, non ben definitivo nei criteri di superficie e di resistenza. L'esame rettale, sempre antipatico alle donne, e che perciò mal vi si prestano, non accresce di molto la ricchezza delle nostre cognizioni sullo stato delle cose. Con una certa approssimazione si conclude che la sinfisiotomia sarebbe indicata. Accettato l'atto operativo provvediamo all'assistenza.

A scopo di brevità accogliamo le ultime comunicazioni che ci vengono da Vienna, dove si eseguono delle sinfiotomie con esito brillante per la madre e per il feto, accontentandosi, *quoad operationem*, di suturare al di sopra della sinfisi incisa le parti molli; e nel trattamento successivo solo occupandosi delle comodità dell'inferma. Permettete ad ogni modo che vi esponga la ragione che mi fa accettare, senza restar dubitoso, quanto lessi negli ultimi numeri del *Centralblatt der Geburt. u. Gynec.* comunicato dalla Clinica di Vienna, narrandovi quanto mi occorre in qualche malata e quanto studiai da me sull'argomento per uso sperimentale. Una mia malata alla quale dovetti praticare l'*emmetrorafia*, era affetta da restringimento antero-posteriore della pelvi; sgravò di un bambino che ora conta otto anni, ma perdette tutti gli altri per distocie disastrose. Essa mi presentò un fatto riguardo alla sinfisi degno di nota. L'età della donna è di 24

anni circa, il suo insieme delicatissimo e per giunta dedita in allora, per sopprimere ai bisogni della famiglia, al lavoro assiduo di sarta, ricca di numerose clienti appresso le quali si portava a giornata. Ora trovai presso una famiglia fiorentina ed il buon nutrimento e la vita diversa migliorarono le sue condizioni generali.

Questa sposina quando giungeva al 4.^o mese di gravidanza cominciava a soffrire degli scrosci fra i pubi divenuti mobili che le determinavano istantaneamente un dolore acutissimo. Ciò le accadeva, ad esempio, nello scender dal letto; doveva star immobile qualche istante, quindi avvertiva un piccolo controsacroscio e tutto era passato. Malauguratamente io non potei mai assistere ad uno sgravio per poter raccogliere i dati dell'allontanamento spontaneo delle ossa che a suo dire era cospicuo, solo so per affermazione sua che dopo 8 giorni dallo sgravio le ossa erano fisse. Mai in questi scrosci dolorosissimi al pube, si legò una sensazione sola disgustosa alle articolazioni sacro-iliache, nè dopo il breve puerperio la sua elegante deambulazione ebbe punto ad essere modificata da sofferenze sacro-iliache.

Non rilevate in tal fatto tutto naturale un'indicazione di soccorso che include eziandio il trattamento successivo quando l'arte domanda il divaricamento dei pubi e ne fa seguire poi semplicemente una ben fatta sutura delle parti molli interessate? Mi si può dire che quella sinfisi era mobile ma non era stata divaricata. Sta bene, teniamo conto del fatto che le due ossa potevano muoversi con differenza di piano, poiché un pube scrosciava sull'altro senza risentimento sacro-iliaco. Vengo ora alle ricerche praticate su due cadaveri, seguendo il filo dato al mio cervello dall'osservazione fatta su quella paziente e su altre nelle quali potei controllare la mobilità dei pubi, sebbene in misura più limitata di quella prima descrittavi.

Si riferiscono al 5. 2. 93. nella sala incisoria di Santo Spirito. In questi esperimenti noi ci siamo creati una parvenza di sopraparto pressando all'ingresso della pelvi la volta di una testa di feto posta in direzione trasversa.

Trovammo la sinfisi obliqua, in ambedue i casi; una più dell'altra.

In ambi i casi la divisione della sinfisi non offerse difficoltà; sembrò a noi facilissimo preservare quanto l'arcata pubica ricopre. *Fino a 6 cent. e mezzo di allontanamento nessuna tensione osservavasi sulle articolazioni sacro iliache e nemmeno scrosciando fra loro i pubi divisi.*

Questa tensione delle capsule sacro-iliache cominciò a notarsi a 7 centim. e mezzo e divenne distrazione leggera di fibre a 9 centim.

A questo punto volendo renderci conto dell'allontanamento delle faccie articolari sacro iliache, le abbiamo messe allo scoperto, incidendo la capsula. Con tutti i nove cent. di allontanamento si aveva fra le faccie articolari sacro-iliache un solo centim. generosamente misurato.

In tali ricerche mi erano compagni, aiuti e controllori il Dott. Perelli, il Dott. Veronesi e uno o due studenti dei quali non ricordo il nome.

In allora avevo in animo di far un lavoro in proposito, pensiero che smisi dinanzi alla valanga del lavoro altrui. Da quanto sopra mi ero fatto tre convinzioni:

- 1.^a la facilità dell'operazione;
- 2.^a il nessun risentimento delle sinfisi sacro-iliache a cospicua dilatazione, 7 centim.;
- 3.^a la necessità molto relativa del trattamento posteriore.

Queste ricerche mi giovarono assai; e non mi riuscì nuovo il comunicato della Clinica di Vienna.

Lo sconforto che mi aveva assalito tre mesi prima in un caso di sinfisiotomia si andava dileguando. E qui rispondo ad un obbligo, se ve lo riassumo brevissimamente, poichè, salvo errore, mi è nuovo nelle storie delle sinfisiotomizzate, il dettaglio della completa ossificazione della testa con diametri superiori alla norma; e nella speranza che la mia dura esperienza possa essere risparmiata a qualche altro operatore. Sposto la cronologia dei dati raccolti per ridurmi a massima brevità e chiarezza.

Sopra chiamata il 16. 12. 91. al letto di primipara di 30 anni rachitica ad acque scolate da due giorni, riscontrai una testa mobile all'ingresso.

Ecco i diametri del bacino ottenuti quattro mesi dopo. Creste 22 — Spine 20 — Trocant. 30 $\frac{1}{2}$ — C. est. 17 $\frac{1}{2}$ — Coniugata vera 7 cent. — Tub. ischiatiche 8. Il bambino era vivo, regolarissimi i battiti, 140. Al mattino, dopo di aver tutto pesato, mi decisi per la sinfisiotomia. L'apprezzamento delle misure su esposte lo feci in via approssimativa al momento, cosa che del resto nella pratica arriva sempre o quasi. Al mattino assistito da tre colleghi i Signori Dottori Baliva, Veronesi e Perelli, previa cloroformizzazione, praticai la divisione della sinfisi colle solite norme. Una falcetta sottile mi si ruppe mentre me ne servivo di leva in un falso movimento, trovandosi la lama stretta dalle ossa. L'emorragia venosa fu scarsa. La testa stava a ridosso del dito esploratore, ma ad onta della larga diresi pubica non mostrava tendenza ad abbassarsi, giocava sotto la pressione della mano l'altalena; s'abbassava cioè in un punto per risollevarsi nel punto apposto diametralmente.

Dapprincipio la distrazione dei pubi era di 7 cent.; e nei tentativi manuali di abbassare anteriormente la testa dandoci l'inclinazione di Naegle, spostava in avanti il cedevole ponte in modo di farmi temere seriamente per l'uretra e per la possibile emorragia nel caso di strappo dei tessuti cavernosi dei dintorni.

Fin qui era però andato tutto bene.

Mi ero accorto della durezza della testa ma non l'avrei creduta tale quale era in realtà. Dopo vari tentativi col forcipe a pubi distratti per oltre 7 cent. dovetti a malincuore addivenire alla perforazione.

Lavoravo sul marmo.

Valendomi della morsetta, col robusto forcipe del Martin dopo due perforazioni arrivai ad estrarre la testa e con essa il bambino. Dal faticoso lavoro compiuto sulla testa, era leggermente sconnessa da un lato la squama occipitale. In tutto il resto aveva la compattezza di una palla d'avorio fessa in un punto. I miei istrumenti, all'infuori dei due fori dai quali era fuoriuscito poco liquido, non avevano lasciati che tracce superficiali sui tessuti esterni.

Nel passare sotto l'arcata uretrale a sinistra ne venne uno strappo abbastanza profondo. Fatta con ogni cura la triplice sutura si addivenne alla fasciatura gommata e poi cuscini e fascie architettonomicamente disposti e studiati a non aversene idea. L'utero e la vescica nulla avevano sofferto. Per tre giorni nulla di notevole. Poi lottammo un mese e mezzo con un flemmone che invase tutto il connettivo pelvico di sinistra. Guarita, con un'incredibile sciupio di fascie e di apparecchi creati contro possibili danni nelle articolazioni sacro-iliache, restava all'inferma leggera incontinenza di urina sostenuta da una briglia che a sinistra, dal punto di unione del terzo anteriore col terzo medio della vagina, andava con grosso fascio fibroso a fissarsi al sacro. Dopochè la paziente divenne padrona di sé, accollata nel mio Istituto, tolsi la briglia licenziandola dopo quindici giorni; ciò avvenne quattro mesi dopo della fatta sinfisiotomia. Mi si ripresentò con mia sorpresa e soddisfazione dopo cinque mesi gravida al 3^o mese. La consigliai di entrare nel mio istituto, disposto per il reperto complesso ad agire radicalmente sull'utero. Domandò una proroga desiderando di andare a Firenze.

Vi trasmetto l'ultima nota dolorosa di questa malata. Arrivata la sera a Firenze, di ritorno dal teatro a cui aveva desiderato, non appena giunta, di assistere, nel salire le scale di casa, scivolò e ruzzolò per molti gradini. Postala a letto abortì nel giorno seguente e fu vittima di un'acutissima forma puerperale.

Signori! è perdonabile se dopo la brutta sorpresa avuta mi ero raffreddato di molto nei riguardi di questa operazione. Circa due mesi di cure assidue per un'atto operativo così semplice!

Ora che mi sono persuaso che poco dobbiamo occuparci delle sinfisi sacro-iliache, e solo curare l'asepsi prima, durante e dopo la sinfisiotomia, sono compreso come e quanto dobbiamo far buon viso a questo soccorso.

Ma contro di lui si eleva obbiezione fortissima un principio che nel dominio ostetrico spadroneggerà fino a Dio sa quando. Tanto per chi lo subisce, quanto per chi lo porta il soccorso, deve questo essere al più possibile completo. Il tempo ed il luogo nei quali possono esser voluti i soccorsi nostri includono necessariamente che questi devono nel maggior numero di casi, lasciar dietro loro la consegna la più semplice. Paragonando, di fronte alle infezioni, la donna che sgrava, ad una polveriera; alla sinfisiotomia, fatta con ogni cura la più minuziosa, dopo l'operazione non mancano di certo scintille.

Mi accorderete eziandio che è necessario una certa abilità ed un corredo chirurgico cui nulla manchi per un buon risultato; e tutto questo mal si adatta ad essere a discrezione di eventi che possono essere nulli come durissimi.

Migliorata di molto la tecnica, fatta giustizia a quasi tutte le preoccupazioni che si ritenevano giustificate dopo la sinfisiotomia, questa guadagnerà io credo tanto più terreno quanto più andrà migliorando l'elemento sociale che deve esser soccorso. Noi troviamo quasi sempre le famiglie disposte magari ad una audacia, reclamata dalle incalzanti circostanze; ma quasi mai le troviamo ben disposte ad ordinato intervento del bisturi. Ciò sembrerà assurdo, ma è così. Quante volte non sarebbe indicata la episiotomia? Eppure questa semplicissima operazione vien per la stessa ragione ora esposta ben di rado praticata.

Aggiungete inoltre altre considerazioni. Se le ossificazioni complete possono rappresentare un fatto alla fin fine rilevabile ad accurato ed esperto esame, vi ha un'altra complicazione che nelle primipare non è rara, cui io ebbi occasione di assistere per tre volte sempre associata a bacino piatto; è una complicazione che si apprezza sempre assai tardi. Questa è data dal concrescimento del polo inferiore dell'uovo col segmento pterino, per cui la dilatazione non procede e non avviene che minima. In un mio caso, rotto artificialmente il sacco poichè il corno destro dell'utero si era sfiancato accompagnandosi dolore violento della parte, e temevo per la rottura della matrice, fu una vera fortuna se dopo due giorni di attesa venne alla luce un neonato con una testa allungata in modo accentuatissimo e asfittico per le angustie a cui aveva dovuto adattarsi e per il cingolo al collo dovuto al funicolo.

Data tale complicazione, non so quale servizio e a qual prezzo potrebbe arrecare la sinfisiotomia.

In quella vece, Chiarissimi Colleghi, il sacrificio del bambino fatto da esperia mano, per quanto riesca penoso, lascia dietro di sé il conforto di un soccorso ultimato; e fino ad un'era migliore, nelle evenienze di una distocia grave è sempre la via che tutto promette alla madre. Colla coscienza dei mezzi di cui disponiamo, negli ultimi due casi di cefalotribia compiuti in questi giorni ho veramente sofferto; in uno specialmente nel quale la paziente per sciocchi pregiudizi si era sottratta al parto prematuro; e in cui dovetti assistere a 3/4 d'ora di palpiti cardiaci e 28 atti respiratori seguiti alla fatta perforazione ed estrazione! Però in una casa, più ancora se agiata, è raro che vi si domandi, di fronte al pericolo, il figlio, ma sempre vi si implora per la madre. Questo fatto, per me, giustifica ed è sanzione pubblica nella pratica della cefalotribia, quando non ci vien dato, rimanendo insufficienti gli altri soccorsi, quali il forcipe ed il rivolgimento, di scongiurarla a tempo col parto prematuro. Fino a quando garanzie meno dubbie non armino la nostra mano per altri soccorsi, o almeno fino a quando non prevalga un nuovo indirizzo pel quale soccorsi, senza questione più razionali, non si ripetino là dove i presidi dell'arte godono la salvaguardia scientifica, cioè non cessi la riluttanza che domina a domandare ospitalità ed aiuto dove tutto concorre ad assicurare il successo.

In 12 cefalotribie accuratamente annotate e seguite per quanto fu possibile dopo il puerperio non ho perduto che una madre, se si può dir per l'ostetrico perduta una donna che non si risvegliò dal coma eclampico nel quale trovavasi da lunghe ore e nel quale la trovai e durante il quale l'operai, nè mi risultarono danni successivi. In tutte queste operate nessun trattamento *post operationem* fu necessario, all'infuori delle solite detersioni; in nessuna fui costretto nemmeno alla perineorafia.

Concludendo, pentito d'avervi con tante ripetizioni non poco stancati, ho piena fiducia nell'avvenire della sinfisiotomia, saviamente interpretata, nella sua indicazione di grado e di ambiente; però nei riguardi morali e sociali, l'ideale dei soccorsi ostetrici nei casi di restringimento pelvico relativo è per me il parto prematuro; nell'urgenza incalzando il pericolo per madre e figlio, e quando non s'imponga esplicito un desiderio per parte degli interessati, salviamo le madri giacchè abbiamo il modo di farlo. Una vita di una madre val quella di molti bambini.

Se così non fosse e il parto prematuro e la cefalo-tribsia fossero da voi condannate, come vorrebbe il Pinard, avete davanti un grande colpevole e, per di più, poco disposto a pentirsi.

DISCUSSIONE.

Il Prof. Morisani ricorda che nel Congresso internazionale ultimo la questione tra parto prematuro e sinfisiotomia, nel campo delle indicazioni, fu completamente definita, e non precisamente nel senso dell'oratore.

DOTT. CESARE MAROCCO

LIBERO DOCENTE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA - ROMA

Sull'uso dei Pessari ad uovo.

Contributo di casistica

Il chiarissimo Prof. Fabbri disse fra noi, a proposito di un caso di isteropessia addominale: io credo molto ai pessari... Io, sempre riconoscente alla mia buona ventura tutte le volte che posso tesoreggiare precetti e vedute dalla bocca del chiarissimo maestro, per lunga e ormai posso dire anch'io, vecchia persuasione, sono proprio in questo argomento nel campo opposto. Credo molto al male che fanno, preparano spesso e, con buona messe di casi, peggiorano, quasi sempre per difettosa interpretazione; non è con ciò che io non mi guardi bene dall'escluderne la loro pratica necessità, nonché la loro utilità, specialmente nei casi più che recenti. Direi però sempre più forte contro tali presidi che la chirurgia ginecologica in omaggio al prestigio delle povere donne circoscrive ogni giorno, sostituendoli con atti operativi che quanto prima più non si discuteranno.

Quando nelle flessioni i pessari giovano, dubito a dar loro il merito, essendomi occorso ripetutamente in uteri un poco rilasciati e mal fiancheggiati, di far diagnosi di retro-flessione e farla scrivere e controllare e propormi il pessario da applicarsi come il più conveniente al ripresentarsi della malata; mentre ad un nuovo esame la matrice mi si faceva trovare in antiflessione normale coll'addolorabilità, che è frequentissima ad incontrarsi, cervicale posteriore; e che un pessario mi avrebbe potuto aggravare.

Riaccenno al caso che pubblicai pertrattando dell'importanza funzionale della vescica e dell'accorciamento della vagina anteriore nelle retroflessioni; nel quale, dopo 4 mesi di innocua permanenza in sito, efficace a mantenere la matrice in posizione normale, dico dopo quattro lunghi mesi, levato il pessario, seduta stante, la matrice riprese la vecchia flessione. Notate che con scrupolo dovrei dire la presenza del pessario non solo innocua ed efficace per la statica del-

l'utero; ma eziandio perchè presente il pessario erano spariti i sintomi riflessi abbastanza gravi che travagliavano la mia paziente. Ma può dirsi cura quella che costringe una giovane sposa a portar sempre il pessario, o almeno per un tempo non solo lungo ma senza limite approssimativo?

Con ciò metto in chiaro il mio pensiero che, se temo il male che possono fare, diffido che mi possano dare la guarigione, nel senso che una persona giovane dopo un lungo periodo possa fare senza dell'ortopedico intrigo.

In quella vece nei casi di prollasso dell'utero in soggetti vecchi, sono un vero credente e serbai dall'83 sempre eguale fiducia ai pessari ad uovo di vulcanite per due ragioni: la prima perchè li applico quando e per l'età della paziente, e per le condizioni locali non resta posto ad altro soccorso; la seconda perchè senza compromettere la parte con peso mal tollerato, poichè il pessario ad uovo è leggerissimo, trattengono il prollasso, nel tempo istesso che combattono le irritazioni, l'atonìa dei tessuti colle sue conseguenze, riavvalorano la loro vitalità chiudendo la via agli insulti esterni, cause perenni di forme ascendenti.

Questi pessari ad uovo che avevo imparato ad apprezzare trovandomi per lungo tempo col compianto Prof. Breisky, dal quale si intitolano, sono providenziali per le povere malate, d'ordinario vecchie, misere e quindi costrette al giornaliero guadagno.

Riassumo i criteri che l'esperienza mi ha favoriti per la loro utile applicazione.

Anzitutto nella pelvi, nei dintorni del fondo vaginale non si devono trovare delle strozzature connettivali da progressi processi che impediscono al pessario di alloggiarsi comodamente; e se vi sono, bisogna vincerle prima con adatto trattamento preparatorio. Non sempre però si riesce; ed in allora conviene senz'altro rinunciare al presidio. Se tale inconveniente non esiste, qualunque si sia lo stato di rilasciamento e di distrofia del tessuto del canale genitale, si può ripromettersi un buon risultato.

È bene, potendo, di curare previamente il canale con adatte medicazioni per renderlo più facilmente capace di ritenere il nuovo ospite nel primo periodo; ai successivi provvede lo stesso pessario. Le esulcerazioni catarrali sempre determinate e mantenute da insulti esterni possono nel maggior numero di casi essere trascurati, poichè posto a loro protezione il pessario ad uovo di grandezza conveniente, guarì-

scono rapidamente e bene, come ebbi occasione di persuadermene in parecchi di quei casi che oggi volli raccogliere per presentarvene un contributo dimostrativo.

Se lo sfiancamento del canale vulvo-vaginale è tale da non permettere continenza in via assoluta, in allora mi valsi di una perineorafia, aggruppando più tessuto mi fosse possibile per guadagnare la nota contentiva necessaria; e ciò praticai in un caso colla anestesia cocainica, non affidandomi il soggetto vecchio e malandato per la narcosi clorofornica.

È importantissimo precetto di non scegliere l'uovo massimo che allo sfiancamento del canale fosse adattabile. In primo tempo almeno, è bene di tenersi ad uno di volume minore, il quale, invitata la paziente a ponzare, deve essere, al cadere del ponzamento, facilmente ingoiato. Un tale accorgimento è prezioso per riuscire facilmente nell'introduzione dell'uovo del Breisky. È manovra analoga a quella con cui si fa l'esplorazione anale con il minimo disturbo della paziente. Facendo desistere improvvisamente una donna dal ponzare con forza, l'ammissione dell'istrumento avviene in gran parte per cooperazione della pressione atmosferica, poichè l'uovo deve essere fortemente compresso sul prollasso più che mai sporgente e teso così da formare con esso un tutt'uno. Si raccomandi alla paziente di proteggere la parte, cioè di trattenere colla mano il pessario ogni qual volta che sia per bisogni corporali o sia nel fare uno sforzo chinata, ne favorirebbe l'uscita. Un tale riguardo è necessario per una durata che si fissa ad un mese, sebbene un tal tempo sia sempre più lungo di quanto occorre.

Tutti i muscoli del canale genitale e dei dintorni riguadagnano in breve tempo in tonicità. Specialmente il sollevatore dell'ano che costituisce dopo lo sfintere il diaframma pelvico contentivo per eccellenza, basta da solo, rapidamente rinvigorendosi, ad assicurare il risultato.

È inutile che io accenni alla necessità di combattere la stitichezza e di giornalmente detergere i genitali esterni con abbondante saponata, poichè ognuno di noi catechizza, spesso al deserto, le pazienti su questi elementari principi dell'Igiene.

Ed ora permettetemi vi dica una parola su qualcuno dei casi che vi presento colle note storiche puramente necessarie.

Per essere brevissimo non accennerò che di tre pazienti soltanto.

Il 6.^o caso segnato nel registro col N. 95 appartiene a donna di 60 anni di Napoli che ebbe 7 sgravi e da lungo tempo in menopausa,

Presentava il reperto seguente:

Prolasso con ernia di tutto il corpo dell' utero. Cistocele e rettocele. Sfiacramento di tutti e due i canali inguinali da anormali connessioni ed ispessimenti enteropelvici. Erosione profonda del muso di tinca a bordi duri per l'ispessimento di tutta la restante mucosa epidermizzata.

Ad onta di un reperto così completo esisteva un grosso fascio di tessuto perineo-vulvare, forse non sfornito ancora del tutto di fasci muscolari attivi, probabilmente per la continuata ginnastica a cui era condannata la povera donna; eziandio il sollevatore dell'ano si palpava grosso attraverso l'afflosciata parete vaginale.

Per questi due dati, ed essendo completamente libero da imbrigliamenti il fondo vaginale fu possibile la contenzione del pessario fino dal primo momento in cui venne da me applicato. Tale fatto che sottraeva la donna alla necessità di proteggere ad ogni sforzo per alcun tempo colla mano il presidio, s'impose alla sua fantasia per modo che andava ripetendo a tutti che noi avevamo fatta una grande operazione senza darle dolore e che era guarita miracolosamente per grazia di non so qual santo. L'uovo per lei non ha mai esistito; avvertita della sua presenza lo nega, rispondendo che se ci fosse lo sentirebbe come sentiva il peso dell'utero; e a suo modo, ragiona di certo a fil di logica.

Il 5.^o caso invece ci offre un' esempio d' altro genere. Si tratta di una donna di anni 56 con otto sgravi, in menopausa da molto tempo. Il reperto suona: prolasso di 3.^o grado con rettocele e cistocele. In questo soggetto si applicò l'uovo il 23 Gennaio 1891. Lo perdette due giorni dopo perchè piccolo. Venne rimesso e poi nuovamente perduto il 6 febbraio dello stesso anno. Quindi lo tenne e lo tiene tuttora. Il pessario usato le due prime volte non per difetto di esame ma per la sensibilità esagerata della paziente, era fra i piccoli; e la paziente era in aggiuntata così poco intelligente che ce ne volle perchè imparasse a proteggerlo colla mano. Appena ne tollerò uno di una certa misura e seppe trattenerlo quando era il momento opportuno, rimase in posto dando il risultato completo su tutto il prolasso e sulle sue conseguenze di esulcerazioni e compartecipazioni del retto e della vescica.

Nel caso 10.^o N. 231 abbiamo un soggetto di anni 75; ebbe 8 sgravi. Menopausa a 53 anni. Il reperto dice: Arrovesciamento vaginale completo con isole di erosione sulla porzione vaginale. Cistocele

e rettocele. Iperinvoluzione dei genitali esterni. Venne applicato l'uovo il 15 Maggio 93 e venne controllata la sua azione terapeutica il 24 febbraio 94. Le erosioni erano guarite e al fondo vaginale presentavasi cavità uterina distesa per essersi fusa colla cavità vaginale. Dell'utero non residuavano che due strati di ispessimento laterali con due infossamenti circondanti gli orifici tubari.

Per l'atrofia dei tessuti progressiva colla nota coartante che vi si accompagna, la paziente sentiva uscirsi il pessario; e venne a noi prima che ciò avvenisse. Ne rimettemmo uno minore di diametro e la paziente sta bene.

Ricordai questo caso perchè in esso avvenne la distensione e fusione della cavità uterina colla vaginale, fatto sul quale fermai la mia attenzione e ne trassi unmaestramento per evitare il pericolo di assunzione del pessario ad uovo nell'utero come mi venne fatto di leggere per uno o due casi che reclamarono un intervento non indifferente. Salvo errore di memoria uno di questi casi si presentò alla Clinica di San Giovanni diretta dal nostro Prof. Pasquali; manco però del dettaglio del fatto.

Prima di dire una parola su questo proposito voglio accennare un caso accorsomi di apparente insuccesso. L'Illustre Senatore Prof. Durante sapendo come io facessi molto assegnamento su questo innocentissimo soccorso, m'indirizzò una signora affetta da cistocele.

Riconobbi subito che il raggrinzamento senile posteriore aveva di molto ridotto il fondo vaginale cosichè sarebbe stato mal contenuto il pessario ad uovo incaricato di ridurre il cistocele.

In questo caso il cistocele aveva parete sottilissima. Ciò dico a comprova di quanto affermò benissimo il Prof. Fabbri sul cistocele, che, quando esiste da solo nelle vecchie, tende ad assottigliare progressivamente le sue pareti. Ad ogni modo, nel caso mio, con troppa fiducia volli provare, prevenendo la signora delle noie a cui un tal trattamento la esponeva e la necessità di un lungo periodo di preparazione. Dopo una settimana la Signora fu costretta a partire e alla vigilia mi disse che non le era possibile una tanta abnegazione.

Questo è stato il mio unico insuccesso e posso dire che l'ho voluto, anzi l'abbiamo voluto; io col voler provare, e la Signora col non sapere assoggettarsi alla paziente preparazione che ci avrebbe assicurata la vittoria. Ed ora pochi minuti per dirvi come si devono evitare le assunzioni del pessario nell'utero.

Ciò può solo avvenire quando la cavità uterina è enorme al mo-

mento in cui viene applicato il pessario; una volta applicato e contenuto, l'azione muscolare della vagina fiancheggiata dall'elevatore dell'ano, la quale nella sua nutrizione e tono col pessario gradatamente migliora, tende a spingere l'uovo sempre più in alto; se la cavità è grande ed il cercine a cui è ridotta d'ordinario la porzione vaginale cede alla lunga pressione, l'uovo può cambiare di stanza. Se si corregge però in antecedenza l'ipertrofia eccentrica della matrice, del resto abbastanza rara, si andrà in contro nella peggiore ipotesi, al reperto di controllo del terzo caso che vi comunicai senza compromissione del risultato.

A togliere ogni dubbio sull'azione muscolare che spinge verso l'alto il pessario ad uovo, basta considerare la funzione del sollevatore dell'ano, dietro il quale il pessario deve necessariamente porsi, se vuol essere contenuto in vagina. Può eziandio contribuirvi lo sfintere, la muscolatura della parete vaginale stessa, la forma della vagina che è ampia in alto, in quella parte che io chiamo sierosa o vescicale a seconda che mi riferisco alla parete posteriore o all'anteriore; ma io ritengo che è la funzione del sollevatore dell'ano quella che rappresenta la parte maggiore nella statica del pessario e nel rappresentare la eventuale direzione verso l'alto data dalla pressione muscolare prevalente.

Dopo di che, grato alla vostra benevolente pazienza anche sopra un soggetto tanto modesto, pregio questa dei grandi maestri, vi raccomanderei la diffusione di questo umilissimo quanto concreto presidio ortopedico.

Dopo ciò l'O. presenta all'Assemblea alcune tavole in cui ha raccolto le osservazioni remote e prossime su dodici casi da lui avuti in cura.

DOTT. F. S. ROCCHI

AUTO DELLA R. CLINICA OSTETRICA GINECOLOGICA DI ROMA

Sulla perforazione e riduzione della testa seguente nei bacini ristretti.

Nel congresso tenuto in Genova dall'antica Società italiana di ostetricia e ginecologia nell'Aprile 1887 il Prof. P a s q u a t i parlò di un suo processo speciale per ridurre la testa seguente nei bacini ristretti con doppio promontorio. Questo processo consiste nell'aprire longitudinalmente la rachide del feto passando sotto la pelle del collo, penetrare nel cranio attraverso il grande forame occipitale, fare l'excerebrazione, e, se occorre, fratturare la base col cranioclaste. In questo modo il Prof. P a s q u a t i aveva raggiunto i tre requisiti che gli antichi volevano avesse ogni operazione, cioè il *vivo*, il *tutto* ed il *facile*: ma il resoconto, assolutamente insufficiente, fatto negli Atti della Società non ottenne altro scopo che far dimenticare un'operazione, che pure, a mio credere, deve rimanere fra le varie specie di embriotomie.

Nell'Ottobre 1888, essendo Chirurgo-Sostituto nella Maternità di S. Giovanni in Laterano, vidi il Prof. P a s q u a t i operare il suo quarto caso, e pochi giorni appresso, imitando il Maestro, potei eseguire anch'io l'operazione in una donna con bacino piatto rachitico, e sin d'allora, ripetendo le prove sul cadavere, mi convinsi essere questa un'operazione da consigliare a preferenza di qualunque altra specialmente ai giovani ostetrici non forniti di molta pratica, nè ricchi di scariati strumenti.

Quando sul finire del 1889 pubblicai sulla *Gazzetta medica* di Roma il resoconto di 15 mesi del mio servizio, accennai a questo processo senza descriverlo; ma ora credo cosa utilissima intrattenerne brevemente la Società, nella speranza che sull'ali degli Atti del Congresso venga maggiormente diffusa la conoscenza di questa operazione che può rendere dei segnalati servizi.

La *Rachiotomia longitudinale e cranioclastia a testa seguente* è operazione nuova nel suo complesso ed il merito ne va attribuito al clinico

di Roma che primo l'ha eseguita sul vivente; ma scorrendo i trattati di ostetricia dai più antichi ai più recenti, troviamo sparsi qua e là tutti gli elementi di cui essa è costituita.

Quasi tutti gli ostetrici antichi riconobbero le difficoltà che s'incontrano nella perforazione della testa posteriore al tronco, specialmente quando questa è rattenuta all'ingresso, tantochè lo Scanzoni, fautore della perforazione della testa previa, la dice in questi casi operazione quasi sempre difficile e da abbandonare. Egli ricorre piuttosto alla cefalotrixis. Ed alla cefalotrixis ripetuta senza perforazione si attiene il Pajot tanto che la testa preceda o segua il corpo del feto, qualunque sia la ristrettezza del bacino; mentre il Delatre la riserva ai soli bacini che abbiano una coniugata vera inferiore ai 60 millimetri.

Nel 1880 Nagele e Grenser nel loro trattato di ostetricia stamparono: *al presente la perforazione e l'estrazione (della testa posteriore al tronco) è giustamente rimpiazzata dal cefalotribo.*

Ma il cefalotribo non era privo d'inconvenienti e noi troviamo Hubert padre intento a ricercare il modo di arrivare alla base del cranio e fratturarla senza ledere le parti molli della madre. A tale scopo egli incideva la pelle del feto sullo sterno, vi introduceva una lunga pinza chiusa che spingeva sino alla volta del faringe, si apriva una larga via col divaricarne le branche, alla pinza sostituiva il suo trasformatore e perforava in uno o più punti la volta.

Questo passaggio sottocutaneo degli strumenti, trasmessoci dall'Hyernaux nel suo trattato, non è stato, ch'io mi sappia, ricordato da altri, non escluso il figlio di Hubert che pure si era proposto di raccogliere e pubblicare tutti gli insegnamenti del padre. Hubert figlio nella descrizione dell'operazione dice che se la testa è flessa *si passa direttamente a traverso il triangolo sottomascellare, e se è estesa, a traverso l'osso occipitale.*

La difficoltà della fuoriuscita della massa cerebrale per un canale irregolare a pareti frastagliate e che facilmente si accasciano, fatto notato anche dal Fritsch, ha forse avuto il suo peso nel far preferire a questo processo altri che davano minori garanzie per le parti materne.

Per vuotare il liquido cefalo-rachidiano nei casi di idrocefalo in cui la testa sia per il suo volume ritenuta nel bacino dopo espulso il tronco, Van Heuvel, e secondo altri Delacoux, propose ed usò il trequarti infisso nella porzione dorsale dello speco vertebrale.

S. Tarnier propose di fare una incisione cutanea trasversa sulla porzione cervicale, di aprire il canale vertebrale fra le apofisi spinose delle vertebre e per quest'apertura introdurre una sonda di gomma sino entro la cavità del cranio.

Queste diverse idee insieme coordinate schiusero al Prof. Passquali la via da seguire per giungere facilmente e sicuramente al cervello; ma v'era anche qualche cosa che più si avvicinava al processo sopra accennato.

Nel Marzo 1874 Cohnstein comunica un nuovo metodo per praticare la perforazione della testa seguente. Egli consiglia di incidere la cute tra la porzione cervicale e la porzione superiore del dorso, di aprire la rachide con la sezione delle lamine vertebrali e di asportare il midollo spinale con una pinzetta. Per l'apertura così ottenuta s'introduce sino nella cavità del cranio un catetere col quale si lacera la sostanza cerebrale che poi si fa colare all'esterno inflettendo acqua. Cohnstein non fece che prove su cadaverini ed il suo processo non ho visto ricordato che nel trattato di ostetricia di Thompson Lusk, confinato in una nota come cosa di poco conto.

Dopo questi vari stadii cui ho accennato, un passo ancora e veniamo all'operazione quale fu proposta ed eseguita dal Prof. Passquali.

Non mi fermo a ricordare quali siano le indicazioni e quali le condizioni necessarie per quest'atto operativo. Finchè v'è speranza di salvare il feto, la sinfisiotomia sarà sempre preterita, ma purtroppo rarissime volte l'ostetrico arriverà a tempo. In quanto ai limiti dirò che dove è uscito il tronco quivi potrà uscire anche la testa ridotta.

La tecnica è delle più facili. Qualunque sia la posizione del feto, e qualunque il grado di estensione o di flessione della testa, un assistente s'impadronisce del corpo fetale e facendo una trazione forte e costante porta la parete anteriore del petto e dell'addome a contatto con la parte della madre verso cui è diretta. In questa posizione le ultime vertebre cervicali e le prime dorsali fanno sporgenza sotto la cute e più ampi sono gli spazi fra le apofisi spinose.

Fissato con un dito uno qualsiasi di questi spazi a due centimetri fuori della rima vulvare, si fa colle forbici un'incisione trasversa di tutti i comuni tegumenti per l'estensione di tre centimetri. Con la medesima forbice si apre il canale spinale infiggendo una branca acuta fra vertebra e vertebra e s'incidono dal basso all'alto tutti gli archi

vertebrali in modo che detta branca resti sempre nel canale e l'altra scorra sotto la cute del collo rasentando le apofisi spinose. In questo modo si ottiene in pochi secondi un via larga al cervello senza che le parti materne siano state tocche in alcun modo.

Il Prof. P a s q u a l i dopo il suo primo caso fece costruire una forbice speciale per la rachiotomia sul modello, rimpicciolito, di quelle ad angolo di E s m a r c h per tagliare le medicature. Queste forbici avevano l'inconveniente di essere un po' troppo tozze e di non prestarsi pel taglio della cute. In seguito tolse questi inconvenienti modificandole nel modo che può vedersi nella figura I,^a che non ha bisogno di spiegazioni.

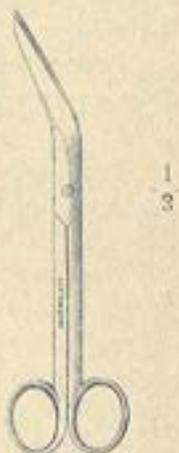
Nel secondo caso da me operato, non avendo quelle del Prof. P a s q u a l i, adoperai le comuni forbici rette della busta chirurgica, che mi corrisposero perfettamente. Nelle prove fatte di poi ho veduto che queste forbici sono più che sufficienti all'uso nella maggioranza de' casi, ma servono meno bene qualora si abbia da incidere, come dirò appresso, anche il margine del forame occipitale.

Lo spappolamento del cervello, che a mio avviso è sempre bene far precedere all'estrazione, può farsi con una sonda rigida o con qualunque asta resistente, quale ad esempio una cannula da lavande endouterine, un uncino, la branca interna del cranioclaste ecc.

Trovo inutile estrarre la massa cerebrale dopo averla ridotta in poltiglia, perchè se non si adopera il cefalotribo essa troverà sempre una via libera a pareti rigide lungo il canale rachidiano nei tentativi di estrazione della testa.

Per estrarre il capo ci possiamo servire della trazione semplice sul feto secondo la manovra conosciuta col nome della Scuola di Praga (chè le esperienze di C o h n s t e i n ci hanno dimostrato che il tronco non si divide dal capo in queste circostanze spiegando una forza di 50 chilogrammi per 6 minuti) o a questa trazione possiamo aggiungere la pressione manuale a traverso le pareti addominali (A u v a r d); ovvero ancora uncinare il mento con una mano e le spalle con l'altra, obbligando la testa a flettersi fortemente, e poi traendo in basso (M a u r i c e a u - V e i t). In un caso del Prof. P a s q u a l i l'estrazione fu eseguita con quest'ultima manovra senza grandi difficoltà.

Fig. I^a



Di una utilità grandissima possono essere gli uncini, questi primi strumenti di trazione che abbiano avuto gli ostetrici nelle distocie. C. S c h r ö d e r, per non ricordare che un autore il quale va tuttora per le mani di molti in Italia, nell'estrazione della testa seguente preferisce al cefalotribo l'uncino acuto col quale può flettere la testa, e soprattutto inclinarne la base quando questa abbia diametri maggiori di quelli pelvici.

Io credo si possano ottenere i medesimi risultati con l'uncino ottuso, tanto meno pericoloso dell'acuto.

Il Dott. A. R e g n o l i, mio buon amico e collega di clinica, in un caso a lui occorso, dopo la rachiotomia, e l'excerebrazione e la frattura della base, si valse dell'uncino decollatore di B r a u n introdotto per il forame occipitale come strumento che ad un tempo servisse per flettere la testa e trarla fuori.

Da esperimenti da me eseguiti su cadaverini di feti a termine risulta chiaramente che l'uncino decollatore di B r a u n è troppo ampio di apertura per essere introdotto nella cavità del cranio a traverso il forame occipitale se quest'osso non venga prima fratturato; e d'altra parte ha l'apertura troppo stretta per flettere sempre la testa. Infatti con questo strumento introdotto convenientemente noi non possiamo far pressione che sopra un sol punto il quale al massimo si troverà un centimetro avanti al bordo anteriore del grande forame. Ora data una testa in estensione con una diminuita resistenza nella metà posteriore per la frattura dell'occipite, è impossibile che l'uncino applicato a questo modo la faccia flettere.

Per non complicare l'armamentario ostetrico ho provato i diversi uncini che furono proposti per i vari usi e mi fermai ad un uncino ottuso, che trovai nell'armamentario del Prof. P a s q u a l i, adatto all'estrazione della pelvi.

Quest'uncino (Fig. II.), le cui due parti si incontrano ad un angolo di poco inferiore al retto, ha i seguenti vantaggi: a) viene facilmente introdotto; b) serve bene a spappolare il cervello; c) flette la testa e la inclina abbassando a volontà la metà anteriore o posteriore.

a) Per introdurlo nella cavità del cranio si fa scorrere il piccolo lato dell'uncino lungo il canale vertebrale aperto con la punta volta in alto. Mano a mano che lo strumento avanza,

Fig. II^a



gli archi vertebrali incisi si lassano sui lati e la via resta ampia sino alla cavità della testa fetale. Quando la punta ha sorpassato il forame occipitale, si abbassa il manico dello strumento quasi si volesse uncinare l'occipite e si penetra fra la polpa cerebrale. La manovra riesce facile se fuori della vulva può avvertirsi col dito la prima vertebra dorsale; meno bene se la testa è ritenuta più in alto. Con un uncino i cui due lati s'incontrassero sotto un angolo più acuto questo movimento sarebbe impossibile e lo strumento non entrerebbe.

b) Con movimenti di rotazione impressi a tutto lo strumento, facendo pernio sui contorni del forame occipitale, si può giungere sino in corrispondenza dei lobi frontali, specialmente se la testa è deflessa, e quasi tutta la massa cerebrale può essere spappolata.

c) La resistenza che incontra la punta dell'uncino sulle parti ossee ci rende edotti in ogni istante della direzione dello strumento meglio di quello che non farebbe un segno qualunque impresso sul manico. Se noi dirigiamo la punta verso la fronte e facciamo trazioni in basso, otteniamo un certo grado di flessione della testa, ancorchè le due branche dell'uncino facessero fra loro un angolo retto; questa flessione andrà aumentando sino a divenire completa mano a mano che scosteremo il manico dal dorso del feto pur continuando la trazione. Il punto massimo di pressione si avrà a 4 centim. innanzi al forame occipitale e perciò non occorrerà gran forza per ottenere l'effetto. Se invece volgeremo la punta in avanti ma un po' lateralmente, potremo a volontà flettere la testa e simultaneamente inclinare la base in avanti od in dietro e così facilitarne l'uscita.

Se l'angustia pelvica è tale da richiedere la riduzione dei diametri della base, il cranioclaste è secondo me lo strumento da preferire. Il Prof. Pasquali nei primi casi adoperò lo strumento di Auvard la cui branca interna, foggata a cono come il *terbellum* del Dugés, pareva meglio degli altri prestarsi a penetrare nel foro occipitale. Ma guastatosi lo strumento in una di queste applicazioni ricorse da quel giorno al cranioclaste di Braun, che servì ugualmente bene, se non meglio, allo scopo.

Entrambi presentano l'inconveniente di avere la branca interna a diametri maggiori del forame occipitale, ma se con la forbice con cui si è aperto lo speco vertebrale si incide in due punti il contorno del detto forame, è sufficiente una leggiera pressione per vincere l'ostacolo. A tale effetto io consiglio di praticare sempre le due incisioni nel primo tempo, prima di ritirare la forbice che ha inciso gli

archi vertebrali, e la forbice del Prof. Pasquali ci sarà per questo di grande utilità.

Se si adopera lo strumento del Braun, come ho fatto sempre io, la branca va introdotta facendone scorrere un bordo lungo il solco aperto dall'uncino. La branca esterna s'introduce come al solito sulla guida di una mano portandola indietro lateralmente al promontorio e cercando di farla cadere sulla regione malare o temporale posteriore anzichè sul naso, perchè da tutti i nostri casi risulta che questa è la presa migliore per l'estrazione. Se il dorso del feto è a destra la branca esterna dovrà essere collocata sulla metà sinistra della pelvi materna e allora l'articolazione dello strumento guarderà in basso e si dovrà fare lo *scruciamento* dei manici, cosa che non presenta alcuna difficoltà potendosi muovere liberamente in tutti i sensi la branca interna.

Alcune volte una sola presa non sarà sufficiente, e allora se ne farà una seconda portando la branca esterna per quanto è possibile in avanti, e se neanche con questa la testa si abbassa, vale meglio togliere il cranioclaste e riapplicare l'uncino che diverrà un ottimo strumento di trazione come lo dimostra un caso molto difficile occorso al Prof. Pasquali ed il caso sopra ricordato del Dott. Regnoli.

Sommando i casi del Prof. Pasquali (7) i miei (4) e quelli del Dott. Regnoli (3) e del Dott. Bompiani (2) sono a mia conoscenza 16 casi di riduzione della testa posteriore al tronco eseguiti in Roma con questo processo e tutti riusciti relativamente facili, ed assolutamente innocui per la madre.

Se si può fare a meno del cranioclaste, in contatto colle parti materne non vengono nè strumenti, nè mano di ostetrico. Semplicità di mezzi alla portata di ogni medico condotto, e sicurezza massima contro la sepsi sono le migliori raccomandazioni di questo processo.

BIBLIOGRAFIA CITATA

- F. MAURICIAU — *Trattato delle malattie delle donne gravide e delle infantate* - Genova, 1718.
- M.^{me} LACHAPÈLLE — *Pratique des accouchemens* - Publiés par Ant. Dugès - Tome III. - Paris, 1825.
- ANT. DUGÈS — *Manuale di ostetricia* - Prima traduzione italiana - Milano, 1833.
- F. W. SCANZONI — *Lehrbuch der Geburtshilfe* - Wien, 1853.
- S. TARNIER — *Des cas qui nécessitent l'extraction du fœtus et des procédés opératoires.....* - Thèse de concours - Paris, 1850.
- CH. PAJOT — *The Lancet* - 24 Luglio 1862 - Lettera al Dott. Finizio di Napoli.
- CH. PAJOT — *De la céphalotripsie répétée sans tractions, ou méthode pour accoucher les femmes* - Paris, 1863.
- G. A. DELATRE — *Traité pratique des accouchemens* - Paris, 1863.
- L. HYERNAUX — *Traité pratique de l'art des accouchemens* - Bruxelles, 1866.
- COENSTEIN — *Ein neues Perforationsverfahren* - Archiv für Gynäkologie - VI. Bd. - 1874.
- J. Y. SIMPSON — *Clinique obstétricale et gynécologique* - Traduit et annoté par le Dr. C. Chantreuil - Paris, 1874.
- DENMAN — *Introduction to the Practice of Midwifery* - (citato dal J. Y. Simpson).
- E. HUBERT — *Cours d'accouchemens* - Liège, 1878.
- H. E. NÄEGELE et W. L. GRESSER — *Traité pratique de l'art des accouchemens* - Deuxième édition française traduite sur la huitième allemande - Paris, 1880.
- W. THOMPSON Lusk — *The science and art of Midwifery* - New-York, 1882.
- ATTI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA — Vol. I. - Milano, 1887.
- F. S. ROCCHI — *Racconto di 15 mesi della Sezione ostetrica* - Roma, 1890.
- H. FRITSCH — *Traité clinique des Operations obstétricales* - Traduit sur la quatrième édition allemande par le Dr. J. Stas - Paris, 1891.
- A. REGNOLI — *Nuova applicazione del decollatore di Braun* — Archivio di Ostetricia e Ginecologia - Anno I. - Napoli, Settembre-Ottobre, 1894.

DISCUSSIONE.

Il Prof. Pinzani riferisce un altro caso avvenuto nella Clinica Ostetrica di Bologna, nel quale col craniotomo di Naegele si penetrò attraverso il collo e il forame occipitale nella cavità cranica e coll'uncino da inguine si abbassò la parte posteriore della base e così si completò l'estrazione del feto.

Il Dott. Regnoli ringrazia il collega Rocchi per la cortesia usata ricordando una sua nuova applicazione del decollatore del Braun per le deflessioni forzate della testa nelle rachiotomie e nei casi in cui la testa non scende. Ne verrà nota preventiva nel Giornale del Prof. Morisani e perciò rinuncia a darne la descrizione.

Dott. LAURO. — A proposito del processo descritto dall'O. per penetrare nel cavo craniano, riferisce di due casi in cui egli si trovò nella necessità di praticare craniotomia su testa postica, nei quali casi egli seguì un processo di craniotomia speciale: senza aggredire il cavo craniano pel foro occipitale o per la bocca, egli immerse il craniotomo Blot per le parti molli componenti il lato del collo corrispondente all'arcata pubica, e così scavandosi una via che garantisse certamente le parti materne, poté felicemente perforare dalla base il cranio ed eseguire lo spappolamento e la escerebrazione.

Il Dott. Rocchi risponde al Dott. Lauro che il processo da lui seguito è analogo a quello che il Hyernaux attribuisce nel suo Trattato ad Hubert padre, e ch'egli ha ricordato nella sua memoria. Anche questo, come quello, ha l'inconveniente di non permettere una libera uscita alla polpa cerebrale.

PROF. E. F. FABBRI

DIRETTORE DELLA CLINICA OSTETRICA-GINECOLOGICA DI MODENA

Contributo all'etiologia e profilassi dell'asfissia invincibile del neonato.

Ordinariamente si crede che il sacco intatto o le acque posteriori abbondanti sieno condizione sempre favorevole alla tutela del feto contro i pericoli che gli sovrastano durante il parto: e certo il sacco intatto durante il periodo di dilatazione, oltre i vantaggi che reca riguardo alla dilatazione del collo, rende le contrazioni innocue alle circolazioni placentari e quindi all'ematosi fetale; e anche dopo ottenutasi la dilatazione dell'orificio uterino, se per qualche tempo (durante la discesa) il sacco si mantiene ancora intatto, danno certo d'ordinario non ne deriva.

Ma vi hanno casi nei quali sarebbe a desiderarsi che il feto non fosse circondato da acque amniotiche perchè, insorgendo qualche causa di asfissia, facendo il feto precoci inspirazioni, non aspirasse profondamente nell'albero aereo il liquido amniotico (spesso in tali casi inquinato di meconio) che potrebbe rendere difficile od impossibile il ravvivarlo dopo nato, o, in casi meno gravi, pure consentendo il ravvivamento, potrebbe esser cagione di pneumoniti eccitate dall'imputridimento del liquido amniotico e del meconio che intasano quì e là i lobuletti polmonari.

Questo danno derivante dal sacco intatto può minacciare il feto in tutti i periodi del parto e perfino prima che il parto si inizi, cominciando cioè dal caso più palese dell'espulsione del feto ancor racchiuso nel sacco e salendo al più oscuro del distacco centrale della placenta nel soprapparto o in gravidanza; anzi salendo fino a gravi alterazioni di organi materni lontani dall'apparato generativo o dello stato generale della donna come quelle dei polmoni e del cuore che inceppano l'ematosi materna come le anemie acute che abbassano la pressione sanguigna materna, l'eclampsia, che pure per varia guisa inceppa la circolazione e l'ematosi materna, la sincope e la morte della madre.

Benchè alcune delle suddette cause di asfissia agiscano lentamente, tuttavia non crede il Prof. E. F. Fabbri che esse vadano esenti dal pericolo di quella grave complicanza che è l'abbondante e profonda aspirazione del liquido amniotico. Non lo crede perchè non crede vera, benchè ingegnosissima, la teoria dello Schultze, secondo la quale nella lentissima asfissia sarebbe possibile una paralisi dei centri respiratori prima che sia avvenuto alcun moto di respirazione. Gli esperimenti istituiti dal Prof. E. F. Fabbri molti anni or sono (1) si oppongono a questa teoria.

Quanto all'asfissia da cause inerenti al feto e sue dipendenze oltre alle cose già note il Prof. Fabbri fa le seguenti considerazioni etiologiche e profilattiche:

1.^o Nella presentazione di natiche incomplete, quando il feto si approfondi nella pelvi, il funicolo può rimanere compresso fra il tronco e gli arti inferiori distesi sul ventre e derivarne l'incipiente asfissia e conati di respirazione; nel qual caso, se il sacco è ancora intatto, avrà luogo la profonda aspirazione di liquido amniotico.

Forse condizione necessaria al profondo impegno delle natiche entro il sacco intatto è l'oligoidramnio. Un caso clinico occorso al Dissertante illustra questo concetto.

Il Prof. Fabbri crede che quando si presentano le natiche la miglior cosa sia impedire, applicando la vescica di Gariel in vagina, che le natiche si approfondino prima che sia completa la dilatazione, ottenuta questa, rompere le membrane e se la presentazione è incompleta abbassare l'arto anteriore. Con questo maneggio tutte le acque scolarono, si ha nell'arto abbassato un buon manubrio per l'estrazione che si rendesse necessaria; rimanendo un solo arto applicato lungo il tronco, è quasi impossibile che esso, durante la discesa, comprima il funicolo il quale può liberamente sfuggire verso il campo lasciato libero dall'arto abbassato; e se durante l'espulsione o l'estrazione si inizierà l'asfissia, sarà impossibile l'aspirazione delle acque che tutte scolarono.

2.^o Anche nel caso di presentazione del funicolo quando la pelvi è stretta, massime se insieme è angusta in totalità, può il pericolo per compressione verificarsi anche a sacco intatto. E di vero, mentre la testa è trattenuta dall'angustia all'ingresso, può il sacco intatto, disten-

(1) E. F. Fabbri. — « Sulla morte apparente dei neonati ». Rendiconto dell'Accad. della Sc. dell'Istit. di Bologna - Sessione II. - Maggio 1876.

dendo il collo e dilatando l'orifizio esterno, discendere profondamente al di sotto della testa, e nel sacco disceso avanzarsi ai lati e al di sotto del capo il funicolo. Se allora la testa, configurandosi, comincia ad impegnarsi, è agevole il comprendere come essa possa, benchè il sacco sia intatto, comprimere il funicolo e dar luogo per la presenza del sacco intatto ai danni suddiscorsi dell'aspirazione di liquido.

La posizione genu-pettorale, mentre può favorire il ritirarsi del funicolo al di sopra della parte presentata, diminuisce la pressione del capo contro l'ingresso e le possibilità di compressione del funicolo. Un'imbraga che a modo di ansa si gira subito al di sotto delle natiche della donna e si fissa alla testiera del letto, rende possibile alla donna lo stare a lungo in questa altrimenti assai incomoda posizione.

Ma oltre a ciò il Prof. Fabbri pensa che sempre, ma tanto più quando si presenti il funicolo, sia ragionevole nelle pelvi anguste applicare per tempo una vescica di Gariel, perchè con essa, non solo si impedisce la rottura del sacco prima della dilatazione completa, che è sempre cosa dannosa nel caso di pelvi angusta, ma si impedisce altresì la summentovata discesa del sacco e del funicolo al di sotto del capo.

Ottenuta la dilatazione sarà bene rompere tosto la borsa, e non più impediti da collo non preparato, si agirà come si crede opportuno sul funicolo, sul feto, sulla madre (ridazione, rivolgimento, forcipe, sinfisiotomia) e durante questi maneggi o durante una forzata aspettativa, essendo già scolate tutte le acque, se il funicolo viene compresso si eviterà almeno la profonda aspirazione di esse nel polmone del feto. Un caso clinico felice conforta queste considerazioni.

3.^o Nel caso di *infezione velamentosa con vasi fetali eranti sulla borsa delle acque*, se al rompersi della borsa si laceri alcuno di essi vasi, l'effetto di questa lacerazione è eguale all'effetto della compressione del funicolo: si ha precoce respirazione, e quindi si può avere profonda aspirazione del liquido amniotico (acque posteriori) che ancora circonda la faccia del feto. Il Prof. Fabbri si è persuaso di questo effetto della rottura dei vasi ombelicali sperimentando sopra animali gravidi. Estratto rapidamente per laparo-isterotomia un feto ancora in istato di fisiologica apnea, se si incida un vaso ombelicale, istantaneamente l'animale respira. Ed è tale la celerità dell'effetto che non pare possa ascriversi ad eccitamento dei centri respiratori per alterata crisi sanguigna, ma debba ritenersi un moto riflesso per *diminuita pressione intravasale*. Se così fosse, forse anche la rapida inspira-

zione che segue la improvvisa compressione del funicolo potrebbe interpretarsi come affetto della diminuita pressione nelle vene fetali che ricevono direttamente il sangue dal funicolo. Questo problema sperimentale è ancora oggetto di studio; e il Prof. Fabbri ne riferirà quando per avventura gli sembrerà risolto.

Intanto per l'argomento clinico che ora ci occupa è indubbio che il miglior trattamento in questi casi sarà l'impedire con vescica di Gariel la precoce rottura del sacco fino a completa dilatazione; il pungere allora il sacco fuori della doglia (per impedire l'impeto del fiotto che facilmente allarga squarciando la puntura) il procurare col respingere la parte presentata che *tutto il liquido esce* e allora fare prontamente l'estrazione del feto.

4.^o Quando il funicolo è *avvitocchiato* al collo o ad altre parti del feto, può cominciare la compressione assai per tempo, anche a travaglio, da poco iniziato e a sacco intatto. Questa forse è la causa più frequente delle ingrate sorprese dell'uscita di acque verdastre, e poi di feto asfittico senza ragione clinicamente nota, massime all'ostetrico o alla levatrice che non sieno diligenti nel ripetere l'ascoltazione. Forse condizioni speciali (come l'oligoidramnio, il volume del feto alquanto sproporzionato alle parti materne, d'onde flessioni esagerate) determinano la precoce compressione.

Finchè il sacco è intatto, d'ordinario la compressione è leggera, e non ha altro effetto che d'aumentare tratto tratto la resistenza periferica alla circolazione del feto e perciò il renderne tratto tratto più rari i moti cardiaci. Il pericolo d'asfissia d'ordinario insorgerà quando, rottesi le membrane, l'utero si addosserà al feto e comprimerà così maggiormente il cordone e agendo direttamente su di esso ed accentuando l'atteggiamento del feto.

Quando pel detto rallentamento cardiaco, si ha ragione di sospettare di avvitocchiamenti del funicolo, la cura più razionale sarà perciò l'applicazione della vescica vaginale e non solo per impedire che la borsa si rompa prima che la completa dilatazione permetta la pronta estrazione, ma (se si è ancora in tempo) anche affine d'impedire che prima della dilatazione l'impegno profondo del capo accentui nel feto l'atteggiamento che è fonte di valida compressione del funicolo. Avvenuta la dilatazione, è indicata la rottura del sacco, lo *scolo totale* del liquido, la pronta estrazione.

Ma quando gli avvitocchiamenti del funicolo sono complicati con rilevante carenza delle acque amniotiche, il pericolo di asfissia può

insorgere precocemente ed anche essendo ancora intatto il sacco, perchè il rilevante oligoidramnio induce nel feto fin dal principio del travaglio gli stessi effetti di compressione che la rottura precoce del sacco. Iniziandosi così l'asfissia entro il sacco intatto per quanto povero di acque, l'aspirazione profonda di liquido amniotico difficilmente mancherà. Si aggiunga che in questo caso la dilatazione procede lenta perchè manca o è deficiente la borsa delle acque.

La cura razionale in questo caso speciale dovrà dirigersi a favorire o promuovere la rapida dilatazione dell'orificio con istrumenti, con vescichette intrauterine di Tarnier (che in commercio vanno spesso sotto il nome di tamponi nasali) o coi sacchetti di Barnes; e da ultimo, urgendo, non si rifuggirà dalle incisioni multiple. Poi rottura del sacco, suo totale svuotamento, pronta estrazione.

Quanto ai pericoli di *asfissia del feto nei casi di distocie accidentali materne* ai quali da principio si accennò, è senz'altro ragionevole rompere il sacco ogni qual volta non sia sconsigliato dall'interesse della madre, come lo è nel caso di anemia.

Spesso questa rottura nei detti stati gravi della donna è richiesta dall'interesse stesso della donna, vuoi per diminuire la pressione intra-addominale e così rendere più liberi i moti del diaframma e la circolazione, vuoi per eccitare con sollecitudine l'iniziarsi del travaglio, ma ci dovrà confortare a rompere il sacco, e a promuovere lo scolo di tutte le acque anche l'intento di far cessare la possibilità della profonda aspirazione di liquido amniotico quando il feto sarà indotto a precoce respirazione.

Nel caso gravissimo di donna prossima a morire è razionalissimo fare per tempo la rottura del sacco e promuovere l'uscita di tutto il liquido; altrimenti, se il parto semiforzato, o il taglio cesareo non ci daranno feto morto, ce lo daranno probabilmente affetto da asfissia invincibile per profonda aspirazione di liquido amniotico. Con quasi niuna speranza sarebbe anche giusto in donna gravida morta, il tentare questo artificio mentre si appresta l'occorrente pel taglio cesareo.

Negli altri casi meno gravi alla rottura artificiale del sacco sarebbe ragionevole il far seguire l'applicazione delle vescichette endouterine del Tarnier e di Barnes sostenute da vescica vaginale di Gariel, nell'intento di abbreviare il pericolo del feto col promuovere la dilatazione, che ci metterà talora in grado di salvare il feto colla estrazione.

PROF. E. F. FABBRI

DIRUTTORE DELLA CLINICA OSTETRICA GINECOLOGICA DI MODENA

La piccola ginecologia nella cura dei fibromi uterini

(Sunto della Comunicazione)

Nel caso di fibromi interstiziali e periuterini, a seconda del precetto dello Schröder, il Prof. Fabbri, come ogni prudente ginecologo, crede, che *in genere* all'opera dell'alta ginecologia debba precedere un periodo di osservazione per stabilire se una grave operazione sia veramente necessaria.

Ma, come è naturale, l'osservazione per essere ragionevole ed efficace deve essere operosa.

Vari sono i compiti che la piccola ginecologia si propone in questo tempo.

1.^o Si deve stabilire se il tumore è realmente benigno, o non è invece un sarcoma, nel qual caso la rimozione è urgente.

Si giunge a questa diagnosi o riconoscendo con esatte misure il rapido aumento del tumore o istituendone osservazione microscopica se, previa dilatazione, il tumore è accessibile dal lato del cavo uterino e se ne può così escidere un pezzetto.

2.^o Si deve intendere a far cessare o a moderare le perdite e le *dismenorree* per avventura esistenti.

Contrariamente a quanto alcuni asseriscono, il Prof. Fabbri ha avuto in non pochi casi grande vantaggio ed anche la *completa cessazione delle perdite* dopo iniezioni di tintura di jodio, o dopo quelle di percloruro di ferro nella quantità di 50 a 100 grammi per volta. La tintura di jodio è in genere da preferirsi, perchè potentemente antisettica. Di alcuni di questi casi espone in succinto le storie.

Il Dissertante descrive ancora una cannula a doppia corrente, facile ad introdursi anche a rilevanti altezze dentro l'utero fibromatoso e la quale rimanendo in sito serve tanto alla generosa lavanda

antisettica che precede l'iniezione dei farmaci suddetti, quanto a fare questa iniezione.

Al fine poi di non cagionare il soverchio bruciore alla donna cui provocherebbe il refluire in parte in vagina del percloruro o dello jodio, egli usa durante l'iniezione in discorso di irrorare di continuo la vagina con acqua sterilizzata per mezzo di una cannula vaginale introdotta fino al fornice; e quando si adoperi l'urcifissima tintura di jodio, la iniezione vaginale suol farla con soluzione di joduro di potassio sterilizzata.

Quando non giovino le iniezioni coadiuvate, se è del caso, dalla segale e dall'idrastide, il Prof. Fabbri consiglia la dilatazione completa del collo per mezzo della laminaria, resa talora perfetta cogli ordinari dilatatori, al fine di palpare l'endometrio e scoprirvi e rimuoverne le cause grossolane di emorragia.

Il Prof. Fabbri accentua l'importanza che ha nell'etiologia e nel trattamento di queste emorragie, la complicità di *piccoli fibromi sottomucosi* pedunculati o sessili, che talvolta sono proprio al fondo uterino e perfino innicchiati negli angoli di esso fondo. Recisi, o snucleati questi, le emorragie talora cessano completamente; e servono a questa bisogna nel modo il più semplice ed efficace le tanaglie polipotome dello Schultze.

Qualche volta il polo inferiore del tumore, riescito sottomucoso o quivi fornito di esile capsula, si insinua nel collo a modo di capuzzolo; ed è principalmente questa sua parte che divenendo sede di iperemia ex vacuo è fonte di emorragie. Recisa questa parte (a meglio fare coll'ansa galvano-caustica) le emorragie si fanno assai più miti e cessano più agevolmente agli altri semplici mezzi. Talvolta il complicante fibroma interno nasce dal collo, ed è facile dominarlo colla stomatorina e toglierlo di mezzo.

Talora l'esame interno dell'utero non fa scoprire fibromini ma polipetti mucosi. Questi non di rado però sono schiacciati e staccati dalle laminarie stesse che seco li trascinano fuori, oppure sono poi fuori espulsi dalla irrigazione antisettica. Se rimangono invece aderenti, il dito esplorante il cavo uterino ne scopre la sede; e la tanaglietta polipotoma di Schultze più piccola li estirpa.

Se nulla di grossolano si trova nella superficie interna dell'utero, sarà ragionevole il raschiamento preceduto da generosa iniezione con acido silicilico al 3% e seguito dalla iniezione di tintura di jodio.

La dilatazione ampia prodotta dalla laminaria talora per sé sola

basta a togliere per sempre le dismenoree; ma a questo non possono non contribuire anche le estirpazioni e gli snucleamenti suaccennati.

Di tutti questi fatti porge il Dissidente clinici esempi tratti dal suo esercizio.

In due casi, durante la cura delle iniezioni endouterine di jodio e di percloruro, il fibroma cadde in mortificazione e fu in parte espulso in parte estratto. In ambedue questi casi si ebbe radicale guarigione. L'antisepsi accurata fa che questa mortificazione sia disgiunta da processo putrido e quindi manchi ogni infezione od intossicazione. Per questo ogni medicatura deve essere *rigorosamente subaltica*, e generose debbono essere le lavande endouterine con acido salicilico.

Quando il fibroma molto voluminoso abbia tratto fortemente in alto tutto l'utero non è possibile il palpamento dell'endometrio e quindi non rimane che la cura colle iniezioni e il raschiamento alla cieca.

La cura dell'Apostoli come innocua ed efficace modificatrice della membrana mucosa, merita tutta la stima nel caso di fibromi come nel caso di endometriti emorragiche. Però il Dissidente non può parlarne per esperienza propria.

In questa guisa operando, si potrà in un numero di casi non insignificante far cessare o ridurre ai minimi termini le emorragie che sono d'ordinario il sintomo più grave dei fibromi interstiziali, ma che talvolta accompagnano anche i perituterini, o perchè essi sono eccezionalmente in intimo rapporto nutritivo col tessuto uterino, o perchè sono per avventura congiunti a piccoli fibromi interni.

Ma nel caso di fibromi perituterini, la piccola ginecologia potrà anche recare utilità grandissima eseguendo in tempo piccole operazioni per evitare che in seguito, crescendo rilevantemente il tumore e producendo fenomeni di compressione, diventino necessari i più gravi processi di miomectomia.

Piccoli fibromi perituterini della faccia anteriore del corpo o del collo o dei margini laterali, e quindi intralegamentosi, possono essere facilmente snucleati per la vagina, previo distacco della vescica dall'utero; e piccoli fibromi della faccia posteriore del collo e del basso del corpo possono esserlo attraverso il fornice posteriore.

E non solo il crescere di questi piccoli fibromi può costituire l'indicazione allo snucleamento, ma eziandio i dolori locali e i fenomeni riflessi che questi piccoli neoplasmii possono produrre comprimendo e strando i sensibilissimi filamenti nervosi che abbondano alla superficie uterina.

Da molti anni il Prof Fabbri ha impreso a fare queste enucleazioni. Egli racconta alcuni di questi casi e fra gli altri uno nel quale l'enucleazione di un piccolo fibroma bilobato fra la vescica e l'utero fece tosto cessare penosissimo senso di dolore gravativo e l'insonnia che da anni travagliava l'inferma.

PROF. LUIGI ACCONCI

DIRETTORE DELLA CLINICA OSTETRICA GINECOLOGICA DI GENOVA

Sulla cura chirurgica delle retroversioni fisse dell' utero

(Sunto della Comunicazione)

L' A. nei casi in cui non vi ha grave lesione degli annessi pratica l'apertura dello spazio del Douglas, dilacera colle dita le aderenze in modo da rendere completamente mobile l'utero e gli annessi e quindi pratica la vaginofissazione alla Mackenrodt. Nel caso che sianvi fatti di metrite, a tale trattamento fa precedere il raschiamento dall'endometrio e la escissione del collo.

Con tale trattamento, impiegato in cinque casi, ottenne sempre buoni risultati.

DOTT. G. EMILIO CURATULO - ROMA

Il trattamento dell'Hildebrandt nei tumori fibrosi dell'utero

(Contributo clinico e considerazioni critiche).

L'argomento sul quale desidero richiamare l'attenzione non ha certamente per se l'attrattiva della novità.

Oggidi in cui l'intervento laparotomico colla isterectomia totale ha dato nella cura dei tumori fibrosi dell'utero sì brillanti risultati ed è recente in noi il ricordo delle dotte relazioni fatte in seno al Congresso internazionale dai Professori Mangiagalli e Martin, può sembrare ozioso il venire esumando l'antico metodo annunciato per primo dall'Hildebrandt nel 1872 e spezzare una lancia in suo favore.

Chi non esercita però soltanto nelle sale di un ospedale, ove le inferme di leggieri si sottopongono ad atti operativi, ma anche nella pratica privata, nella quale vari sono gli ostacoli che s'incontrano allorchè si propone un attacco chirurgico di grande importanza converrà, che il richiamare l'attenzione su di un metodo terapeutico facilmente accettabile dalle ammalate e di giovamento per le medesime, debba esser tal cosa che non torni discaro il menzionare.

Vi sono invero ammalate di fibromi dell'utero, le quali sia per il decorso talora innocuo del neoplasma, sia perchè già assuefatte alle sofferenze determinate dalla compressione e talora per la mancanza di gravi metrorragie, vivamente si oppongono a qualsiasi attacco chirurgico ed in specie a quello che si propone di aprire l'addome. Ve ne sono altre poi, nelle quali indubbiamente le condizioni generali, per le imponenti perdite di sangue sofferte, sono così sconfortanti che l'isterectomia totale o la miomectomia non è nè coscienzioso nè prudente il consigliare.

.. in queste due categorie di casi appunto, che io ho avuto opportunità di provare lungamente il metodo Hildebrandt, il quale a vero dire intrapresi ad sperimentare con poca fiducia di riuscita; ma i risultati sono venuti a smentire il preconcetto.

Come per qualunque metodo terapeutico, così per questo dell'Hildebrandt, occorre la selezione dei casi, perchè risultati soddisfacenti si abbiano. A questo senza dubbio, si deve il fatto a prima vista strano, che colpisce chi si da a sfogliare la letteratura dell'argomento, il vedere cioè come insigni ginecologi di fama non dubbia ne abbiano tessuto le lodi, mentre altri non meno insigni l'abbiano addirittura messo da parte, perchè assolutamente inutile.

L'intima struttura del neoplasma e la sua ubicazione assicurano il successo al metodo di cui facciamo menzione. Occorre che il tumore sia costituito più di fibre muscolari che di tessuto fibroso, che si tratti cioè di un mioma, ed a preferenza che esso sia intramurale. I fibromi sottosierosi pedunculati pare non risentano assai l'efficacia del trattamento.

Quando Winckel quindi parla di una donna, che s'era fatta 1500 iniezioni e Schroeder di altre in cui dopo 400 iniezioni i tumori non erano punto diminuiti, si deve attribuire l'insuccesso alla struttura del tumore e quindi alla scelta del caso, anzichè al metodo adoperato. L'azione dell'ergotina si esplica solo sulle fibre muscolari e sulle pareti vasali, ed è logico ammettere che tale azione abbia per scopo finale di diminuire l'afflusso di sangue al tumore ed incepparne quindi la nutrizione. Perciocchè quale sia in verità, il processo intimo per il quale avviene la diminuzione del neoplasma, istologicamente non fu dato nè a noi nè ad altri constatare, sebbene non ripugna lo ammettere che per la diminuita nutrizione debbano avvenire in grembo al tumore delle degenerazioni grassose nel modo analogo a quanto si osserva nella normale involuzione dell'utero puerperale.

Ho avuto opportunità di sperimentare il metodo Hildebrandt in dieci casi, dei quali per amor di brevità e perchè non necessario allo scopo qui tralascio la storia.

Ottenni risultati assai soddisfacenti in sei di questi casi, nei quali trattavasi di tumori interstiziali abbastanza voluminosi. Dirò come una di queste inferme dimorante in un villino fuori di Roma fu condotta in città lo scorso Maggio e richiese la mia assistenza. La vidi ridotta per le enormi emorragie sofferte in uno stato gravissimo di anemia; all'esplorazione combinata constatata la presenza di un voluminoso fibroma interstiziale grosso come una testa di adulto, sviluppatosi nella parete posteriore dell'utero ed insinuantesi con le sue propagini nell'escavazione pelvica; notevoli erano i disturbi di compressione sull'intestino e sulla vescica, onde dolorosissimi la defecazione e l'atto dei

mingere. Malgrado che l'inferma si fosse volentieri sottoposta ad un atto operativo, nullameno le condizioni generali erano sì deplorabili che per il momento la sconsigliai ed incominciai la cura dell'Hildebrandt. L'emorragie andarono mano mano diminuendo, lo stato generale si sollevò. Alla fine di Giugno dopo circa 50 iniezioni il tumore crasi notevolmente rimpicciolito, era divenuto mobile, scomparso i disturbi dal lato del retto e della vescica. Consigliai la inferma di recarsi a respirare per un pò di tempo l'aria di montagna; andò infatti nell'Abruzzo da dove mi ebbi sempre notizie migliori ed ora essa senza avvertire alcuna molestia si è recata in Piemonte. In questo caso la cura era riuscita superiore a qualunque aspettativa.

Negli altri 5 casi dei sei citati, i risultati, se non furono così brillanti notai però sempre dopo paziente insistenza una diminuzione nel volume dei tumori. Nei rimanenti altri 4 casi dei 10 curati non ottenni alcuna diminuzione nel volume del fibroma, ma costante fu invece la scomparsa delle metrorraggie, in media dopo 60 a 80 iniezioni circa.

In questi casi avemmo a fare senza dubbio con tumori nei quali il tessuto fibroso aveva la prevalenza sul muscolare.

Alcuni autori affermano di aver osservato, in seguito a questo trattamento, la espulsione spontanea di fibromi sottomucosi o il peduncolarsi dei medesimi; ma su ciò, pur manifestando il mio dubbio, nulla potrei affermare con fondamento di fatti, in niuno dei casi da me curati essendosi trattato di tumori sotto-mucosi.

Occorre però, ch'io dica qualche parola intorno alla soluzione da me adoperata. Ciò non è infatti indifferente, in quantochè è noto che le soluzioni di ergotina non *perfettamente* sterilizzate e non mantenute tali danno luogo, in breve lasso di tempo, a decomposizioni nocive ed a produzioni di muffe, che iniettate sotto la pelle producono, come qualche osservatore ebbe a rilevare, pericolosi accidenti. Varie sono state infatti le soluzioni dai diversi autori adoperate. Da principio io solevo aggiungere alla soluzione dell'estratto del Bonjean in acqua distillata bollita e filtrata alcune gocce di una soluzione di sublimato all'uno per mille, come consiglia Durante; se non che usando poche gocce di quest'ultima non riuscivo a mantenere sterile il liquido, il quale dopo pochi giorni mostrava alla superficie una quantità di muffe. D'altro canto, aumentando la dose della soluzione del sublimato, fortemente dubitavo la produzione di albuminati che mentre rendevano inefficace il potere antisettico del sublimato stesso, impedire potevano la benefica azione dell'ergotina.

Pensai allora di aggiungere alla soluzione un piccolo cristallo di timolo, ma se il liquido si manteneva asettico le iniezioni riuscivano dolorosissime. Dopo vari tentativi sono riuscito ad ottenere lo scopo desiderato, facendo aggiungere alla soluzione già sterilizzata, previa bollitura, alcune gocce di cloroformio.

È noto infatti come il cloroformio abbia potere antisettico ed è questa la soluzione che mi ha dato i migliori risultati, sia perchè si mantiene sterile, sia perchè le iniezioni riescono non dolorose.

Io uso prescrivere:

Ergotina di Bonjean gr. 3

Acqua distillata » 25

dopo aver bollito e filtrato la soluzione aggiungere 10 gocce di cloroformio.

Pratico a giorni alterni e talora ogni giorno un' iniezione con una comune siringa di Pravaz e come sito delle iniezioni ho preferito le pareti addominali affondando l'ago sino al muscolo; solo in casi di notevole dimagrimento ho fatto le iniezioni nelle regioni glutee. Non ho mai osservato, adoperando la più rigorosa antisepsi, la formazione di ascessi, notandosi solo in alcuni casi dei noduli d'indurimento che non tardarono a scomparire.

In qualche caso lo pensai di fare aggiungere alla soluzione di ergotina l'idrastina, ma di questo connubio dei due farmaci non ho ancora sufficiente esperienza per potermi pronunziare.

Per concludere: la cura dell'Hildebrandt, ritengo, merita di esser presa in tanta considerazione quanto lo è il trattamento all'Apóstoli.

Su di questo ha essa il vantaggio della facilità di attuazione ed il suo successo se è affidato, come scriveva il Simpson, alla scelta dei casi, lo vorrei aggiungere eziandio alla pazienza del ginecologo.

DISCUSSIONE.

Prof. Morisani — Prendo la occasione per ricordare come parecchi anni fa io abbia adoperato per la estirpazione dei fibromi endo-uterini la pinzetta di Rizzoli, e affinchè lo strumento potesse essere anche adoperato per i fibromi a larga base, feci una piccola modifica allo strumento: queste cose furono pubblicate negli Annali It. di Ost. e Ginec.

Dot. La Torre — Parlando dei piccoli mezzi nella cura dei fibromi non posso esimermi di prendere la parola e dire che accanto alle iniezioni di ergotina, raschiamento, ecc. non bisogna dimenticare l'elettricità. Vi sono casi in cui la cura d'Hildebrandt fa bene per arrestare l'emorragia; vi sono casi in cui il raschiamento e l'estrazione dei polipi arrestano l'emorragia; ma l'elettricità rende sempre ottimi servizi e la raccomando moltissimo.

DOTT. MUZIO PAZZI - BOLOGNA

Di una modificazione alla manovra di Veit per l'estrazione del capo fetale posteriore al tronco.

Succede varie volte nel parto naturale per le natiche, più spesso nelle versioni podaliche, soventissimo nei rivolgimenti difficili, che la testa fetale rimane incarcerata entro la pelvi materna.

Questo fatto, abbastanza importante, se succede negli ospedali o nelle cliniche può essere in molti modi riparato senza destare meraviglie, ma diventa affatto eccezionale se succede nella pratica privata e specialmente nelle campagne, in mano ad ostetrici inesperti che molte volte prestano un soccorso più nocivo dello stesso parto distocico.

Per questo spero che la mia comunicazione non riuscirà sgradita, portando un modesto contributo alla scelta dei metodi nell'ostetricia operatoria.

Fino dal 1800 il Wigand aveva consigliato nella estrazione podalica seguita dalla complicazione del mancato disimpegno del capo fetale, di usare una manovra la quale consisteva: 1.° nell'avvicinare il mento al petto per mezzo di due dita introdotte nella bocca; 2.° esercitare sull'utero una pressione esternamente. Questo mezzo poco generalizzato, secondo riferisce il Runge, fu raccomandato nel 1880 dal Martin ed anzi quell'autore propone di chiamarlo metodo Wigand-Martin.

L'impulso maggiore dato a questa manualità è partito poscia dal Winkel che nel 1888 al congresso di ginecologia di Halle fece rilevare i vantaggi della medesima specialmente per la facilità dal lato della esecuzione e per la prognosi dal lato delle lesioni sul feto, anche nei bacini leggermente viziati. L'Eisenhart con l'appoggio di 50 casi difende a spada tratta la manualità Wigand-Martin.

Non manca però chi preferisce ad essa la pratica del Veit (1803) descritta dal Mauriceau (1868) consistente nell'introdurre

due dita di una mano nella bocca del feto, per abbassare la mandibola, e di applicare due dita dell'altra mano come uncini sulle spalle, avvertendo di tenere sempre in flessione il capo fetale.

Quale dei due metodi corrisponda meglio, per ora, secondo il mio parere, non si può dire. Occorrono numerose e severe statistiche tanto da un lato che dall'altro ed un controllo ancor più severo al confronto di entrambi.

Ciò che si sa per ora è che il metodo di Veit è più generalizzato e che recentemente è stato raccomandato dal Braun, non solo, ma che ha fatto giustizia ancora della manovra del Kivisch (1846) che « consisteva nel prendere con una mano le gambe in corrispondenza dei malleoli, nell'applicare due dita dell'altra mano ad uncino sulle spalle, nel trarre poscia fortemente in basso e finalmente nel disimpegnare la faccia dal perineo sollevando il tronco del feto verso l'addome della madre ».

Un'altra pratica è raccomandata dal Fritsch prima di ricorrere alla perforazione ed è quella di applicare l'indice e il medio di ambo le mani, davanti e di dietro al collo fetale e di tirare a tutta forza.

Nella mia clientela privata ho sempre adottato il metodo che corre col nome di Veit (Schroeder) e in tre casi in cui questo ha fallito ho adottato gli altri mezzi, ma con eguale risultato.

Trattandosi sempre di feto morto, con testa impegnata allo stretto superiore, ma tuttavia non sapendomi decidere per l'applicazione del forcipe e rifiutando l'idea di processi embriotomici, mi sono preso ad un metodo che mi è riuscito e che può, secondo il mio parere, considerarsi una modificazione della manovra di Veit.

Nel primo tempo dell'operazione si introducono due dita nella bocca del feto e si avvicina il mento al petto; nel secondo tempo si applicano ad uncino due dita dell'altra mano sulle spalle del feto, dal lato del dorso, mentre la prima mano fa la trazione imprimendo un moto di rotazione dall'alto al basso e dall'avanti all'addietro o da destra a sinistra e viceversa.

Questa manovra è poggiata sul principio meccanico applicato dall'Hubert al parto naturale, che cioè l'espulsione della testa fetale si effettua per una forza impulsiva che viene dall'alto al basso e per movimenti di rotazione del capo, ora intorno all'asse longitudinale ora intorno al trasversale.

Con questa manualità si fa una gran forza specialmente per l'azione di leva che esercita il mascellare inferiore sulla base del cranio

ed io la consiglio ai pratici come utilissima purchè venga eseguita a feto morto e il vizio sia leggero o manchi.

Io porto un contributo di tre osservazioni. In una la testa fetale era eccessivamente ossificata e voluminosa; in un'altra si trovava incuneata nel diametro antero-posteriore; in una terza il mento trovavasi al foro otturatorio di sinistra.

Il mascellare del feto non si è mai rotto o lussato.

L'operazione non ha mai durato più di dieci minuti. Le madri sono sempre rimaste illese ed hanno avuto puerperio regolare apiretico.

OSSERVAZIONE 1.^a

Maria V. abitante in via delle Oche n. 6, pluripara, gravida a termine, bacino normale. Levatrice Sig. Marietta Cavani. Gravidanza semplice; scolo completo del liquido amniotico dietro rottura spontanea dell'ovo prima ancora della dilatazione completa del collo uterino; feto in presentazione del vertice, in 3.^a posizione, procidenza dell'arto superiore sinistro; applicazione dell'avambraccio destro dietro la nuca, *estensione dell'arto inferiore sinistro sul tronco*. Si opera la versione interna mediante l'uncinamento del ginocchio sinistro. Dopo uscito il tronco si trova difficoltà massima nell'estrazione del capo. Usati inutilmente i metodi di Wigans-Martin, Veit e Fritsch. Uncinamento del mento e rotazione del capo dall'alto al basso e dall'avanti all'addietro che permette di liberare il capo dalla pelvi. Spremitura nel secondamento. Esito infausto per il feto e fausto per la madre. Fu fatta l'autopsia del feto e non si trovò lesione del mascellare inferiore, invece scomparsa delle fontanelle e iperossificazione della calotta cranica con tutti i diametri superiori alla norma. Questo caso trovavasi più minutamente descritto ne' miei « *Studi di Ostetricia* » editi dal Virano a Bologna nell'aprile dell'anno corrente.

OSSERVAZIONE 2.^a

N. Colliva (Borgo S. P. 48). Levatrici assistenti le Sigg. M. Oppi e A. Bolboni. IIIpara. Due parti prematuri all'8.^o mese precedentemente. La presente gravidanza a termine. Posizione trasversa del feto. L'egregio Dott. Elío Galliani, opera il rivolgimento podalico interno e per l'estrazione del capo posteriore al tronco esaurì tutti i mezzi e le forze e mandò a chiamare lo scrivente. Efficace invece riuscì una trazione forte applicata alla testa fetale dopo avere applicato due dita nella bocca ed impresso un movimento di rotazione dall'alto al basso e da destra a sinistra giacchè la testa trovavasi impegnata nella coniugata col diametro occipito frontale. La testa fetale aveva la forma rotonda ma presentava alla radice del naso un infossamento pronunciato. La mandibola del feto nè rotta nè lussata. Il Dott. Galliani fu meravigliato della prontezza e della sicurezza di questo metodo sugli altri da lui già esperiti. Il puerperio della donna fu buonissimo.

OSSERVAZIONE 3.^a

C. Veronesi, di anni 32; Ipara. Prima gravidanza e primo parto normali. Levatrice A. Rimondini. (Fuori P. Castiglione). Gravidanza presente a termine. Inerzia spasmodica dell'utero nel soprapparto. Calmanti, bagni e lavande tiepide inutili. Posizione viziata del feto (spalla sinistra, dorso anteriore) per una esagerata inclinazione del capo fetale sul piano laterale destro del tronco e procidenza di un gomito. Rottura artificiale del sacco. Versione sopra un piede impossibile. Versione sopra i due piedi. Difficoltà a disimpegnare l'arto superiore sinistro risalito dietro la nuca (l'arto destro procidente essendo stato allacciato) tanto che viene a slogarsi l'articolazione della spalla omonima. Impossibilità di estrarre il capo impegnatosi col diametro occipito frontale nel diametro obliquo sinistro dello stretto superiore. I mezzi di Wigand-Martin, di Veit e Fritsch non riescono. Fu necessario di imprimere un movimento di rotazione dopo uncinato il mento e trasportare questo del foro otturatorio sinistro alla punta del cocchige. Il feto morto ancor prima dell'abbassamento degli arti per asfissia da tetania dell'utero.

La donna trovata in quindicesima giornata di puerperio (15 Ottobre) non ha mai avuto febbre, ma presenta una particolarità della muscolatura dell'utero durante il parto di cui riferirò in altra comunicazione.

Unica lesione del feto fu la lussazione della spalla sinistra.

PROF. A. GUZZONI DEGLI ANCARANI

DIRETTORE DELLA CLINICA OSTETRICA GINECOLOGICA DI CAGLIARI

A proposito del parto sei-gemellare descritto dal Dott. Vassalli.

In fine delle comunicazioni scientifiche l'O. desidera fare una dichiarazione a mo' di giustificazione a proposito della taccia di malafede scientifica di cui è stato accusato testè in una pubblicazione.

Si tratta del caso di gravidanza sei-gemellare del Dott. Vassalli, che l'O. in una pubblicazione piuttosto minuziosa prese in esame, venendo alla conclusione che, per le circostanze con cui era stato descritto, il caso non poteva essere accettato. Il Prof. Guzzi nel suo polemico trattato fa anch'egli su di esso le sue riserve e viene alle stesse conclusioni.

Ora che cosa è avvenuto? — Al Congresso internazionale di Roma il Dott. Vassalli reclamò sulla veridicità del suo caso, e su proposta di altro egregio Collega si volle votare se era o no da accettarsi il caso in discorso, e i componenti la sezione di ostetricia, senza conoscerne i particolari, e magari alcuni senza comprendere di che cosa realmente si trattasse, decisero che il caso annunciato era vero.

Ora l'O. respinge l'accusa di malafede mossagli dal Vassalli in una recente pubblicazione e ripetendo le dichiarazioni di onorabilità verso il Dott. Vassalli tiene a rinnovare i suoi dubbi e a dirne le ragioni. Accennato al caso clinico dice che per le inverosimiglianze con cui è narrato non lo può accettare; di fatti il primo feto fu visto a nascere dalla levatrice e non dal dottore, non fu conservata la placenta, pezzo giustificativo, quantunque si dicesse nel primo lavoro del Vassalli che venne mandata e conservata nell'Istituto ostetrico di Milano. Il Dottor Vassalli dice di aver tenuto il braccio nella cavità uterina per quattro ore onde combattere l'emorragia da distacco placentale, e l'O. ritiene ciò impossibile.

Precedendo nella descrizione del caso clinico si apprende che il secondamento fu fatto da altro collega e che esaminata la placenta si trovò nel suo contesto un altro feto vivo nel suo sacco. Gli altri quattro feti sarebbe usciti mentre durava l'emorragia. L'O. domanda se non debba ritenersi come assai improbabile il fatto di una sola placenta coi sei feti e sei sacchi amniotici.

Per le ragioni suddette e specialmente per la mancanza della placenta e per il modo come il caso clinico è narrato, e soprattutto perchè nè il Dottor Vassalli nè alcuno degli altri egregi medici chiamati, nessuno insomma assistè alle nascite di tutti e sei i feti. L'O. crede poter mettere in dubbio il detto parto sei-gemellare, senza essere accusato di malafede. Se il Dott. Vassalli avesse scritto semplicemente che egli aveva assistito un parto di sei feti, sarebbe stato creduto senz'altro.

Esaurito l'Ordine del giorno, l'Assemblea delibera di tenere la sua seconda adunanza annuale negli ultimi giorni dell'ottobre 1895 fissando di trattare i seguenti temi:

- 1.º *Ematocèle peritoneo* (Relatore Prof. E. PESTALOZZA).
- 2.º *Estrazione del feto nel parto podalico* (Relatore Prof. E. TRUZZI).
- 3.º *Anticipi ed aspeti ne' parti* (Relatore Prof. L. ACCONCI).

L'Assemblea si scioglie con un voto di plauso alla Presidenza del Congresso.

LIBRI RICEVUTI IN DONO DALL'ESTERO.

1. R. LEFOUR (Bordeaux) — *De l'influence des moules du cordon sur la circulation fœtale* - Paris, 1893.
2. C. M. DE ARGENTA (Salamanca) — *Le diagnosi delle infiammazioni pelviche* - Napoli, 1894.
3. Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin — *Féte des fünfzigjährigen Stiftungsfestes am 9. und 10. Mai 1894.*

INDICE

| | |
|--|--------|
| Costituzione della Società | pag. 3 |
| Seduta straordinaria del 2 Febbraio 1894 | 6 |
| Seduta straordinaria del 27 Marzo 1894 | 8 |

PRIMA ADUNANZA ANNUALE

| | |
|--|----|
| SEDUTA PREPARATORIA (15 Ottobre 1894) | 10 |
| Allegato N.º 1 — Elenco di Società ed Istituti | 13 |
| Allegato N.º 2 — Regolamento speciale ad esplicazione dell' Art. 9 del Regolamento generale | 14 |
| Elenco dei Soci | 15 |
| Prof. D. Tibone — Commemorazione del Prof. S. Giordano | 19 |

PRIMA SEDUTA SCIENTIFICA (15 Ottobre 1894)

| | |
|--|----|
| Dott. M. Pazzi — Presentazione di " Un saggio di bibliografia ostetrica ginecologica dal 1870 al 1892 " | 22 |
| Dott. F. La Torre — Su i giri del cordone ombelicale | 24 |
| Discussione — Mangiagalli, Fabbri, La Torre | 24 |
| Dott. F. Candia — L'azione curativa della corrente galvanica intrauterina (metodo Apostoli) nell'isterismo convulsivo, dipendente da processo infiammatorio cronico dell'utero e degli annessi | 25 |
| Dott. F. Candia — La corrente galvanica intrauterina nella amenorrea precoce e nella dismenorrea (metodo Apostoli) | 32 |
| Discussione — La Torre | 36 |
| Dott. E. Pinzani — Quattro casi importanti di laparotomia a scopo ostetrico | 37 |
| Discussione — Pestalozza, La Torre, Mangiagalli, Fabbri, Pinzani | 50 |
| Dott. G. Miranda — Il parto deve essere assistito dallo Ostetrico o dalla Levatrice? | 58 |
| Discussione — Pazzi, Guzzoni, La Torre, Bordè, Regnoli, Acconci, Marocco, Miranda, Regnoli, Guzzoni, Morisani | 66 |
| Commissione per riferire sulla proposta Miranda | 69 |

Prof. L. Mangiagalli — Risultati prossimi e remoti della isterectomia vaginale per carcinoma — Relazione pag. 70
 Tavole annesse alla relazione Mangiagalli » 91
Discussione — Acconci, Fabbri, Marocco, La Torre, Regnoli, Morisani » 110

SECONDA SEDUTA SCIENTIFICA (16 Ottobre - ore 9)

Prof. E. Truzzi — La castrazione nell'osteomalacia — Relazione . . » 114
 Tavole annesse alla Relazione Truzzi » 118
Discussione — Lauro, Acconci, Marocco, Regnoli, Lauro, La Torre, Acconci, Campione, Mangiagalli, Truzzi, La Torre, Rocchi » 146
Dott. G. Trotta — Della teoria del *Petrone* sulla genesi e cura dell'Osteomalacia » 150
Dott. G. Gelli — L'ossigeno puro per la cura di alcune malattie ginecologiche pag. 151
Dott. C. Ferraresi — Dei setti trasversali congeniti della vagina nel parto » 153
Dott. C. Marocco — Nuovo capsulotomo ed il *Policlinico*, nuovo letto d'operazione » 155

TERZA SEDUTA SCIENTIFICA (16 Ottobre - ore 14)

Prof. E. Pestalozza — Sul sarcoma deciduo-cellulare » 159
Discussione — Acconci, Marocco, Bordè, Pestalozza » 173
Prof. E. Pestalozza — Sull'evoluzione delle cellule deciduali dopo il parto » 174
Dott. G. E. Curatulo — Tubercolosi peritoneale di origine genitale . . » 178
Dott. V. Lauro — Enorme mio-fibroma sottoperitoneale del fondo dell'utero (Kil. 8,750) complicato ad alterazione degli annessi » 183
Dott. A. Regnoli — Un caso d'isterectomia totale vagino-addominale per fibromioma dell'utero » 185
Discussione — Pestalozza » 189
Dott. L. Bordè — Presentazione di un forcipe perfezionato » 190
Discussione — Pazzi, Regnoli, Pazzi, Bordè, Pazzi . . » 211
Dott. G. Giglio — Sulla patogenesi delle placente anomale (marginate, velamentose, irregolari) » 213
Discussione — Pestalozza, Giglio, Fabbri » 220

QUARTA SEDUTA SCIENTIFICA (17 Ottobre - ore 9)

Dott. E. Bidone — Due casi di tumore choloide dell'ovaio » 231

Dott. E. Bidone — Contributo clinico e anatomo-patologico alla conoscenza dei Rabdomiomi primitivi della vagina pag. 235
Dott. V. Lauro — Un parto cesareo conservatore e due sinfisiotomie (una per nuova indicazione, l'altra con nuovo processo). Madri guarite e figli vivi » 239
Discussione — Scarlini, Namias, Guzzoni, Curatulo, Pazzi, Bompiani, Bordè, Lauro » 241
Dott. G. E. Curatulo — Gravidanza gemellare monoorion con feto anencefalo e foetus papyraceus » 244
Discussione — Fabbri » 254
Dott. C. Marocco — Parto prematuro, Sinfisiotomia, Cefalotribia . . » 255
Discussione — Morisani » 266
Dott. C. Marocco — Sull'uso dei Pessari al uovo » 267
Dott. F. S. Rocchi — Sulla perforazione e riduzione della testa seguente nei bacini ristretti » 273
Discussione — Pinzani, Regnoli, Lauro, Rocchi . . » 281
Prof. E. F. Fabbri — Contributo all'etiologia e profilassi dell'asfissia invincibile del neonato » 282
Prof. E. F. Fabbri — La piccola ginecologia nella cura dei fibromi uterini » 287
Prof. L. Acconci — Sulla cura chirurgica delle retroversioni fisse dell'utero » 291
Dott. G. E. Curatulo — Il trattamento dell'Hildebrandt nei tumori fibrosi dell'utero » 293
Discussione — Morisani, La Torre » 295
Dott. M. Pazzi — Di una modificazione alla manovra di Veit per l'estrazione del capo fetale posteriore al tronco » 297
Prof. A. Guzzoni Degli Ancarani — A proposito del parto sei-gemellare descritto dal Dott. Vassalli » 301
 Chiusura — Libri ricevuti in dono dall'estero » 302