

DELLA
AMPUTAZIONE UTERO-OVARICA

COME

COMPLEMENTO DI TAGLIO CESAREO

PEL DOTTOR

EDOARDO PORRO

Professore ordinario di Ostetricia e Ginecologia nell'Università di Pavia



MILANO
TIPOGRAFIA FRATELLI RECHIEDEI
—
1876

RG 761
P 8

(Estratto dagli *Annali Universali di Medicina*, Vol. 237, Anno 1876)



Ahlfeld Library

953404

ALL' ELETTO STUOLO DI GIOVANI
CHE NEL TICINESE ATENEO
L'ANNO SCOLASTICO 1875-76
COMPIRONO GLI STUDI MEDICO - CHIRURGICI
QUESTA CLINICA NARRAZIONE
IN SEGNO D'AFFETTO E DI STIMA
L' AUTORE DEDICA.

**Agli studenti del 6.° corso di medicina all'Università di Pavia
nell'anno scolastico 1875-76**

Onorevoli Signori,

Mantenendo la promessa, che mi son recato ad onore di farvi, congedandomi da Voi al termine dell'anno scolastico, dedico a Voi, amici e compagni di studio, l'esposizione clinica del grande fatto ostetrico, che assieme abbiamo osservato.

Nessuno più di Voi aveva diritto a tale dedica, perchè, oltre le premure che vi deste per la buona riuscita de' miei sforzi, avete poi condiviso sinceramente le mie speranze ed i miei timori, siete stati testimoni delle mie dubbiezze sull'esito desiderato, mi siete stati di conforto morale in quei solenni momenti in cui lo spirito sentivo avvilito.

Per grande e radicato che sia il convincimento scientifico, che ci spinge ad abbracciare un nuovo partito, di molta importanza e gravità, la sua effettuazione esige un intenso lavoro intellettuale, necessariamente seguito da uno spossamento psichico, pel cui effetto si scorgono soltanto le conseguenze disastrose e si dimenticano le fondate e razionali speranze.

Le biografie di sommi maestri nell'arte architetonica, ci apprendono come alcuni fra essi, furon tentati a fuggire o si nascosero, al momento di disarmare ardite vòlte o di sollevare

enormi massi, per la tema che i matematici calcoli, sebbene esattissimi, potessero esser contraddetti dal fatto.

A molto maggior titolo è a scusarsi la peritanza del medico, che dovendo rispondere della vita di un suo simile, all'atto di invocarsi a gravi e non sperimentate risorse, teme che le sue previsioni e le sue speranze favorevoli, fondate sul sano razionalismo, ma non su calcoli matematici, possano sgraziatamente fallirgli.

Dopo l'esecuzione del taglio cesareo, completato coll' amputazione utero-ovarica, le miserevoli condizioni della Clinica e dell'Ospitale, congiurate collo sfavore del tempo, incorniciarono più tetramente ancora i miei pronostici.

Il sereno però non si fece molto aspettare e dissipati i penosi dubbi, ci trovammo di fronte al più completo successo.

Per confusione di coloro, che nei felici risultati altrui vedono soltanto l'influsso della fortuna e nei disappunti loro scorgono ogni merito, Voi potrete testimoniare il maturato proposito dell'amputazione utero-ovarica, come presidio di taglio cesareo o quale complemento di questo, Voi potrete confermare gli studj e le discussioni, che in comune abbiamo fatto su questo argomento, preparandoci con ferma decisione scientifica, alla solenne prova.

Ho tardato fin qui a pubblicare codesta narrazione, per poter dar notizia sulla salute consecutiva dell'operata, che godo potervi dire perfettissima.

Ritardando la pubblicazione presente, ho avuto campo di raccogliere le obiezioni, che al nostro processo operatorio sono state mosse, e così potei rispondervi congruamente.

Fino a prova contraria, desunta da fatti, noi persisteremo nelle nostre convinzioni circa la necessità o la utilità, a seconda dei casi, di far seguire al taglio cesareo, l'amputazione utero-ovarica.

Il giudizio dei colleghi coscienziosi, speriamo ci sia favorevole e sul terreno teorico e su quello pratico.

Il giudizio degli invidiosi, noi non lo dovremo curare, attacchino essi la scuola nostra per attaccar noi, attacchino il nostro metodo in linea tecnica od in linea morale. Ad arrestare il progresso scientifico, nel suo difficile cammino, non possono bastare gli sforzi della livida invidia, il cui uncino dilaniatore, non potrà portar sfregio al buono ed al vero.

Il debito nostro scientifico professionale, ognuno di noi dovendolo pagare, non ad altri che all'umanità sofferente ed alla scienza, a questa meta rivolgeremo sempre le nostre aspirazioni, senza curarci delle dicerie dei malevoli.

Continuate a ricambiare la stima e l'affetto che vi porta

il vostro

Prof. EDOARDO PORRO

Milano, 13 ottobre 1876.

I progressi rilevantissimi della chirurgia in generale e quelli assai splendidi della ginecologia e dell'ostetricia, non hanno portato sensibili migliorie nell'esecuzione e nell'esito di quella grande operazione che è il taglio cesareo.

Gli è perciò che oggi, come per l'addietro, il taglio cesareo è considerato una operazione formidabile, temibile, una estrema risorsa dell'ostetricia, una dura necessità, riservata fortunatamente a pochissimi casi.

Il diagnostico esatto dei tumori uterini e pelvici e la loro cura razionale, la pratica diffusa del parto prematuro e quella pure sancita dell'aborto provocato, hanno tolto un grande, il massimo contingente di casi, che altra volta forzavano, con malaugurata frequenza, ad aprire il ventre a tante meschine, cui ben di rado la morte risparmiava.

Epperò, se il numero dei casi indicanti il taglio cesareo è al presente assai limitato, anche in grazia alla migliorata istruzione teorico-pratica dei medici e delle levatrici, pure il risultato della gastro-isterotomia non ha cambiato gran fatto e tutti

gli ostetrici moderni son convinti di risparmiare tanto pericolo alla donna, quando altre risorse, compresa quella del sacrificio del feto, possano dispensare dal più pericoloso fra i procedimenti operatorii.

Nella capitale della Francia e nella metropoli britannica, dove le gastrotomie per amputazione ovarica ed uterina sono tanto frequenti e danno i più brillanti risultati, là dove tanta pratica si ha delle operazioni nel cavo addominale, da oltre un secolo non si conta una sola guarigione di taglio cesareo.

Perchè una tale differenza di esiti in operazioni, che hanno fra loro una stretta analogia di esecuzione, di sede, di gravezza?

Questa domanda, che più volte io mi rivolsi al fine di scoprire la recondita causa della morte, pressochè costante, delle operate di taglio cesareo, paragonata alla scarsa mortalità delle amputate d'utero o d'ovaja, mi portò a considerare alcune questioni, che a mio parere vennero fin qui lasciate in oblio.

Sia che la donna venga amputata dell'utero o delle ovaja, l'indicazione a questi atti operativi è sempre data da morbosa alterazione funzionale e nutritizia delle parti anzidette, le quali restano quindi modificate assai nella loro struttura, nei loro rapporti, nella loro sensibilità.

Amputando le ovaja o l'utero, il chirurgo ha cura di non lasciare nella cavità addominale alcuna superficie di sezione beante, coi rispettivi vasi aperti, ma sempre dispone perchè il moncone uterino od ovarico, fissato alla ferita addominale o lasciato nel cavo peritoneale, sia munito di allacciatura circolare, con assoluto impedimento alla circolazione ed alla vita della porzione sovrastante all'artificiale strozzamento. Nella stessa guisa si trattano le aderenze, onde ovviare allo stillicidio di sangue nella cavità peritoneale. Infine, sia fissando all'esterno le superfici di sezione, sia lasciandole perdute nell'addome, con mezzi meccanici o chimici od altri, si ha cura di impedire che nella cavità peritoneale rimanga una ferita attiva, un fomite di

trasudazione, di essudazione, di spandimento o di assorbimento. La ragione ed i vantaggi di questo metodo di procedere non è mestieri di mettere in evidenza, sapendo quanto sieno dannose le raccolte, di qualunque genere, nella cavità addominale, sapendo come l'assorbimento delle sostanze icoremiche porti prontamente effetti esiziali sull'organismo.

Passiamo ora a considerare brevemente quello che succede, allorquando la donna viene operata di taglio cesareo.

Per solito, esistendo l'indicazione al taglio cesareo, l'apparato genitale femminile è sano, è nel massimo rigoglio della vita, della salute, della funzionalità. Cause meccaniche soltanto, fanno indicazione all'operazione anzidetta e ben di rado tumori uterini, ordinariamente gli stringimenti pelvici, portano il chirurgo alla grave determinazione di estrarre il prodotto del concepimento, attraverso una via artificialmente praticata nelle pareti addominali ed uterine.

Quivi dunque abbiamo normalità assoluta delle parti, sulle quali noi verremo ad operare, normale quindi la sensibilità, la funzionalità, la nutrizione loro.

Operando il taglio cesareo con qualsivoglia dei metodi oggi-giorno abbracciati e non escluso quello della cucitura uterina, semplice, metallica, elastica, non escluso il metodo di fissar l'utero alla parete addominale, la superficie di sezione dell'utero, non essendo suscettibile di un esatto, di un perfetto raffrontamento nei suoi margini, ne avverrà che sempre sarà possibile lo scolo nella cavità peritoneale di liquidi, o sanguigno, o marcioso o lochiale. Nè ciò potrassi impedire, accollando alla parete addominale la superficie lesa dell'utero, perchè cotale adesione, a cagione della retrattilità uterina e dei movimenti a cui soggiace la parete addominale, non potrà esser perfetta ed ancora avremo la possibilità, delle lamentate effusioni nel cavo del peritoneo.

La possibilità della guarigione per prima intenzione della ferita uterina non è negabile, ma entra nella sfera delle contingenze eccezionalissime.

La guarigione per prima intenzione della ferita addominale è all'incontro un fatto abbastanza frequente.

Se la cicatrizzazione della ferita uterina si incammina per seconda intenzione, la suppurazione potrà espandersi nella cavità ventrale, quando la ferita addominale sarà chiusa, e se questa sarà ancora parzialmente beante, potrà escire all'esterno, ma potrà anche icorizzarsi ed aversi i fenomeni della speciale intossicazione.

Trascurando anche lo stato di chiusura o di imperfetta saldatura delle pareti addominali, le superfici di sezione dell'utero potranno ancora venire a contatto dell'aria, per la via del canal vaginale, da cui si farà strada la suppurazione e da cui è possibile e facile l'accesso dell'aria, nei movimenti della donna.

Quando, com'è facile e frequente, succeda l'icorizzazione del liquido, che geme dai bordi della ferita uterina o che stagna nell'utero, sotto forma di lochiazione patologica, i bordi della ferita uterina, la piaga placentale, non potranno forse prestarsi ad un assorbimento mortale?

Vi è forse quivi, come nel peduncolo uterino od ovarico, uno strozzamento di tessuti, che impedisca il libero assorbimento tra la parte vitale e quella mortificata, sia essa fissata all'esterno o libera nel cavo addominale?

Sono essi impediti i grossi vasi e seni uterini ed i linfatici, di assorbire dai bordi della ferita uterina, o verranno invece facilitati in questo compito dannoso dalla impedita o ritardata e sempre incompleta retrattilità dell'utero, leso grandemente nella sua continuità?

Le principali differenze che risultano, facendo queste considerazioni di raffronto tra il taglio cesareo e la semplice amputazione dell'utero e dell'ovaja, stanno in ciò: 1.º Che nel taglio cesareo, essendo normali i tessuti, abbiamo maggior facilità di accendere gravi e letali reazioni, il che non succede colla stessa facilità, come quando le morbose alterazioni dell'utero e della ovaja fanno indicazione alla loro rispettiva ablazione. 2.º Che

nelle amputazioni utero-ovariche, la tecnica operatoria ci impara ad ovviare alle principali fonti di mortalità, quali sono l'emorragia, le raccolte intraperitoneali, l'assorbimento di sostanze dannose all'organismo, mentre nel taglio cesareo, poco si può fare per rimediare alle emorragie, alle effusioni addominali, all'assorbimento.

Nel taglio cesareo lediamo un viscere, che non dalla superficie di sezione soltanto, ma anche dal suo interno, ci offre maniera di effonder sangue ed umori, di assorbire, di ammalarsi in mille guise e di alterare la salute generale dell'organismo.

Ciò non succede nei casi extra-puerperali, amputando l'ovaja e nemmeno l'utero, ed allora poi si ha a lottare colla condizione puerperale, che induce nella macchina muliebre una speciale disposizione a tante forme di malattie, capaci di compromettere la vita o quanto meno di dare un'impronta speciale all'andamento del trauma uterino.

Oltre la generica condizione puerperale dell'organismo muliebre, che si traduce in tante modificazioni, di cui non tutte le influenze forse sono state sorprese, studiate e conosciute, abbiamo una condizione specialissima dell'utero, che viene a mettere in uno stato particolare quest'organo, stato che al certo non ha riscontro coll'utero leso chirurgicamente, fuori della puerperalità.

La sostanza uterina dopo il parto ed anzi già durante questo, ha tendenza a subire quella particolare degenerazione grassosa, che renderà possibile il ritorno del viscere al volume normale, parte riassorbendosi il prodotto della degenerazione, parte venendo espulso dall'organismo coi lochi. Che il processo regressivo, che la involuzione completa dell'utero, possa ottenersi a spese soltanto del riassorbimento della sua sostanza, ce lo mostrano i numerosi fatti di totale mancanza di lochi ed i fatti altresì di lochi scarsi, sproporzionati al rapido processo d'involuzione e ritorno dell'utero allo stato fisiologico.

Questi due fatti, della degenerazione grassosa e del riassor-

bimento del tessuto degenerato, spiegano a mio credere, da una parte la difficoltà della cicatrizzazione della ferita uterina, e dall'altra, la facilità, la tendenza all'assorbimento, che per la qualità dei liquidi risultanti dalla sezione cesarea, può essere prontamente mortale.

Tutto concorre quindi, nell'utero puerperale, a favorire il ritardo o la mancanza di coalito della sostanza stata divisa ed a procacciare l'entrata nel torrente circolatorio di principi settici.

E queste circostanze gravi, di capitale importanza, noi per sicuro non le troviamo nelle amputazioni uterine ed ovariche extrapuerperali. Da queste perniciose influenze, vogliansi ripetere i frequenti, i quasi costanti insuccessi del taglio cesareo, come per converso, da condizioni opposte od almeno migliori assai e più favorevoli, si ottiene la consolante guarigione dello amputate d'utero e d'ovaja, nelle gastrotomie fatte in circostanze non puerperali.

L'utero puerperale, spaccato pel taglio cesareo, deve pur dar luogo ad uno scolo consecutivo, molto più abbondante di quello che non sarà per dare il più voluminoso peduncolo uterino od ovarico, non puerperale. Anche da ciò i pericoli sono assai minori, in favore di questa seconda categoria di casi, che non nella prima, sottacendo poi, come nell'ovariotomia e nella semplice isterotomia, fissandosi per solito all'esterno il moncone, il cavo peritoneale occludendosi prontamente e perfettamente, il gemizio del peduncolo portasi all'esterno e torna innocente, il che non può mai succedere per il caso del taglio cesareo. Quivi il liquido, che esce dall'utero, non sempre e non tutto è condotto all'esterno, per la via del canal vaginale o della ferita ventrale e passando nell'addome, eccita la peritonite, si fa focolajo icoremico, setticemico, ecc.

Da queste e da altre considerazioni, che verranno in seguito estrinsecate, appare come di necessità, il taglio cesareo dovesse dare risultati di molto inferiori alla ovariotomia ed alla amputazione uterina. E da queste considerazioni era naturale, che sca-

turisse l'idea di modificare il taglio cesareo, mettendolo in condizioni pari od almeno simili a quelle dell'ovariotomia e della isterotomia semplice.

Il che è appunto quanto ho cercato di ottenere.

L'opportunità di tradurre in fatto, quello che da molto tempo vagheggiavo nella mia mente di mettere ad esecuzione, mi venne offerto da una donna, sulla quale ora esporrò i dati anamnestici e quelli ricavati dall'esame esterno ed interno e dalla pelvimetria.

Il giorno 27 aprile 1876, entrava nella Clinica ostetrica dell'Università di Pavia, affidata alla mia direzione, certa Giulia Cavallini, d'anni 25, nativa di Adria, domiciliata a Gambolò, moglie ad un suggeritore drammatico. È gravida per la prima volta. Da bambina soffersse di rachitide, che la travagliò dai tre ai dieci anni. Durante il periodo, in cui fu soggetta alla rachitide, non poteva reggersi in piedi e solo allora che ne fu in grado, per muoversi nella casa, era obbligata ad appoggiarsi colle braccia ad una scranna munita di ruote.

La donna rammenta, che in quell'età le sue gambe erano assai contorte e più di quello che ora non lo sieno, in modo che le ginocchia si strofinavano fortemente nel camminare. Nella stagione d'estate soffriva di enterite con diarrea. Solo dopo i dieci anni, potè reggersi in piedi e camminare senza bisogno di alcun sostegno.

I parenti s'ebbero di lei grandissima cura, e dopo i bagni marini, la buona nutrizione, i rimedi tonici, le deformità del suo scheletro si corressero di molto.

A 19 anni ebbe la prima mestruazione, stentata e dolorosa, e le successive continuarono regolarmente.

Prese marito a 23 anni. Alla metà di Luglio (1875) ebbe l'ultima mestruazione regolare ed alla metà dell'Agosto successivo cominciò a provar nausea, inappetenza, vomito, capogiri e dappoi avvertì l'ingrossamento delle mammelle. I disturbi sintoma-

tici accennati, durarono per circa tre mesi e poi scomparvero. Da tre mesi circa appalesaronsi i moti attivi del feto.

In questi ultimi tempi soffrì dispnea, dolori lombari, malinconia e disturbi enterici, per il che risolse di cercar ricovero e cura nell'Ospitale civile di Pavia, in cui era accolta il 17 Aprile e da dove poi, conosciuto lo stato suo di gravidanza e sospettata l'alterazione pelvica, passò alla Clinica ostetrica.

Stato presente. — La donna cammina bene. Ha l'altezza di 148 centimetri. Essendo le braccia pendenti ai lati del tronco, le mani arrivano a tre dita trasverse sopra le ginocchia. Gli arti inferiori sono gracili, convergenti alle ginocchia, divergenti ai malleoli. La tibia destra è arcuata all'esterno, la sinistra all'esterno ed all'avanti. I femori sono curvi, colla convessità rivolta all'avanti; la loro incurvazione è più sentita alla parte superiore. Non si ha edema alle inferiori estremità.

Tutte le articolazioni sono ingrossate e dinotano le traccie improntatevi dalla rachitide.

La colonna vertebrale occupa la linea mediana fino al termine della regione dorsale. Quivi le vertebre lombari costituiscono una rilevante insellatura e piegano bruscamente a destra, in modo da impiantarsi sul sacro, che tiene la base rivolta a destra, con una curvatura avente la concavità a sinistra ed all'indietro e la convessità a destra ed in avanti.

L'osso sacro è corto, e mentre la base è proiettata all'interno, il corpo è portato assai all'indietro ne'suoi due terzi superiori; il terzo inferiore s'unisce ad angolo molto sentito colla parte sovrastante e si ripiega bruscamente, dirigendosi in avanti. Il coccige è sporgente e mobile. Le creste iliache sono poco espanse, accartocciate su sè stesse. La cresta iliaca destra è meno espansa e più alta, di circa 4 centimetri, della sinistra. Il trocantere destro è pure più elevato del sinistro.

La parete anteriore del bacino è irregolare e la sinfisi pubica è sporgente a mo' di sperone e presenta una marcata angolosità.

Le tuberosità ischiatiche sono discretamente lontane l'una dall'altra.

L'esame pelvimetrico esterno, fatto col compasso di Baude-locque, dà i seguenti risultati:

Diametro sacro-pubico	Centim.	18 mill.	—
Diametro obliquo destro	»	18	» —
Diametro obliquo sinistro	»	19	» 8
Diametro pube-coccigeo	»	12	» 5
Diametro bi-trocanterico	»	23	» 5
Diametro bi-ischiatico	»	8	» 5
Da una spina iliaca anter. super. all'altra	»	22	» —
Dal mezzo di una cresta il. all'altra	»	22	» —
Dalla spira iliaca anterior superiore di sinistra alla prima apofisi sacrale	»	16	» 9
Dalla spina iliaca anterior superiore di destra alla prima apofisi sacrale . .	»	16	» 2
Dal mezzo della cresta iliaca destra alla tuberosità ischiatica destra	»	16	» 5
Dal mezzo della cresta iliaca sinistra alla tuberosità ischiatica sinistra . . .	»	15	» —
Circonferenza pelvica a livello dello stret- to superiore	»	72	» —
Dall'ultima apofisi spinosa lombare al suolo	»	85	» —
Dal basso della sinfisi pubica al suolo	»	65	» —
Altezza della sinfisi pubica	»	4	» 5

Salute generale buona. Organi del petto sani. Ventre di forma arcuata, globosa, con legger obliquità antero-lateral-sinistra, di consistenza elastica. Pareti addominali lassamente adese sul globo uterino. Il fondo uterino oltrepassa lo spiraglio ombelicale di 19 centimetri. Dal pube all'ombilico, si ha pure la distanza di 19 centimetri. La circonferenza dell'addome, misurata a livello dell'ombilico, è di 90 centim. Dalla spina iliaca anteriore e su-

perior destra all'ombilico, intercorrono 24 centim. e 21 centim. invece si misurano dall'ombilico alla spina iliaca anterior superior sinistra.

La palpazione fa sentire il ventre cedevole. Il tumore uterino è mobile. Verso destra, in alto, si sentono parti piccole di feto ed a sinistra si percorre una superficie larga, resistente, uniformemente liscia. Premendo colle dita a livello dello stretto superiore, si palpa un corpo voluminoso, duro, tondeggiante, che dà i caratteri della testa fetale.

Non si sentono moti attivi, nè si avvertono contrazioni uterine. All'ascoltazione, i battiti fetali si appalesano, colla maggior chiarezza, alla regione ombilicale. Soffio uterino più marcato a sinistra, in basso, epperò abbastanza manifesto anche a destra.

Al gran labbro sinistro, nella sua parte inferiore, si trova un'appendice cutanea della grossezza di una nocciuola, tenuta in sito da un sottile picciuolo cutaneo. Nel rimanente i genitali esterni sono sani, poco sviluppati, provveduti di scarsi peli.

Riscontro vaginale. — Canale vaginale molle, cedevole. umettato, sparso di granulazioni. Retto e vescica, vuoti.

Arcata publica assai ristretta, per avvicinamento delle branche orizzontali dei pubi e per ripiegatura delle branche ischio-pubiche, massime quella di destra.

Nel punto di congiunzione dell'osso pube coll'ileo e coll'ischio, da ambo i lati, si ha una sporgenza a margine tagliente, congiuntamente ad una introflessione sensibilissima delle pareti cotiloidee. La parete cotiloidea destra poi è tanto introflessa, che viene a combaciare quasi col promontorio sacro-vertebrale, sommaramente proiettato in avanti ed a destra.

Tra il promontorio sacro-vertebrale e la parete cotiloidea destra, appena appena puossi insinuare l'apice del dito esploratore.

Per il che la metà destra dello stretto superiore del bacino, puossi considerare totalmente obliterated. La parete cotiloidea si-

nistra, dista dal promontorio sacro-vertebrale di circa quattro centimetri. Tutta la parte superiore dei pubi, presenta una cresta tagliente.

Dalla sinfisi pubica, al promontorio sacro-vertebrale, si misurano sette centimetri.

Oltre il promontorio sacro-vertebrale, spinto assai in avanti ed inclinato a destra, lo stretto superiore del bacino è coperto in gran parte dalle vertebre lombari, che formano tetto all'apertura addominale della pelvi, costituendo una specie di spondilolistesi e creando così una vera pelvi *subtecta*.

Per la piegatura angolare del sacro, lo scavo pelvico, nel senso antero-posteriore, è aumentato di capacità.

Lo spazio utile della pelvi, a destra, è quindi completamente abolito. Il lato sinistro offre un seno, che trasversalmente è largo quattro centimetri e terminante all'indietro verso la sinfisi sacro-iliaca sinistra, ed all'avanti confinato tra il promontorio sacro-vertebrale e la sinfisi pubica. Lo spazio sacro-pubico però, che risultò di sette centimetri, non può nè deve essere considerato come la vera estensione della conjugata superiore, poichè le ossa pubiche, essendo mutuamente avvicinate, formando tra di loro un seno, costituiscono uno spazio perduto, per quanto è tutta o quasi, la lunghezza delle branche orizzontali del pube stesso. Per il che, dedotta questa parte obliterata di parete anteriore del bacino e calcolando la vera estensione del diametro retto superiore, un tre centimetri almeno all'indietro dalla sinfisi del pube, che è quanto richiede il massimo avvicinamento delle branche, avremmo una estensione di soli quattro centimetri, anche nel diametro sacro-pubico superiore.

Complessivamente adunque, non potevasi nè dovevasi calcolare che sopra uno spazio utile di quattro centimetri di diametro, nel senso antero-posteriore ed obliquo, tutto situato nella metà sinistra dello stretto superiore del bacino.

Aggiungendo a ciò lo stato di occlusione dell'ingresso pelvico, creato dalla sporgenza delle vertebre lombari, ognun vede come

e quanta venisse ad essere l'angustia del bacino sottoposto al nostro esame.

Il collo uterino è lungo due centimetri, molliccio, socchiuso nell'orificio esterno. Il segmento inferiore dell'utero si tocca per poca estensione, è assai elevato e non è possibile toccare, attraverso il medesimo, parte alcuna di feto.

Si fa *diagnosi* di gravidanza uterina, semplice, non complicata, dell'epoca di otto mesi e mezzo circa, con feto vivente, in presentazione cefalica, in posizione sinistra. Bacino viziato al terzo grado, per effetto di rachitide, la cui lunga durata ebbe ad influire sull'arresto di sviluppo e sulla forma triangolare, a cappello di prete od a trefoglio, come si ha per risultato delle più gravi osteomalacie.

Si pronostica impossibile il parto per le vie naturali, e si dichiara palese ed ineluttabile l'indicazione del taglio cesareo.

Davanti ad una così grave e solenne contingenza pratica, credetti doveroso di sottoporre la donna al giudizio di esperti colleghi, perchè rilevassero il grado della stenosi pelvica, e di conformità avvisassero al miglior modo di venir in soccorso alla meschina donna, nel momento del parto.

A questo intento il giorno 3 maggio 1876, convennero nella Clinica ostetrica, i signori prof. cav. Zoja, prof. Mazzuchelli, prof. Ranzoli, dott. Scottini, dott. Guelmi ed altri molti, che desiderarono assistere all'importante consultazione, tenutasi anche alla presenza degli studenti del 6° anno di medicina.

Constatata da tutti la gravidanza, e la gravezza, e grado della alterazione pelvica, io esposi come fosse impossibile pensare in questo caso alla embriotomia e come a mio avviso, non si avesse altro mezzo di scampo che la sezione cesarea, egualmente indicata a feto vivo, ed a feto morto. Ed in ciò, tutti indistintamente, ebbero a convenire gli illustri consulenti.

Cogliendo l'opportunità della presenza di un consesso tanto illuminato e coscienzioso, io volli sottoporre al giudizio dei miei dotti colleghi, il piano operativo da me ideato, per eseguire il taglio cesareo.

Riferendomi alle considerazioni generiche sul taglio cesareo, così come in principio ebbi il destro di annunciare, toccando della diversità e ragione degli esiti delle sezioni cesaree e delle ovariectomie ed amputazioni uterine, proposi di passare all'amputazione dell'utero, dopo estrattone il prodotto del concepimento. Temendo che per avventura la proposta mia non incontrasse il favore dell'approvazione dei convenuti, dichiaravo in quella circostanza che assolutamente avrei praticato la detta amputazione, quando mi fossi imbattuto in una grave, pericolosa emorragia uterina, reputando io l'amputazione uterina come il solo mezzo sicuro ad ottenere l'emostasi ed a sottrarre la donna all'imminente pericolo di morte.

A convalidare la mia tesi, citai diversi casi di morte, rapidamente avvenuta per emorragia, in seguito a taglio cesareo, ed invocai un fatto da me presenciato, di morte per emorragia, avvenuta un quarto d'ora dopo l'operazione cesarea, sebbene l'operatore fosse il valente ostetrico e sempre compianto prof. Lazzeri e sebbene l'operazione fosse stata eseguita nella Maternità di Milano, dove sempre è approntato quanto può esser utile a vincere le emorragie, ed a rimediare ai più gravi accidenti.

Per quanto l'ostetrico sia oculato, guardingo, previdente, sempre si daranno casi di emorragie gravi, infrenabili, letali, vuoi per esser caduta la sezione uterina sul punto d'impianto della placenta, od in vicinanza al punto d'inserzione dei legamenti, o per aver interessato il segmento inferiore della matrice.

Ammissa pure la possibilità, a ragione molto contestata, di diagnosticare, mercè l'ascoltazione, il punto d'impianto della placenta, se essa verrà a trovarsi attaccata alla parete anteriore dell'utero ed in quel tratto di matrice che sarà confinato tra l'ombelico ed il pube, come potrà l'ostetrico esimersi dal tagliare gli sviluppatissimi vasi utero placentali? Ed in questo caso l'emorragia, oltre esser grave al momento dell'incisione, sarà difficilmente frenabile in appresso, per rimaner beanti i vasi lesi,

che in quel punto, tolta la continuità delle fibre muscolari, non potranno esser beneficamente strozzati. L'esser aperta poi una superficie di sezione tanto vascolare e di maggior spessore, che non il resto dell'ambito uterino, fa sì che anche in appresso si avranno a temere le conseguenze del mancato coalito, delle effusioni intra-peritoneali, e sue conseguenze.

Nè si dica potersi ovviare codesto accidente, coll' incidere l'utero al disopra, od ai lati del punto d'impianto placentale. Infatti, oltre la difficoltà diagnostica, avremo sempre a perder profitto tagliando l'utero verso il fondo, per la grande estensione che dovremo dare alla ferita addominale, se a ventre aperto ci accorgessimo dell'impianto anteriore della placenta e gravi danni egualmente avressimo a temere se di primo acchito tagliassimo l'addome e l'utero nella regione sovra ombilicale. In tal guisa ci precluderessimo l'adito a poter curare la pulizia del cavo addominale, a contenere debitamente le intestina, a procurare la pronta e facile estrazione delle secondine dalla cavità dell'utero, non potressimo infine, per la retrazione del tessuto suo, sorvegliar l'utero, che sfuggirà verso l'apertura superiore del bacino.

Non sarebbe conveniente poi, nè talora possibile, far subire all'utero un movimento di rotazione sul proprio asse, per portare nel campo della ferita addominale una parte sua laterale, sprovvista d'attacco placentale, poichè andressimo incontro ad una delle fonti più serie e gravi di emorragia, col tagliare i grossi vasi arteriosi e venosi, che per l'appunto si riscontrano ai lati e nelle vicinanze dei bordi uterini. S'aggiunga a ciò, che la lesione probabile dei legamenti uterini, renderebbe maggiormente temibili le conseguenze della incisione laterale dell'utero.

Se si taglia sul segmento inferiore dell'utero, la sua grande vascolarità, la minor potenza sua contrattile, per sviluppo più scarso di fibre muscolari, per l'assottigliamento indotto dai progressi della gravidanza, e per l'inerzia derivata dall'esser stato sottoposto a compressione, più o meno lunga e valida, tra la

parte presentata ed il ristretto campo dell'ingresso pelvico, tutte queste circostanze, rendono facile e grave l'emorragia e difficile, se non impossibile, il mettervi riparo.

Dato quindi l'attacco della placenta nel punto uterino, che cade nello spazio pube-ombilicale, sarà inevitabile l'emorragia durante e dopo l'isterotomia. Inevitabile pure sarà l'emorragia, tagliando ai lati dell'utero, o sul segmento inferiore.

È egli possibile in questi casi di grave, di imponente emorragia, mettere in esecuzione i provvedimenti emostatici ordinari? Mi appello a quanti ebbero la triste opportunità di praticare il taglio cesareo, e che si trovarono alle prese con gravi emorragie, perchè rispondano se sempre avrà loro bastato la compressione uterina, il ghiaccio, il percloruro, la cucitura della ferita uterina, la legatura di qualche vaso, e tutta infine la schiera delle risorse adoperate e preconizzate per questa bisogna. La perdita sanguigna d'ordinario continua ed è causa di morte od immediatamente o per le conseguenze, che ne risultano.

Ma l'emorragia grave, infrenabile, noi la possiamo avere altresì dai vasi utero-placentali, nel punto in cui stava adesa la placenta, sebben in corrispondenza non sia caduta l'azione del tagliente. Ciò è assai facile a succedere, per lo stupore delle pareti, indotto dal brusco svuotamento dell'utero, dalla tolta sua continuità, dall'azione degli anestetici impiegati, dall'esaurimento nervoso o dalla stanchezza, dalla vera spossatezza, indotta da un lungo ed inutile travaglio, come succede quando si opera dopo molte ore di gravi doglie di parto.

Ed anche in questi casi, l'opera ostetrica non sempre approda al risultato cercato ed in tali casi i lunghi maneggi praticati, la molta perdita del sangue, il protratto patire, inducono condizioni prontamente mortali.

Non è quindi miglior consiglio in codesti frangenti, il ricorrere all'amputazione utero-ovarica, come mezzo di soccorrere più rapidamente e proficuamente la meschina operata?

La mia convinzione almeno era tale, ed in via assoluta tenni

per deciso, che imbattendomi in una od altra delle accennate fonti emorragiche, avrei ricorso all'amputazione utero-ovarica.

Sorgeva però una obiezione al progettato mio piano operativo ed era quella del sapere come e se la donna, per la condizione della puerperalità, avrebbe tollerato l'ablazione degli organi genitali interni, che tanta parte rappresentano nei fenomeni che fanno seguito allo sgravio.

A sostegno del mio progetto, parlavano però i casi di amputazione dell'utero arrovesciato in seguito a parto, amputazione, che più volte fu coronata da felice successo, sebbene stata eseguita a poca distanza dal parto, in pieno dominio dello stato puerperale.

A favore del mio procedimento, parlavano alcune esperienze da me e da altri eseguite su femmine di piccoli mammiferi, che assai bene tollerarono una tanta mutilazione. E sebbene nei bruti, per la vitalità loro più accentuata, per la sensibilità minore e per altre ragioni, maggiore sia la tolleranza a gravi procedimenti operatori, e quindi non potevasi istituire una esatta comparazione, pure dal veder succedere in essi, regolari le fasi del puerperio, fatta astrazione di quelle riferibili agli organi amputati, e specialmente vedendo come la secrezione lattea, sempre si fosse avverata abbondante e regolare, era lecito credere che anche nella donna si potesse avere un eguale risultato.

L'amputazione utero-ovarica, per mezzo della gastrotomia e l'amputazione dell'utero arrovesciato e delle ovaja racchiuse nel medesimo, per mezzo dell'escisione o della legatura praticatasi sul collo dell'utero, pendente in vagina, veniva a costituire un doppio metodo di amputazione utero-ovarica, che esclusivamente nel caso di taglio cesareo potevasi ventilare, per constatare se si dovesse dare la preferenza al metodo sopra-pubico od al vaginale. Dissi che unicamente nel taglio cesareo si poteva discutere circa l'opportunità del metodo d'amputazione, sopra-pubico o vaginale, in quanto che, nell'amputazione utero-ovarica per

tumori fibrosi, fibro-cistici od altro, l'unica via di amputazione uterina è quella che offre la gastrotomia, non potendosi le pareti uterine, per la loro rigidità e degenerazione, arrovesciare nel canale della vagina, per quivi amputarle.

Così non potevasi mettere in discussione la scelta del metodo d'amputazione nel caso di arrovesciamento, perchè l'indicazione all'ablazione dell'utero in tali casi, è essenzialmente data dall'irreducibilità, la quale se persiste, non può altrimenti esser trattata che coll'amputazione vaginale (quando ve ne siano le indicazioni) e se l'irreducibilità è rimovibile, cessa l'indicazione dell'operazione demolitrice, nè mai per certo si vorrebbe ridurre un utero arrovesciato, ancorchè malato in qualsivoglia guisa, per poi aprire il ventre, ed amputarlo da quella via.

Nel caso d'amputazione utero-ovarica, come complemento o presidio di taglio cesareo, non era oziosa la questione, se meglio convenisse amputar l'utero attraverso la ferita addominale, od amputarlo dal canal vaginale, previo artificiale arrovesciamento.

Amputando l'utero attraverso la ferita addominale, l'operazione era assai più spiccica, e potevasi trattare il picciuolo uterino come il peduncolo del cistovario, fissandolo all'angolo inferiore della ferita, dove avrebbe contratto aderenze, che avrebbero servito a garantire un sodo sostegno alla visceraglia, per parte del cul di sacco pelvico del peritoneo.

Amputando l'utero artificialmente arrovesciato, il moncone uterino lo si doveva abbandonare nel canal vaginale, dove meno facilmente sarebbe stato sorvegliabile, medicabile, ed in cui più facile poteva succedere un assorbimento delle parti destinate allo sfacelo. Per di più, il cul di sacco peritoneale, durante e dopo la cicatrizzazione, presentando una specie d'imbuto, poteva far predisposizione ad un'ernia pelvica ed al cistocele. Difficile poi sarebbe stato il poter canalizzare perfettamente il cul di sacco peritoneale col drenaggio, che avevo divisato di applicare, in quanto che nel caso d'arrovesciamento, il punto

più declive, imbutiforme, sarebbe stato rappresentato dall'orificio interno, guardante la cavità ventrale. Non essendo conveniente l'applicare in tal punto il drenaggio, per non complicare il processo di cicatrizzazione, si sarebbe lasciato un ricettacolo alla marcia od ai liquidi, in modo da non esser tranquilli per la incompleta uscita dei materiali infettivi.

Per il che, venne abbracciato il partito della amputazione sopra-pubica, non essendo ancor sicuri della riuscita dell'arrovesciamento artificiale, a cagione del gravissimo stringimento pelvico.

Vedremo, dopo il racconto dell'operazione, quali difficoltà sieno proprie dell'amputazione sopra-pubica dell'utero puerperale, e quale differenza grande esista tra la amputazione dell'utero puerperale, e dell'utero che non lo è.

Ai colleghi presenti alla consultazione, parlai della tecnica dell'amputazione uterina, stabilendo che mi sarei servito del serranodo attorcigliatore del Cintrat, e feci notare altresì come per effetto della gravidanza, e meglio ancora come risultato della stenosi massima della pelvi, nessuna difficoltà si sarebbe trovata a tenere il moncone uterino a livello dell'angolo inferiore della ferita addominale. Il rammollamento e l'allungamento del canal vaginale, portato dalla gravidanza e mantenuto e meglio accentuato dalla ristrettezza pelvica, che obbligava l'utero a salire e restare ad una altezza maggiore dell'ordinario nel cavo addominale, lo sdoppiamento dei legamenti larghi, ed il loro allungamento, unito alla cedevolezza loro, facevano sì che senza far violenza alla loro continuità, senza provocare distacchi nel cellular pelvico, il moncone uterino potesse ridursi e mantenersi con tutta facilità all'angolo inferiore della ferita addominale. E queste previsioni ebbero infatti un riscontro esattissimo al momento della operazione ed in appresso.

Ai colleghi intervenuti alla consultazione, che unanimamente convenivano sulla necessità del taglio cesareo a feto vivo ed a feto morto, che tacitamente assentivano all'amputazione utero-

ovarica, e nella contingenza di grave emorragia, io inclinevole a raccomandare in ogni caso l'amputazione suddetta, ma non ancora autorizzato a farlo dall'esperienza, soggiungevo come l'amputazione dell'utero e delle ovaja, in apparenza soltanto, venisse a complicare il taglio cesareo, semplificandone invece le condizioni residuanti.

Amputando la massa utero-ovarica e riducendo a stanza fissa il peduncolo uterino all'angolo inferiore della ferita, noi venivamo a ridurre tutta ed esclusivamente esterna la lesione uterina, senza lasciare nella cavità peritoneale alcun che di intaccato nella continuità, eccezion fatta della semplice ferita da gastrotomia.

Nella bilancia dell'esito del taglio cesareo, deve aver gran peso la determinazione di amputar l'utero colle ovaja, anzichè di lasciarlo spaccato nella cavità del ventre, dove versa sangue ed umori infettanti, dove può assorbire, ammalare ed esser causa di morte. Amputando la massa utero-ovarica, col metodo sovra-pubico, tutta la ferita uterina si riduce alla estensione di due scarsi centimetri di diametro, che è per l'appunto lo spessore del picciolo strozzato, ferita poi che essendo all'esterno e quindi sorvegliabile, medicabile, disinfettabile, e versando all'esterno i risultati della mortificazione dapprima e della suppurazione dappoi, riesce affatto innocente per la salute del cavo addominale, quello pel quale dobbiamo avere le più grandi cautele. Esportando la massa utero-ovarica, stata lesa, tanto vascolare, così facile ad ammalare ed a fornir cagione di morte, noi venivamo a semplificare la condizione della puerperalità, venivamo a sopprimere il campo più largo e probabile delle gravi e mortali insorgenze puerperali, che non nel parto cesareo soltanto, ma negli altri parti naturali ed artificiali, tanto frequentemente si riscontrano.

Il togliere dal cavo addominale quella vasta espansione peritoneale, che copre l'utero e le ovaja, che è stata ferita largamente nel mezzo, che è a contatto di parti, che per guarire bisogna

in certa guisa che ammalino, e che diffondono a lui la flogosi, che rapida s'espande a tutto l'addome, non è questo un semplificare, anzichè aumentare il traumatismo residuante nell'organismo muliebre?

In seguito alle accennate osservazioni, sottoposte al giudizio di tanti ed autorevoli colleghi, sentivo di poter con maggior confidenza, metter ad esecuzione il progetto mio, che non potevo più considerare come vago, indeterminato e soverchiamente ardimentoso, ma confortato da razionali e solidi appoggi chirurgici, anatomici ed ostetrici.

È soltanto ai profani dell'arte, è soltanto a coloro che dell'arte non hanno provato le grandi responsabilità, le grandi trepidazioni, che può essere permesso di dubitare e di sentenziare che un chirurgo, sol per bramosia di fare, o per ambizione, possa mai intraprendere con fondamentali modificazioni, un grave procedimento operatorio, cui l'esperienza o la sana razionalità non abbiano sancito.

Se non sancito dall'esperienza, certamente approvato dalle più razionali congetture era il progetto mio, e sebbene vedessi trepidante avvicinarsi il momento di metterlo ad' esecuzione, sebbene tutta sentissi la grave responsabilità che mi pesava, pure, fermo nel mio convincimento, fiducioso in un favorevole risultato, posi opera a preparare convenientemente la donna e me stesso per il grande e solenne momento della operazione.

Sebbene il partito dell'amputazione dell'utero fosse stato approvato formalmente, pel solo caso di emorragia infrenabile, e quantunque il mio intimo convincimento fosse per adottarlo in qualsiasi modo, pure avevo la persuasione che difficilmente si sarebbe schivata la contingenza emorragica, e che l'amputazione sarebbe stata eseguita. Desumevo la probabilità dell'emorragia dalla grande elevazione dell'utero nel cavo addominale, il che avrebbe resa necessaria l'incisione sul segmento inferiore della matrice, che per le ragioni già dette, facilmente è fonte di grave e pericolosa emorragia, se viene leso nella sua continuità du-

rante il taglio cesareo. E badisi di non opporre a codesta mia considerazione eziologica dell'emorragia, il fatto delle frequenti lacerazioni del segmento inferiore dell'utero, durante il parto naturale od artificiale, lacerazioni non seguite da grave emorragia. In queste lesioni, la soluzione di continuità, avvenendo per erosione, o per violento stiramento o contusione dei tessuti, la causa stessa del trauma riesce in certo qual modo emostatica, mentre invece la soluzione di continuità, arrecata dal tagliente, lascia integro il calibro dei vasi, e libera l'uscita del sangue.

Spiegata così la ragione, il fondamento del mio pronostico emorragico, resterà quindi sanzionato il perchè del convincimento mio, che avrei dovuto amputare l'utero al momento del parto.

Senza menomamente far sospettare alla donna la triste condizione in cui trovavasi, e la pericolosa situazione in cui sarebbe trovata al momento del parto, si cercò ogni modo per nutrirla convenientemente, per tenerla nelle migliori condizioni fisiche e morali.

Non potendosi in alcun altro modo che col taglio cesareo, liberarla dal prodotto del concepimento, vivo o morto che fosse, sarebbe stata una barbarie, che avrebbe mal disposto il terreno a sopportare l'operazione, quello di renderla conscia del pericolo, che le sovrastava. Essendo poi intelligentissima codesta meschina, si sarebbe torturata assai più di quello che non avrebbe potuto farlo, chi meno di lei fosse stata dotata di facoltà intellettive.

Settimanalmente le si fece fare un bagno tiepido di breve durata. Venne collocata in una camera dove potesse esser sola la notte. Cercossi, con clisteri e piccole purghe, di mantenere libero l'alvo. Le si fece prendere del vino chinato, e la si contornò

di tutte quelle premure ed amorevolezze, che valessero a rinfancare il suo fisico, a rassicurare il di lei spirito, ed a guadagnare a noi la sua confidenza, per avercela docile ed obbediente nel momento solenne.

In tutti i giorni, che precedettero il parto ed in cui dimorò nella Clinica, la Cavallini andò migliorando nelle condizioni generali di salute e mantenessi costantemente di umore gaio. Stando ai dati forniti dai segni presuntivi di gravidanza, il parto avrebbe dovuto succedere nella prima quindicina di Maggio, ma come accade nei casi di ristrettezza grave della pelvi, anche qui la gestazione oltrepassò di qualche giorno il termine normale.

Prima che questo termine assoluto avesse ad enunciarsi, la donna provò contrazioni uterine, più o meno durature ed otto giorni avanti il parto furon sì moleste ed intense, che il dottore assistente credette opportuno farmi chiamare ed applicare intanto un clistere laudanizzato, che sospese affatto le dolorose contrazioni.

Si tenne in pronto quanto era necessario a praticare l'operazione cesarea, l'amputazione uterina ed il drenaggio del fondo peritoneale pelvico.

Essendo la Clinica ostetrica invasa dalla febbre puerperale e non potendosi disporre di un vasto ed isolato locale per eseguire l'operazione e per curare in seguito la puerpera, si allestì alla meglio per tale occorrenza l'aula destinata alla Scuola pratica di ostetricia, collocata allo stesso piano della sala e delle camerette della sezione puerpere, ed anzi attigua affatto alle medesime.

È mio debito accennare, come la Clinica ostetrica di Pavia occupi un'ala mediana del vasto Ospedale civile, e come ai lati della medesima abbiano sede le sale chirurgiche comuni e la Clinica chirurgica.

Non è a stupirsi quindi, se nella Clinica ostetrica, la febbre puerperale abbia diritto di domicilio e se vi consumi non indifferenti stragi. Ed era proprio in una fase ascendente e gravis-

sima di dominio puerperale, che la nostra Cavallini ebbe i primi dolori di parto, la mattina del giorno 21 Maggio.

Come se non fosse sufficiente alla meschina, il pericolo in cui l'avrebbe messa l'operazione cesarea, doveva concorrere anche ad aggravare la sua condizione l'epidemia di febbre puerperale e non solo, ma doveva ricorrere anche in quel tempo la gangrena nosocomiale, che infestava i vicini compartimenti chirurgici! Non eran per certo argomenti consolanti codesti, nè si poteva formulare un presagio favorevole, con tanta copia di nemici mortali.

Alle dieci antimeridiane del 21 Maggio, senza che la donna avvertisse dolorose contrazioni, colorono le acque amniotiche e subito dopo cominciarono, regolari e sempre crescenti di forza, frequenza e durata, le doglie di parto.

L'esplorazione vaginale faceva sentire accorciato il collo uterino, aperto appena da permettere l'introduzione del dito. Segmento inferiore della matrice elevato e dalla via della vagina non veniva fatto di riscontrare alcuna parte presentata. La palpazione addominale invece, faceva notare la testa collocata in vicinanza allo stretto superiore pelvico. Il battito cardiaco regolare, percepiasi alla regione ombilicale. Negli intervalli di calma sentivasi il dorso del feto rivolto a sinistra e le parti piccole più distinte a destra. Riconfermavasi quindi il diagnostico sulla persistente vita e sulla presentazione e posizione fetale.

Questi dati fetali si mantennero anche nelle ore successive e fino al momento dell'operazione. Essendo mio desiderio di operare il più prontamente possibile, alla una e tre quarti pomeridiane, unitamente al prof. Mazzucchelli, esposi alla donna, come le condizioni sue non le permettessero assolutamente di sgravarsi da sola e come dovesse sottostare ad una operazione di molto momento. Avendo essa domandato tempo a riflettere ed avendo voluto ottemperare alle esigenze religiose, non ripetei la mia domanda che verso le quattro pomeridiane. I dolori essendo validi e da soli bastando a consigliare la donna nel senso di ce-

dere ai suggerimenti dell'arte, la poveretta si rassegnò alla sua sorte, raccomandandosi per quanto sapeva far meglio, onde interessarci alla sua conservazione.

Alle 4, 40 pom. venne trasportata nell'anfiteatro ostetrico, il cui ambiente era stato riscaldato a 18 centigradi. Tutto l'occorrente vi era debitamente approntato e distribuito: si aveva avuto cura di occultare il triste apparato agli occhi dell'operanda, che venne collocata supina in un letto ben solido, nel centro dell'aula.

Perchè non nascessero confusioni, ogni assistente aveva ricevuto, in precedenza, le istruzioni su quanto sarebbe stato chiamato a compiere, sì che tutti, con precisione militare, al momento opportuno si trovarono al posto assegnato. Coloro che dovevano prestare assistenza durante l'operazione si lavarono le mani nell'acqua fenicata (1).

Alle 4, 42 si diede principio alla cloroformizzazione, che venne eseguita ed abilmente continuata dal dott. Guaita e dal professore Ranzoli. Quando l'anestesia era ottenuta, un numero grandissimo di medici e di studenti riempì gli ordini dell'anfiteatro. Intanto si cominciò dal radere i peli del pettignone, si praticò la siringazione, che diede esito a poca quantità di urina limpida, si mantenne la siringa in vescica, onde averne guida per rispettare l'urocisti ed alle 4, 51, a completa cloroformizzazione, si tagliarono a strati a strati le pareti addominali, sulla linea alba, in direzione alquanto obliqua, da sinistra verso destra, e per l'estensione di circa dodici centimetri.

Prima di passare all'incisione delle pareti addominali, praticossi la percussione, che ci rese sicuri del non trovarsi alcuna ansa intestinale al davanti dell'utero. L'esplorazione vaginale, eseguita immediatamente prima di operare, trovò quasi scomparso il collo uterino e l'orificio dilatato tre centimetri circa.

(1) Prestarono l'opera loro durante l'operazione i signori professori Zoja, Mazzuchelli e Ranzoli, i signori dottori Bassini, Guaita, Racagni, Gherini, Pessina, Mori, Zavaldi, e gli studenti Rampoldi, Pennati, Cavalli e Luraghi.

Essendovi obliquità antero-laterale sinistra, il prof. Mazzucchelli, che comprimeva le pareti addominali sul globo uterino, all'imbasso, ed il dott. Mori, che eseguiva la stessa mansione in alto, procurarono di far corrispondere all'asse del corpo il globo uterino. Essendo lassa la parete addominale, a sinistra più che a destra, per la preponderanza di giacitura sinistra dell'utero, una completa riduzione sulla linea mediana, del viscere gestante, non si poté ottenere. Pel qual motivo, anzichè praticarlo in una direzione parallela all'asse del corpo, il taglio delle pareti addominali fu condotto da sinistra verso destra e dall'alto al basso, per vedere di incontrare parallelamente i fasci verticali delle fibre uterine. Stante la grande elevazione del globo uterino, si ebbe cura di praticare il taglio delle pareti addominali più in vicinanza dell'ombilico che del pube, tenendo cioè l'angolo inferiore della ferita a cinque centimetri dal pube ed a tre centimetri dall'ombilico.

La divisione delle pareti addominali, venne fatta a strati a strati, per ottenere l'emostasi delle parti prima incise, avanti di tagliare la sottoposta, e così avere, come si ebbero, bordi non sanguinanti al momento dell'incisione del peritoneo ed ovviare alla penetrazione di liquido nel di lui cavo, almeno da questa via.

Spaccato il peritoneo, si presentò nel campo della ferita addominale il globo uterino, teso, lucente, di color madreperlaceo, di consistenza elastica. Nessun vaso cospicuo appariva al disotto della sierosa che lo ricopriva. L'utero venne prontamente aperto, nel senso e per la lunghezza del taglio delle pareti addominali. Introdotta la mano destra, trovossi corrispondere all'apertura uterina la testa del feto, per il che fu necessario inclinarsi col corpo assai all'imbasso, spingere la mano verso il fondo dell'utero, rasentando di necessità la parete laterale sinistra (stando l'operatore collocato al fianco destro della donna) ed afferrare il piede destro, facendo trazioni sul quale si disimpegnò la gamba e la coscia corrispondente. Stando la testa allo stesso livello dell'apertura d'uscita artificiale, dove trovaronsi ridotte le natiche,

nè essendo facile, nè completamente possibile, praticare la manovra bipolare, la flessione forzata del tronco, risultante dalla lotta d'attrito dei due poli fetali, rese difficile ed alquanto stentato il disimpegno delle parti del feto stesso. Intendiamo difficile e stentato questo disimpegno, nel senso della desiderata prontezza di estrazione e non assolutamente pel tempo impiegato, che fu brevissimo. Però, uscita la gamba e la coscia destra ed essendosi impegnata la natica destra nella ferita, fu mestieri ricorrere all'estrazione dell'arto sinistro, per non esercitare un soverchio sforzo sulla parte prima afferrata. In allora prontamente si poterono disimpegnare ed estrarre separatamente, il tronco e le braccia, che si eran rilevate ai lati del capo e la testa. Si estrasse un feto voluminoso, di sesso femminile, vivo, sano e che vagli appena uscito dal cruento seno materno.

Reciso e legato il tralcio ombilicale, si procedette subito alla estrazione della placenta, che si esportò intera, con gran parte delle membrane, togliendola però con un raschiamento abbastanza sentito, dal suo tenace punto d'adesione verso il fondo dell'utero.

(Ore 5). Il prof. Mazzucchelli ed il dott. Mori, che stavano a guardia delle pareti addominali, fecero del loro meglio per impedire l'uscita delle intestina, ma dall'angolo superiore della ferita i tenui trovarono modo di far capolino. Vennero rimessi e mantenuti in cavità, e passossi in appresso ad esaminare lo stato dell'utero.

Nel caso che l'amputazione uterina non fosse stata indicata, era mia intenzione di praticare la cucitura metallica dell'utero col sistema inventato e spiegato dal Barnes e che io avevo descritto ai consulenti ed agli studenti del 6° anno di medicina.

L'utero, grosso come di consueto lo è dopo l'espulsione del prodotto, era abbastanza contratto, ma dai suoi bordi d'incisione e massime dal lato sinistro, lasciava fluir sangue in gran copia. Si comprimevano colle dita i punti più sanguinanti, si estrasse l'utero dalla ferita addominale, per meglio dominare il campo

emorragico, ma l'emostasi non si otteneva. Non potevasi sperare di ottenerla mercè la cucitura, a cagione dell'esser stato aperto il segmento inferiore, e perchè la direzione del taglio uterino, che attenevasi alla direzione obliqua da sinistra a destra, data al taglio delle pareti addominali, a cagione della obliquità del viscere, affettava pure una direzione fortemente obliqua da sinistra a destra. Oltre a ciò, il taglio dell'utero era caduto in vicinanza del suo bordo sinistro e come questo non bastasse a dar ampia sorgente emorragica, stante le speciali difficoltà incontrate nell'eseguire l'estrazione del feto, colla particolare versione accennatasi, l'angolo superiore della ferita uterina, che aveva dovuto sopportare lo sforzo nella evoluzione ed estrazione fetale, si era squarciato irregolarmente, come apparirà dalla figura del viscere e dalla relativa descrizione.

Fu ventura l'aver pensato e preparato tutto l'occorrente per l'amputazione uterina, perchè certamente la puerpera sarebbe morta lì per lì, senza il suddetto presidio.

(Ore 5, 3). Fattosi tener l'utero perpendicolare all'asse del corpo e tutto fuori della ferita addominale, lo si circondò, in corrispondenza dell'orificio interno, di un grosso filo di ferro montato sul più robusto fra i serranodi attorcigliatori del Cintrat. Praticandosi rapidamente la costrizione, si vidde che il laccio strozzante, non limitato in basso da alcun punto d'arresto, tendeva a far rimontare tutto l'utero al di sopra del cingolo. Temendosi di far peduncolo esclusivo sulla vagina, si appoggiò il filo costrittore sull'ovaia sinistra, che stava ad un livello inferiore della destra (e per l'obliquità sinistra dell'utero e per esser più bassa la parte sinistra del bacino che non la destra), e così si poté trovare un punto di limitazione agli effetti dell'artificiale strozzamento. La siringa in vescica faceva sicuri di non ledere la continuità di quel serbatoio, La resistenza del tessuto uterino, in parte, ed in parte la lassezza di adesione del peritoneo nel cul di sacco vescico-uterino, fecero sì che mano mano che l'ansa costrittrice andavasi impiccolendo, rimontasse il labbro anteriore

dell'utero, senza trascinar seco la porzione di peritoneo che tappezzava il cul di sacco nominato. Questa circostanza fu di molto favore per non interessare nemmeno con molesti stiramenti il il tessuto vescicale.

Quello che succedeva in avanti fra il labbro uterino e la vescica, succedeva al lato destro dell'utero, tra lo stesso e la relativa piega di peritoneo sdoppiata, che costituisce il legamento largo e così nessun stiramento si produsse negli attacchi cellulari e peritoneali uterini a destra. A sinistra non ne potevano succedere, perchè la resistente tessitura ovarica si opponeva all'estendersi da quel lato, in modo soverchio, l'azione costringitrice. All'indietro il filo veniva a strozzare i tessuti in buona direzione trasversale, a qualche centimetro più in alto della piega del Douglas.

Quando l'ansa del serranodo fu ben serrata, ed in qualche secondo appena si ottenne il descritto effetto, il sangue cessò totalmente dal fluire. In allora, datosi di piglio ad una robusta cesoia, con lame alquanto ricurve sul piatto, si escise l'utero sovrastante al laccio, lasciando al moncone, tra il nodo strozzante e la superficie d'amputazione, la lunghezza di due centimetri, e ciò all'intento di assicurare la presa del costringitore. Dopo l'escisione dell'utero, i tessuti del moncone, avendo potuto sgorgarsi dei liquidi che contenevano, si verificò un legger gemizio sanguigno, che subito cessò collo stringere d'alquanto l'ansa del serranodo e coll'attorcigliare per un giro e mezzo il filo strozzante.

Estrattasi la siringa dalla vescica (Ore 5, 6), l'indice della mano destra fu introdotto in vagina, dove, sulla costui guida, venne introdotto un grosso trequarti curvo, da drenaggio, nel mentre che coll'indice della sinistra mano si esplorava il cul di sacco pelvico del peritoneo. Per la direzione obliqua del bacino, la cui parte più bassa era al lato sinistro, il punto più declive del detto cul di sacco era manifestamente da quel lato e quivi, tra il labbro posteriore dell'utero ed il retto intestino, venne

spinto il tre quarti, la cui punta coperta dal dito indice sinistro, venne fatta protrudere dalla ferita addominale. Fissatovi un tubo da drenaggio, di cinque millimetri e mezzo di diametro, venne condotto attraverso il peritoneo e la vagina, ed i capi, l'addominale ed il vaginale, furono tra loro allacciati. Indi si procedette alla pulizia del peritoneo e si estrassero due piccoli grumi di sangue (ore 5, 8).

Eseguendo la pulitura del peduncolo uterino, si trovò una piccola cisti ovarica, del volume di una nocciola, con esilissimo e lungo peduncolo, aderente alla porzione dell'ovaia sinistra, collocata al disotto del punto strozzato. Con un sottilissimo filo di Scozia, legato quel picciuolo, si esportò il piccolo tumore, lasciando perduta quella legatura, i cui capi vennero escisi, in vicinanza del nodo.

La sutura attorcigliata delle pareti addominali venne fatta mercè un robusto e duttilissimo filo d'argento. S'ebbe cura assai di ottenere un affrontamento completo ed abbondante dei margini peritoneali, fiancheggianti l'incisione, ed a ciò si pervenne stirando il peritoneo nel campo della ferita, prima che venisse trafitto dall'ago.

Quattro punti metallici soltanto, bastarono ad ottenere un perfetto affrontamento di tutto lo spessore della ferita addominale. Per applicarli, si adoperarono aghi tubulati a manico ed altri semplicemente fenestrati. Il primo punto (ore 5, 10) si pose all'angolo superiore della ferita, a due centimetri di distanza dal detto angolo ed a tre circa dal secondo punto, che distava pure di tre centimetri dal terzo.

Il quarto punto, distante appena un centimetro dall'angolo inferiore della ferita e tre dal soprastante punto, venne collocato in modo, che senza trafiggere il peduncolo uterino, ne servisse di sostegno. Infatti il picciuolo uterino essendo grosso, al punto strozzato, non meno di 25 millimetri di diametro, ed il posto di infissione dell'ultimo punto, distando appena un centimetro dall'angolo inferiore della ferita, stirando i capi del filo per at-

torcigliarli tra loro e costituire il punto, l'ansa del filo, che stava tra le labbra della ferita, doveva subire una curvatura, colla convessità rivolta all'angolo superiore della ferita e colla concavità all'imbasso, verso l'angolo inferiore ed abbracciante a lettera C il peduncolo uterino, che vi stava davanti.

Siffattamente, oltre il saldare con esattezza all'imbasso la ferita addominale, si ottenne che il moncone fosse ben sostenuto e ben poggiante alle labbra della ferita da cui sporgeva, stando a livello della cute il cingolo strozzante.

Il tubo da drenaggio rimase situato all'indietro del quarto punto ed a ridosso però del moncone uterino.

Terminata la cucitura (ore 5, 17) si recisero i fili esuberanti, si pennellò il moncone uterino con percloruro di ferro.

Indi si procedette alla medicazione (ore 5, 21), attorniano con fila ordinate, la parte sporgente del moncone uterino. Il serranodo, lungo trenta centimetri e del peso di 140 grammi, stava in direzione parallela all'asse del corpo, col calcio fra le coscie della donna. Per tal guisa, poggiando esso sul pube colla sua parte superiore e la parte restante essendo frammezzo le coscie, fungeva come da leva, valevolissima a mantenere al livello voluto il moncone uterino. Perchè il suo punto d'appoggio sul pube non riuscisse molesto, venne colà disposto del filaticcio e ad impedire la deviazione ed i movimenti della lunga asta, che stava all'ingiù, venne il calcio fissato, con striscie di cerotto, alla coscia destra.

Ai lati della ferita addominale si applicarono delle faldelle semplici e fra l'un punto di cucitura e l'altro, come mezzo di ottenere e mantenere un esatto affrontamento della ferita, si applicarono tre lunghe striscie di cerotto unitivo.

Indi (ore 5, 24) si pennellò il ventre della donna con laudano liquido del Sydenham e lo si coprì con morbido cotone cardato. Delle compresse ordinate a piramide, ai lati del ventre ed una ventriera, completarono la medicazione, allorchè la donna fu trasportata colla massima diligenza nel letto del puerperio, stato disposto opportunamente in quello stesso anfiteatro.

L'operata venne distesa supina sul suo letto riscaldato. Un cuscino arrotolato, che passava sotto i popliti, manteneva un leggier grado di flessione degli arti. Si disposero bottiglie con acqua calda alle inferiori estremità, che erano un po' raffreddate.

Alle ore 5, 25 era quindi terminata la medicazione. La durata dell'operazione, dal momento della cloroformizzazione fino alla completa medicazione, fu di minuti 43. Di questi 43 minuti, 9 si impiegarono per ottenere l'anestesia, 19 per l'operazione, 7 per la cucitura ed 8 per la medicazione.

La cloroformizzazione fu mantenuta al massimo grado compatibile colla prudenza, fino a cucitura terminata. I polsi si mantennero buoni durante tutta l'operazione e la donna non avvertì alcuna impressione dolorosa.

Peso e misure del feto.

La creatura estratta, di sesso femminile, sana e ben sviluppata, come si disse, pesava kilog. 3 e 300 grammi. La lunghezza sua totale era di 46 centimetri ed 8 millimetri. La metà inferiore misurava 22 centimetri.

Diametro occipite mentoniero	Cent. 13	Mill. 5
» biparietale	» 9	» 9
» basilare	» 8	» 1
» fronto-mentoniero	» 8	» 6
» occipito-frontale	» 11	» 2
» cervico-bregmatico	» 8	» 8
» cervico-frontale	» 10	» 5
» biacromiale	» 12	» 2
» bitrocanterico	» 9	» 7

Vicende del puerperio.

Alle 5, 30 pom. l'operata ebbe un conato di vomito, senza però rigettare alcuna sostanza. Le si amministra del ghiaccio in

piccoli pezzi, indi una cucchiata di Champagne e qualche minuto appresso un po' di acqua di tutto cedro con alcune gocce di laudano. La donna lamentasi di bruciore e di caldo alla parte inferiore del ventre. Si hanno 92 pulsazioni al minuto alla radiale.

Ore 5, 45. Invito a mangiare. Siringazione, che dà esito ad una quarantina di grammi di orina limpida.

Ore 6, 1½ pom. Lamentando dolori all'addome, le si applica un clistere di infuso di camamilla con laudano.

Ore 6, 1¼. Vomito di sostanze liquide. Un assistente comprime l'addome colle mani, durante gli sforzi del recere. Cucchiata di Champagne.

Ore 7, 1¼. Polsi buoni, calore normale, respiro abbastanza tranquillo. Ghiaccio in pezzetti con quattro gocce di laudano.

Ore 8, 1¼ pom. Cucchiata di ghiaccio con cinque gocce di laudano.

Ore 9, 1½ pom. Siringazione e orina (150 gr.) limpida. Poco scolo sanguinolento dalle estremità del drenaggio. Dolori all'addome persistenti. Clistere laudanizzato.

Ore 11 pom. Vomito di materie liquide. Dolori persistenti. Calore generale in leggier aumento. Polsi regolari. Applicazione di vescica con ghiaccio al basso ventre. Cucchiata di mistura eccitante.

22 maggio, ore 1 ant. Piccolo conato di vomito. Champagne ghiacciato.

Ore 2 ant. Si estraggono 100 grammi di orina limpida. L'operata, lagnandosi per il peso del ghiaccio, le vien tolto, essendo calmati i dolori.

Ore 4, 1½ ant. Vomito di materie liquide. Mistura eccitante.

Ore 6 ant. Siringazione. Orina alquanto colorita, nella quantità di 70 grammi. Polso piccolo, filiforme, con 80 battute al minuto. Si lagna di dolori al basso ventre ed ai lombi ed a calmarli, alle 6 1½ ant. si applica un nuovo clistere di laudano.

Ore 7, 1¼. Vomito di materie liquide. Champagne e ghiaccio.

Ore 7, 1½. Continuando i dolori al basso ventre, si pratica una iniezione ipodermica con mezzo centigrammo di morfina.

Ore 8 ant. Siringazione. Orina (80 gr.) un po' colorita. Temperatura 39°, polsi 90, respiro 28.

Prima medicazione. Si levano le filaccia imbevute di sierosità sanguinolenta. Il ventre è quasi piano, leggermente meteoritico, pochissimo dolente. Si stringe il serranodi, con due giri e mezzo a movimento di attorcigliamento. Si pennella di percloruro il moncone e lo si contorna di filaticcio imbevuto nel percloruro stesso. Il drenaggio ha dato esito a poco liquido sanguinolento. Pennellatura di laudano all'addome, che si copre ancora di soffice cotone e si mantiene serrato colla ventriera.

Dalle 10 alle 11 ant. l'operata si riposa senza dare in alcun lamento. Poco dopo è presa da conati ripetuti di vomito, che cessano comprimendo il ventre con ambo le mani e facendo prendere all'ammalata la solita mistura eccitante con ghiaccio.

Ore 12 mer. Siringazione; orina un po' colorita, nella quantità di grammi 150, temperatura 39°.

Dalle 12 alle 2 pom., l'ammalata è inquieta: lamentasi per dolori al ventre: conserva sempre la posizione supina: ama odorare sostanze eccitanti.

2 pom. Pelle coperta da scarso sudore. Temp. 40°; polso 113; resp. 30.

3, 1½ pom. Vomito di materie liquide.

4 pom. Siringazione, orina limpida (40 grammi).

4, 1½ pom. Si rinnova la medicazione. Il filaticcio che si applica lungo la ferita, si bagna in una soluzione di acido fenico. Si smuove leggermente il drenaggio, dal quale comincia a colare un po' di mucosità. Pennellatura del moncone, con percloruro di ferro. Qualche cucchiajata di brodo.

7 pom. Siringazione. Orina limpida nella quantità di 150 gr. L'ammalata prende con piacere una rossumata collo Champagne. Temp. 39°; polso 99; resp. 28.

9 pom. Si pennella il ventre di laudano, accusando l'operata dolori alla regione ombilicale.

11 pom. Siringazione, 150 grammi d'orina limpida. All'orificio della vagina si presenta e si estrae un grumo di sangue, della grossezza di una mandorla. Temp. 39°; polso 90

23 Maggio 1 ant. Passò due ore inquietamente. Si hanno flatulenze, forti dolori intestinali, con invito a defecare e tenesmo. Siringazione. Altro grumo sanguigno esce dalla vagina.

6, 1½ ant. Siringazione, 30 grammi d'orina chiara. Flatulenza.

7 ant. Medicazione come già si fece prima. Il serranodi non può più esser ristretto. Temp. 39°; polsi 90 Ventre meteorizzato, ma poco dolente alla palpazione. Scolo scarso dal drenaggio.

9 ant. Si amministra un clistere d'infuso di camomilla con due cucchiariate di fiele bovino, per cercare di provocar scarica alvina e rimediare al meteorismo.

9, 1½ ant. Vomito di materie liquide, cenerognole. Pelle sempre madida.

11 ant. Siringazione: orina leggermente rossastra, nella quantità di 120 grammi.

Dalle 12 mer. alle 4 pom. l'operata riposa con calma discreta.

4, 1½ pom. Insorgenza di nuovi dolori intestinali. Si riapplica un clistere con bile, non avendo fatto effetto il primo.

8, 1½ pom. Dolori alla regione inguinale ed iliaca sinistra. Qualche conato di vomito. Tem. 39° 3; polso 112; resp. 29.

9 pom. Medicazione. Lavatura attraverso il drenaggio, con soluzione di solfito di soda. Smovendo il drenaggio cola un liquido rossigno, puzzolente. Trattasi con percloruro di ferro il moncone nerastro, superficialmente essiccato. Le labbra della ferita addominale stanno a perfetto contatto.

10 pom. Si ripete un clistere con bile.

11 pom. Scarica di materie fecali indurite. Fa seguito una perfetta calma.

24 Maggio. 2 ant. A richiesta dell'inferma, si applica un altro clistere che sorte poco effetto. *Le mammelle sono turgide, tese, dolenti* e vengono unte con olio tepido. Si amministrano polverine di calomelano.

8 ant. Medicazione solita. Lavature attraverso il drenaggio, che funziona egregiamente e da cui scola del materiale putrido. Siringazione. Orina rossastra (150 grammi). Temp. 38°; polso 100; resp. 20.

Ore 12 ant. L'operata è quieta. Dorme fino alle 3 pom. Si continua il calomelano. Beve del latte fresco. Le mammelle continuano ad esser tese per latte. Sudore. Polso 100; temp. 37,8; resp. 24.

Siringazione alle 3 ed alle 6 pom. Si concede all'operata di vedere la sua bambina, che sta benissimo.

9, 1¼ pom. Medicazione. Temp. 38°,7; polso 100; resp. 22. Siringazione. Passa la notte benino. Flatulenza.

25 Maggio. Alle 3 ed alle 6 ant. siringazione.

7 ant. Medicazione. Il serranodi è levato con tutta la parte gangrenata del moncone uterino. Ne risulta un infundibolo, profondo tre centimetri e la cui parte più bassa è nerastra, per gli avanzi del moncone gangrenato. Il drenaggio campeggia nell'infundibolo. Si fanno abbondanti schizzettature con acqua fenicata e solfitica. Un cencio di tessuto uterino, in parte gangrenato, ed in parte adeso ai sottoposti tessuti, è assicurato ad un filo di seta e fissato alla parte superiore dell'infundibolo.

Si fanno lavature solfitiche nel canal vaginale.

La pozza lasciata dalla caduta del peduncolo è riempita con filaticcio imbevuto di soluzione fenica.

Il drenaggio conduce all'esterno e dall'alto e dalla vagina, un liquame cinerognolo con strisce nerastre, attribuibili a detriti sanguigni.

Ventre trattabilissimo. L'operata è calma e s'informa di quanto interessa la salute sua.

9 ant. Si prescrivono polveri di cloridrato di chinino. Desiderandolo, si concede all'operata un pantrito. Temp. 37°,7; polso 100; resp. 26.

7 pom. La giornata passò tranquilla. L'operata bevette circa 400 grammi di latte fresco, e qualche po' di rossumata con Cham-

pagne. Fu siringata alla 1 e alle 5 pom., estraendo ogni volta 150 grammi d'urina limpida. Temp. 38°₉; polso 100, resp. 26.

9, 1½ pom. Rinnovasi la medicazione. Poco gemizio dal drenaggio. Suppurazione fetente dall'infundibolo. Lavacri ed iniezioni detersive.

Si ha un edema leggiero del pudendo esterno e segni di vaginite e vulvite acuta.

Si continua ad amministrare il chinino.

Per la prima volta e coi debiti riguardi, si cambia di letto l'inferma.

Colla siringazione si estraggono 140 grammi di urina limpida.

Durante la successiva notte non si ebbero dolori, ed un placido sonno di tre ore ristorò le forze dell'operata. Essa bevette e digerì del latte fresco. Temp. 38°₁; polso 104; resp. 23.

26 *Maggio*, ore 7, 1½ ant. Medicazione consueta. Suppurazione di buona qualità. L'infundibolo va restringendosi. Diminuito l'edema vaginale e vulvare. Ventre piano, trattabile.

Chinino, lavature detersive. Caffè e latte. Temp. 38°₁; polso 96; resp. 22.

9 ant. Qualche dolore alla parte inferiore dell'addome. Clistere di camomilla ed olio d'ulivo. Scarica di ventosità con sollievo dell'ammalata. Pantrito. Chinino.

7 pom. Dolori vivi alla regione sovra-pubica ed ai genitali. Embrocazioni laudanizzate. Temp. 38°₉; polso 93; resp. 24.

9, 1½ pom. La vulvo-vaginite si è accresciuta. Vedonsi assai gonfi e sono dolenti i follicoli mucosi. Il dolore sovra-pubico persiste. Si nota una leggiera tensione dei tessuti, che vi corrispondono e perciò si rallenta il punto di cucitura inferiore, lasciando però in posto il filo d'argento rispettivo. Sollevando l'inferma per cambiarla di letto e per pulirla, si osserva una incipiente piaga da decubito alla parte media e laterale destra del sacro. Temp. 38°₂; polso 96; resp. 24.

27 *Maggio*, 1, 1½ ant. La donna si lamenta per forti dolori

a tutto il ventre. Colla siringazione si diè esito ad una grande quantità d'orina acquosa.

Polvere di chinino. Iniezione sottocutanea di morfina, indi sonno placido con abbondante sudore.

7 ant. Dolori al basso ventre, verso sinistra. Clistere. Temperatura 38°,8; polso 108; resp. 26.

Medicazione. Mediante pinza a torsione si leva il filo metallico del punto inferiore. Una piccola parte di esso però, impigliata in fimbrie di tessuto resistente, non fu possibile estrarla. Vengono rimossi anche i due punti di mezzo, lasciando in posto soltanto il superiore. Dal tramite dei fili sorte una piccola quantità di marcia cremosa, che esce pure da alcuni forellini lungo la ferita addominale.

Il drenaggio dà uscita a liquido puriforme, in discreta copia.

Mammelle sempre turgide di latte e dolenti.

Si prescrivono 12 grammi di olio di ricini, ed 8 grammi di olio di mandorle dolci. Ventre trattabile in alto, dolente e teso alla regione iliaca sinistra.

9 ant. Giudicandosi l'intasamento alla regione inguinale ed iliaca sinistra, una minaccia di flemmone del legamento largo corrispondente, giudizio appoggiato oltrechè dalla sintomatologia sua propria, anche dall'edema prevalente a sinistra e pel canal vaginale, e per i genitali esterni, si applicano 6 sanguisughe alla regione inguinale dolente. Si lascia colare abbondantemente il sangue, tollerandone assai bene la perdita la paziente

1 pom. Si pratica un'unzione mercuriale con estratto di beladonna al quadrante inferior sinistro dell'addome.

In seguito a tali presidii, la puerpera si calma di molto e può anche dormire. Continuano, e massime durante il sonno, i sudori profusi. Le si dà a bere del brodo di pollo, molto concentrato. Ad ogni siringazione, si estrassero circa 120 grammi di orina limpida.

Applicazione di un clistere con camomilla ed olio d'uliva. Polvere di cloridrato di chinino.

7 pom. Altro clistere. L'ammalata si lamenta di dolori al sacro, dove l'escara da decubito va allargandosi ed assumendo un aspetto gangrenoso. Si tratta questa parte con aceto di vino. Temp. 39°,4; polso 120; resp. 28.

9 pom. Si ripete la consueta medicazione, evitando di smuovere il drenaggio e di iniettare nel di lui canale la soluzione di solfito di soda.

I dolori alla regione inguinale sono scomparsi.

Scarica abbondante di materie fecali indurite.

Polvere di cloridrato di chinino. Temp. 38°,7; polso 104; resp. 24.

11 pom. Altra scarica alvina. Durante la notte è tormentata da dolori vaghi al ventre, il quale è però molle e trattabile. Sudore abbondante.

28 Maggio. 2 ant. Altra scarica alvina di materie sciolte.

6 1½ ant. Medicazione solita. Si leva l'unico punto residuante all'angolo superiore della ferita. Esce marcia di buona qualità dal suo tragitto, e dal mezzo di quel tratto di ferita, che teneva avvicinato.

Diminuito l'edema vaginale e vulvare. L'appendice cutanea del gran labbro sinistro, che si era fatta tesa, tumida e minacciante gangrena, si è disenfata. Polverina di cloridrato di chinino. Brodo, latte, rossumate. Temp. 39°; polso 100; resp. 23.

10 ant. Polv. di chinino.

12 ant. Si rinnova la medicazione: poco pus e di buona qualità.

4 1½ pom. La donna succhia con piacere della carne ai ferri e beve del Bordeaux. Flatulenza. Temp. 39°; polso 100.

9 pom. Medicazione solita. Tutto l'infundibolo, assai ristretto è rosseggiante di buone granulazioni. I punti suppuranti della ferita si sono ristretti molto. Temp. 39°; polso 104; resp. 24.

Bisolfato di chinino in acqua. Bordeaux.

Passa la notte benissimo. La donna emette spontaneamente circa 150 grammi d'orina. Fu questa, dell'orinare da sola, una

emergenza, che poteva avere serie conseguenze, poichè per la via del drenaggio l'orina avrebbe potuto penetrare nel tragitto addominale, ed accendervi una grave o mortale reazione. Per fortuna, non si ebbe a lamentare alcun guaio e tutto finì col raccomandare calorosamente alla donna di non più cadere in tale errore, che potevale esser fatale.

29 Maggio, 7 1/2 ant. *Le mammelle si mantengono dure e dolenti, lasciano fluire molto latte.* Si ungono d'olio e si coprono con ovatta.

Si ripete la usuale medicazione. Dalla ferita e dall'infundibolo si ha poco pus e di buona qualità. Si distacca un avanzo di peduncolo gangrenato. Poco scolo muco-purulento dalla vagina e dai capi del drenaggio.

Carni arrostitite da succhiare. Bordeaux, latte, brodo.

Soluzione di chinino. Temp. 38°,4; polso 100; resp. 22.

La piaga da decubito va estendendosi. La si ricopre con polvere di china, previa lavatura con aceto.

2 e 6 pom. Medicazione solita. Suppurazione scarsa. Temperatura 38°,5; polso 100; resp. 22.

9 pom. Medicazione solita. Suppurazione discreta. Lavatura e schizzettature del drenaggio e della vagina. Bottoni carnei vestono e restringono l'infundibolo.

Non tollerando la soluzione, si amministra il chinino in polvere. Temp. 38°,5.

30 Maggio, 7 1/2 ant. Passò la notte bene. Medicazione ordinaria. L'escara da decubito ha invaso, oltrechè la parte destra e media del sacro, anche la natica destra per tutta la estensione della spina iliaca posteriore superiore.

Dal punto gangrenato esala una puzza nauseabonda, e toccando l'escara, la si sente disgiunta dai tessuti sottoposti. Si fa un abbondante lavatura con permanganato di potassa, indi si cosperge la parte mortificata con polvere di china e si dispone un soffice strato di ovatta, nel punto in cui s'adagia il bacino, dovendo pure la donna restare in posizione orizzontale per la condizione del ventre.

Porro.

4

La ferita e l'infundibolo procedono bene.

Mammelle ancora discretamente tese e gementi latte.

Limonata con un grammo d'acido cloridrico.

Nella giornata fu calma, dormì, bevette Bordeaux e brodo, e masticò del vitello lessato. Temp. 38°,9; polso 100; resp. 24.

Alle 2 pom., si rinnova la medicazione del ventre e del sacro. Suppurazione abbondante e fetente. Temp. 39°,4; polso 104; resp. 24.

9 1½ pom. Al drenaggio in posto, di sei millimetri di diametro, se ne sostituisce uno del diametro di 4 millimetri. Solita medicazione solfittica e fenica pel ventre, col permanganato di potassa e la polvere di china pel decubito.

Due grammi di chinino in soluzione: vino Bordeaux, una bottiglia nelle 24 ore. Temp. 39°,4; polso 104; resp. 24.

(Si noti che tutti i giorni la donna veniva cambiata di letto e spesse volte lo era due volte al giorno).

31 Maggio, 7 1½ ant. Passò la notte dormendo, epperò imbalordita dal chinino e sudando assai.

Si ha tenesmo vescicale e colla siringazione si evacua una orina torbida, ricca di sedimento. Il dott. Parona, assistente alla Clinica Medica, esaminò la suddetta orina e trovò quanto segue. Trattata con acido acetico e lasciata riposare in vaso conico, dà abbondante precipitato gialliccio. Al microscopio, il precipitato trovasi costituito per la maggior parte: a) da cellule bianche, granulose, polinucleate, grandi quanto i globuli bianchi del sangue (globi di pus). b) Da cellule bianche, più grosse delle precedenti, a nucleo ben distinto (globuli mucosi) assai scarsi rispetto alle suddescritte. c) Da cellule epiteliali scarse in numero, rotonde, ovali, isolate ed a gruppi. d) Da cellule epiteliali, pavimentose, isolate, granulose come le altre. e) Da sfere visibili solo pel loro contorno, talora regolare, tal'altra no, grandi come i globuli rossi sanguigni (globuli rossi deperiti del sangue). f) Da zolle di pigmento color giallo cera (sanguigno). g) Ammassi di infusori. h) Scarse gocce adipose (olio per cateterismo).

L'orina trattata col calice ad acido nitrico, dà un abbondante precipitato bianco, fiocoso, di albumina.

Medicazione solita. La piaga da decubito si è fatta più larga ed è circondata da un alone rosso. La si medica con filaticcio imbevuto di aceto forte.

Due grammi di chinino in soluzione. Una bottiglia di Bordeaux. Nutrizione solita. Temp. 38°,4; polso 88; resp. 23.

9 ant. Defecazione dopo dolori vivi di ventre. Le materie cacciate sono nere, dure, resistenti, e la loro espulsione costò molti sforzi, sebbene si applicassero clisteri mollitivi.

2 pom. Medicazione. Si leva parte dell'escara gangrenosa al sacro, e scopresi la piaga molto estesa e profonda fino a ridosso dei legamenti sacrali, che appariscono nella loro bianchezza. Temp. 38°,4.

6 pom. L'ammalata è debole, balorda. Temp. 38°,2; polso 84; resp. 23.

9 pom. Medicazione. Suppurazione scarsa; poco o nulla cola dal drenaggio e dalla vagina. Si toglie quanto si può della porzione di filo d'argento rimasto inzeccato ed uncinato nei tessuti, che contornano l'infundibolo. La parte rimasta nei tessuti non può aver lunghezza maggiore di cinque millimetri e non si poté più estrarre, nè vedere in seguito. Non portò alcun disturbo alla donna nemmeno in appresso. Temp. 38°; polso 83; resp. 24.

1° Giugno, 7 1/2 ant. Medicazione. L'orina estratta col catetere è meno torbida: non dà più tracce di albumina al calore ed all'acido nitrico. Diminuito il tenesmo vescicale. Uscì colle urine un piccolo cencio di mucosa mortificata.

La suppurazione della ferita è scarsa e di buona indole. Un grammo di chinino. Vino, pollo, pantriti, brodi. Temp. 38°; polso 70; resp. 23.

Durante la giornata non chiude occhio, è inquieta. Verso le 3 pom. accusa dolori vaghi agli arti inferiori, vampe di calore al viso, qualche brivido alla region dorsale, sete viva, lingua secca. Mammelle poco tese, epperò ancora gementi latte. Ventre trattabilissimo, molle, piano.

5 pom. Orina carica ed oscura, non albuminosa. Temp. 39°₉; polso 180; resp. 32.

6, 1½ pom. L'ammalata è sommamente prostrata tanto nel fisico che nel morale. Temp. 40°₄; polso 108; resp. 40.

7 pom. Soluzione di chinino (2 grammi) da prendersi in tre volte durante la notte. Medicazione solita. Piaga detersa. Spasmo uretrale, tenesmo vescicale. Temp. 40°₃; polso 110; resp. 38.

9 pom. Scarica alvina, poltacea.

2 *Giugno*. L'ammalata fu molto inquieta nella notte, durante la quale fuvvi un violento temporale. Ha senso di strozzamento alla gola, che dalla paziente vorrebbe accagionare ai lombrici.

4 ant. Vomito causato dall'ingestione del chinino.

7, 1½ ant. Colla siringazione si ottiene un'urina chiara, nella quantità di circa 200 grammi. Solita medicazione. Ventre trattabile. Con una striscia di cerotto si ottiene un maggior avvicinamento delle labbra dell'infundibolo. Chinino. Bordeaux, brodi, rossumate. 39°₄; polso 96; resp. 30.

2 pom. Maggior calma. Temp. 38°₇; polso 88, resp. 23.

6, 1½ pom. Medicazione. Si sta eliminando l'escara da decubito. Sebben diminuita, persiste la secrezione lattea. Temp. 39°; polso 96; resp. 28.

3 *Giugno*. Passò dormendo e tranquillamente la notte.

7, 1½ ant. Medicazione. Ferita di bellissimo aspetto. L'infundibolo si è ristretto: rigogliose le granulazioni. Distacco totale dell'escara da decubito: la piaga residuante è lurida. Si lava con permanganato di potassa, e si medica coll'aceto. Leggera eruzione miliarosa. Persistendo lo spasmo uretro-vescicale, si fa un'irrigazione d'acqua tepida in vescica, con siringa a doppia corrente. Temp. 38°₈; polso 88; resp. 26.

Chinino. Bordeaux, caffè all'ovo, pantrito.

Nella giornata ebbe due scariche di materie sciolte contenenti un lombrico. Temp. 38°₆; polso 80; resp. 22.

9, 1½ pom. Medicazione solita. Altra irrigazione vescicale, che portò sollievo. Staccansi alcuni cenci di tessuto gangrenato

dall'infundibolo. Orina limpida. Morale buono. Temp. 38°,7; polso 96; resp. 22.

4 *Giugno*. Passò benissimo la notte, e dormì quasi sempre, sudando scarsamente. Medicazione alle 6 ant. La piaga da decubito si è detersa ed è sensibile all'aceto. Scarsa secrezione lattea. Lingua umida, netta. Temp. 38°; polso 80; resp. 22.

Durante il giorno si amministra chinino, Bordeaux, rossumate, brodo, pantrito. Temp. 38°,4; polso 92; resp. 24.

5 *Giugno*, 7 ant. Andamento regolare. La ferita addominale è quasi cicatrizzata. Si leva il tubo da drenaggio applicato, per sostituirvene un altro del diametro di 2 millimetri e mezzo. Pochissima la marcia, che scola dalla parte inferiore del tubo. Ventre indolente affatto. Mammelle ancora secernenti. Lingua pulita. Poca miliare. Piaga da decubito ancora vasta e si medica come di consueto.

Chinino, Bordeaux (sempre una bottiglia e più al giorno), rossumata, brodo. Temp. 38°; polso 80; resp. 24.

2 pom. Medicazione. Temp. 38°,5.

9. pom. Medicazione. Cominciando a granulare la piaga da decubito ed essendo molto sensibile, si medica con unguento semplice, previa lavatura con permanganato. Temp. 39°; polso 92; resp. 24.

6 *Giugno*, 7 ant. Non colando più marcie dal drenaggio, lo si leva immettendo nel tragitto, per ogni eventualità, un doppio filo di seta. Solita medicazione e siringazione. Chinino, Bordeaux, brodo, pantrito. Passa tranquillamente la giornata. Temp. 38°; polso 80; resp. 23.

9 pom. Pochissima marcia dalla ferita. Migliorata la piaga da decubito. Temp. 38°,4; polso 92; resp. 25.

7 *Giugno*, 7 ant. Notte tranquillissima. Non uscendo più che pochissime gocce di marcia dell'infundibolo piccolissimo, si leva anche il doppio filo. Ventre basso, indolente. Piaga da decubito stazionaria. Da oggi in avanti la donna urina senza esser siringata.

Chinino, Bordeaux, nutrizione solita. Temp. 38°; polso 88; resp. 22.

2 pom. Vomita il chinino. Temp. 37°,2.

8 *Giugno*, 7 ant. Si rialza sempre più il fondo dell'angolo inferiore della ferita addominale, i cui margini si mantengono artificialmente depressi ed avvicinati, mercè alcune striscie di cerotto. Decubito stazionario. Poco latte nelle mammelle. Ventre un po' teso, ma indolente. Alvo chiuso da due giorni. Si amministra un citrato di magnesia, che provoca due scariche ed alcuni tormini intestinali. Temp. 37°,3; polso 78. Alla sera temperatura 37°,8; polso 92; resp. 24.

9 *Giugno*. Dormì tranquillamente tutta la notte, ad eccezione di alcuni istanti impiegati a depor l'alvo.

Si fanno tre medicazioni al giorno della piaguccia addominale e del decubito, dal cui fondo legamentoso cominciano a germogliare buone granulazioni. Temp. 37°,1; polso 72; resp. 24.

Chinino, Bordeaux, brodo e pantrito.

Sul terminare d'ogni emissione d'urina, la puerpera accusa spasmo uretrale. Si fanno lavature tiepide in vagina, dalla quale esce un po' di muco biancastro.

9, 1½ pom. Stato generale assai buono. Temp. 38°,6; polso 96; resp. 24.

10 *Giugno*. Riposò quietamente nella notte. Tutto procede regolarmente. Bordeaux, chinino, carne da masticare, brodi, ecc. Temp. 37°; polso 80; resp. 20 al mattino. Alla sera temp. 37°,6; polso 90; resp. 24.

11 *Giugno*. Solite medicazioni. Insorge un dolore, abbastanza vivo, alla coscia e gamba sinistra, nel lato interno, per linfangioite. Si spalmano le dette località di unguento mercuriale con estratto di belladonna e cicuta, e si coprono con un cataplasma di pane. Chinino, Bordeaux, nutrizione. Temp. 37°; polso 80; resp. 23 al mattino. Alla sera temp. 38°,6.

12 *Giugno*. Diminuito il dolore alla coscia e gamba sinistra. Sentonsi ancora i linfatici ingrossati, duri e sono dolenti alla

pressione. Si ripete l'unzione ed il cataplasma. Temp. 37°,4; polso 80; resp. 20.

Citrato di magnesia. Brodo, pantriti, Bordeaux. Sera temperatura 38°,1.

13 *Giugno*, 7 ant. Accusa un dolore alla parte lateral sinistra superiore del torace, che va mano mano esacerbandosi. All'ascoltazione si sente uno sfregamento pleurico. Si applicano due senapismi al luogo dolente. Condizione della coscia assai migliorata. Bene la piaguccia addominale ed il decubito. Pochissimo latte nelle mammelle. Lingua sporca. Alvo chiusa. Clistere con miele. Polverine effervescenti, unzione, cataplasma. Temp. 37°,4; polso 70; resp. 20.

9, 1½ pom. Tem. 39°,5; polso 116; resp. 28. Il dolore al costato è molesto. Si amministra la soluzione di chinino, che in parte è rigettato alle 2 di notte.

14 *Giugno*, 7 ant. L'inferma dormi, ma con un sonno molto inquieto, sudando profusamente. Accusa estrema debolezza. Nella notte, mercè l'applicazione di due clisteri, ebbe due scariche di materie nerastre, solide. Il dolore al costato è quasi scomparso. Bene il decubito e la piaguccia addominale. Temp. 37°,5; polso 100; resp. 24.

Chinino, Bordeaux, nutrizione liquida.

9 pom. Migliorata assai la linfangioite; si tralascia il cataplasma. Temp. 38°,7.

15 *Giugno*. Cessato il dolore pleuritico. La piaga addominale è ridotta ad un piccolo punto, che non dà quasi secrezione. Viene cauterizzata col nitrato d'argento. Il decubito si lava col permanganato e si medica coll'unguento semplice. Linfangioite in diminuzione. Temp. 37°,4; polso 80; resp. 20 al mattino. Alla sera temp. 38°,5; polso 85; resp. 22.

16 *Giugno*. Si tralascia di mettere l'ovatta sul ventre e non si applica la ventriera, solo medicando la soluzione di continuità dell'addome con listerelle di cerotto. Chinino, Bordeaux, carne e brodo. Temperatura media 37°,5.

17 *Giugno*. Notti tranquille. Solite medicazioni. La cicatrice addominale ha ora la lunghezza di 6 centimetri e 6 millimetri.

Chinino, Bordeaux, nutrizione più abbondante. Temp. 37° mattina. Sera 38°,2.

18 *Giugno*. Una sola listerella di cerotto, con poco flaticcio, formano la medicazione addominale. La piaga da decubito si restringe lentamente. Le granulazioni si partono abbastanza abbondanti dal contorno della piaga, e non dal fondo legamentoso. I cordoni linfatici sonosi impiccioliti. La donna giace ora su questo, ora su quel fianco. Scariche regolari.

Chinino, Bordeaux, carne due volte al giorno. Temp. 38°; polso 80; resp. 22.

19, 20 *Giugno*. Tutto procede regolarmente. Temperatura media 37° 1/2.

21 *Giugno*. Idem. Acqua ferruginosa, buona nutrizione, Bordeaux, sempre nella dose di una bottiglia e più al giorno. Temperatura 37°.

22, 23 *Giugno*. Decubito ristretto assai. Apiressia, appetito, digestioni facili. Dalle 12 e mezza ant., alle 2 e mezza pom. del giorno 23 l'operata si alzò e dopo venne presa da leggiero deliquio. Un sonno ristoratore fece seguito a codesto piccolo accidente.

24, 25, 26 *Giugno*. Si alza sempre per un periodo maggiormente lungo. Migliora la piaga da decubito e quella addominale, sebbene ridotta ad un piccolissimo punto, è ancora beante.

Latte scomparso. Apiressia.

27 *Giugno*. Senza causa palese, nelle ore vespertine il calore sale a 38°,9. Si applica un clistere per evacuare l'intestino.

28 *Giugno*. Notte buona. Temp. 37°,3. Essendovi costipazione dell'alvo si amministra un citrato di magnesia. Verso sera il calore si eleva a 38°,7. Inappetenza, svogliatezza. Stipsi persistente. Due clisteri con miele, che provocano evacuazione.

29, 30 *Giugno*. Si alza tutti i giorni, mangia poco ed il calore serale è sempre in aumento. La piccola piaga addominale

è diventata pressochè invisibile. Ristretta assai la piaga da decubito. Ventre indolente. Esplorazione vaginale non causante dolore. Stanchezza e svogliatezza persistenti.

Attribuendosi questo stato d'atonìa della donna, più ad effetto dell'aria pesante ed alquanto paludosa di Pavia, ed alle influenze perniciose della Clinica e dell'Ospedale, viene l'operata il giorno 1° Luglio condotta a Milano, e là collocata nella Casa di Salute. Il viaggio non arrecò danno di sorta alla donna, che trovavasi nel quarantesimo giorno dal parto.

Si verificò l'aumento serale di temperatura per soli due giorni e poi il calore rimase sempre normale. Tornò prontamente l'appetito, la lena, il buon umore.

La piaga da decubito e quella addominale si chiusero perfettamente in una diecina di giorni. Si praticarono, per pulizia, dei bagni generali tepidi. Le forze ritornarono completamente, e la nutrizione dell'organismo andò sempre più avvantaggiando. Si continuò lungamente una cura tonico ricostituente, con chinino e ferro dappprincipio, poi con solo ferro.

Nel camminare, nel correre, nel saltare e scendere rapidamente le scale, la donna non provò mai alcun dolore, alcuna molestia all'addome. Alla metà di Luglio ed alla metà di Agosto, epoche che avrebbero dovuto essere mestruali (tenuto calcolo delle ultime mestruazioni avutesi prima della gravidanza), la Cavallini presentò un curioso fenomeno. Ebbe un senso di piechezza nel bacino, qualche stiramento doloroso lombare ed inguinale, edema della cicatrice addominale, molto sentito nella parte inferiore. Là poi dove aveva corrisposto il peduncolo uterino, il tessuto cicatriziale si elevò, si fece lucente, teso, dolente e si aperse lasciando fluire per quattro giorni circa alcune gocce di un liquido limpido, filante, gommoso. Nessuna molestia consensuale alle mammelle. Trascorsi codesti giorni, la cicatrice si disenfìò, si ottenne la chiusura del cratere apertosi e cessarono le noje pelviche accennate. Nel Settembre non si verificò l'annunziato fenomeno.

Ora, 18 Ottobre, passati quattro mesi e mezzo dall'operazione, la donna trovasi in condizioni sì floride di salute e di nutrizione, com'essa mai non ebbe a fruire negli anni scorsi. Tutte le funzioni sue, eccetto quelle utero-ovariche, si compiono colla massima regolarità. È gaja, anzi eccessivamente verbosa ed espansiva. Il colorito è sano. Le mammelle ben sviluppate ed abbastanza sode. Può camminare lungamente, senza sentirne danno.

Il ventre, causa l'insellatura lombare della spina dorsale, è ancora molto prominente, quasi come suol esserlo a sette mesi di gravidanza. A rendere voluminoso l'addome, contribuisce anche lo spessore grande delle sue pareti, per adiposità. La circonferenza addominale, che a termine di gravidanza era di 90 centimetri, a livello dell'ombilico, ora è di 70 centimetri. La circonferenza pelvica è di 78 centimetri, mentre in gravidanza era di 74. Questo valga a dimostrare l'aumento di nutrizione. È a lamentare di non aver pesato la donna, a termine di gravidanza, e subito dopo la guarigione, per non poter mettere a confronto quelle cifre con quella che si avrebbe ottenuto attualmente.

Non si creda poi che il volume del ventre, possa esser aumentato ora da sfiancamento della linea alba o della cicatrice, poichè pigiando colle mani la parete ventrale, se ne sente la perfetta continuità ed uniforme resistenza, tranne nel tragitto cicatriziale, dove i tessuti sono più stipati ed a tal segno da esser introflessi, per la retrazione e solidità della cicatrice. E di quanto s'espone, il lettore potrà farsi un'idea, osservando le fotografie della donna, che si uniscono a codesta relazione.

La solcatura che fa la cicatrice addominale, è lunga 8 centimetri e mezzo, mentre a guarigione quasi ottenuta, la lunghezza della cicatrice era di 66 millimetri. Anche questo segno valga a dimostrare il grado maggiore di nutrizione attuale. L'estremità superiore della cicatrice dista dall'ombilico 45 millimetri e l'inferiore è lontana 30 millimetri dal pube. Distanze codeste, che sommate colla lunghezza della cicatrice, danno un

totale di 16 centimetri, da mettersi a confronto, per constatare ancora la buona nutrizione attuale, coi 19 centimetri, che a termine di gravidanza intercorrevano dal pube all'ombilico.

Per quanto si palpi la regione ipogastrica, non si scorgono tumescenze, nè si suscitano dolori. A livello dell'angolo inferiore della ferita ed in linea orizzontale, sentonsi due cordoni tesi, probabilmente avanzi di legamenti larghi, che nel mezzo terminano per confondersi con un fascio consistente, il quale prolungasi all'imbasso (moncone uterino).

La donna è e fu sempre restia alle esplorazioni vaginali, per una iperestesia di quel canale. Visitata però più volte, per constatare la condizione interna delle parti molli, dopo la subita operazione, non si trovò mai una differenza rimarchevole tra le dette parti da quello che di solito presentano in istato normale. Nei primi giorni dopo il parto cesareo, fatta astrazione dalla vulvo-vaginite e dalla leggiera cellulite pelvica a sinistra, il canal vaginale sentivasi imbutiforme nella sua parte superiore. Il labbro posteriore dell'utero sporgeva per la lunghezza di sei ad otto millimetri e non lo si trovava gran fatto elevato. Ora questa forma d'imbuto è scomparsa per lasciar luogo ad un canal vaginale che non si differenzia per nulla da uno normale. È molle, cedevole, umettato da tenue mucosità, indolente di colorito roseo. All'altezza dello stretto superiore trovasi un'eminenza mammellonare, costituita dalla sporgenza che fa il collo dell'utero nella vagina. Il collo dell'utero però è in questo caso formato esclusivamente dal labbro posteriore, al davanti del quale la mucosa vaginale ripiegata a semicerchio, viene a reintegrare la forma del collo dell'utero normale. Per tal modo, l'esplorazione collo speculum non riesce a scoprire il vero stato delle cose, e chiunque, io credo, non avvertito di quanto è successo in quella donna, esaminando col solo speculum non potrebbe giudicare esattamente. Solo l'esplorazione digitale, facendo sentire la differenza di consistenza tra la vera parte residuante di collo uterino, all'indietro, e la flaccidezza del pseudo-labbro anteriore, può far persuasi di quanto fu esposto.

Congiungendo poi la palpazione addominale alla vaginale esplorazione, il moncone uterino, costituito da una colonna di tessuto piuttosto sodo, può esser convenientemente apprezzato e giudicato della probabile lunghezza di tre centimetri. La pigiatura del moncone, tra la mano palpante ed il dito esplorante, non suscita dolore. Il moncone gode di movimenti di lateralità marcatissimi, onde è forza arguire che le sue adesioni colla cicatrice addominale sono assai lasse.

Non si riesce o scoprire l'avanzo dell'ovaja sinistra attorno al moncone.

La donna ha defecazioni normali e regolari pure sono le emissioni delle urine.

Lo stato di cose suddescritte venne riscontrato dal sig. dottor cav. Gherini, dal prof. Albini, dal prof. Liebman e dai dottori Mascazzini, Tirinanzi e Spreafico, addetti alla Casa di Salute, non che da altri molti, che ebbero il desiderio e la compiacenza di vedere e visitare la donna.

L'operata quindi, non solo è guarita di una guarigione compatibile colla vita, ma vive e promette di campare una vita sana, robusta, priva di molti di quegli incomodi proprii di chi ha subito una mutilazione di una parte importante del corpo. Essa può e devesi considerare in perfetta salute.

La di lei bambina, consegnata ad una robusta nutrice dei sobborghi di Pavia, continua a vivere ed a prosperare.

Per ambedue gli individui, l'operazione ha quindi ottenuto un pieno successo e l'ostetricia ha conseguito un completo trionfo.

Prima di passare alle considerazioni promesse e volute, sull'intrapreso procedimento operatorio, daremo una breve descrizione delle parti amputate, che si conservano nell'alcool e che figureranno nella raccolta anatomo-ostetrica, annessa alla Regia Scuola e Clinica ostetrica dell'Università di Pavia.

Il peso dell'utero è di 640 grammi.

Sebbene molti autori assegnino un peso medio, molto superiore all'enunciato, come proprio dell'utero appena svuotato del prodotto del concepimento, a maturanza assoluta, pure io farò notare come da essi non si faccia distinzione di utero di primipara e di quello di multipara. La nostra donna essendo primipara, è ovvio che in essa concorrevano tutte le circostanze per le quali l'utero dopo il parto resta assai più piccolo che un utero di donna multipara. A ciò s'aggiunga, che essendo stato aperto e pigiato, l'utero si svuotò completamente del contenuto liquido delle sue pareti, il che veniva a togliergli un gran fattore di quel peso, che invece avrà contribuito a mantenere negli uteri stati pesati in circostanze diverse dalle accennate. È a considerarsi ancora che quivi una porzione di tessuto uterino strozzato, erasi lasciata adesa al moncone vitale, per il che possiamo valutare almeno un peso di una sessantina di grammi, che si sottrasse al responso della bilancia.

L'aspetto dell'utero è quale noi lo vediamo nella puerpera, morta poche ore dopo il parto. Il peritoneo che lo ricopre è assai raggrinzato, specialmente nella superficie anteriore e sul fondo. Le grinze peritoneali alla superficie anteriore hanno una direzione verticale nella parte mediana e sono trasversali ai lati. Al fondo sono tutte trasversali ed incurvate come la volta, che ricoprono. Posteriormente, sebbene scarse, hanno la stessa disposizione che alla superficie anteriore. Da ciò si può arguire il meccanismo contrattile della matrice, la disposizione principale dei fasci muscolari. Alla parete anteriore si scorge l'incisione praticata per l'estrazione del feto. L'estremità superiore si estende fino in vicinanza del bordo sinistro, a distanza di cinque centimetri dall'inserzione dei legamenti larghi. Nel margine destro della ferita, lungo 7 centimetri, si nota superiormente, pel tratto di 3 centimetri, una lacerazione di tessuto, dovuta allo sforzo d'estrazione, che venne a cader tutto su codesto punto. Per tal modo la ferita assume un aspetto irregolare, come è facile scor-

gere dalle figure rispettive. Il bordo sinistro della ferita è regolare e lungo 5 centimetri, e scende verticalmente, mentre l'opposto margine si dirige a destra.

In queste soluzioni artificiali ed accidentali di continuità, si vedono beanti dei larghissimi seni uterini e dei vasi arteriosi e venosi.

La lunghezza della parete anteriore dell'utero è di 15 centimetri. Forma parte di questa parete anche il labbro anteriore.

La parete posteriore è lunga centim. 13.1; la superficie d'amputazione è a livello dell'orificio interno.

La massima larghezza dell'utero è di 11 centimetri e mezzo.

Al lato destro dell'utero, sta adesa tutta l'ovaja colla rispettiva tromba faloppiana e porzione del legamento rotondo.

A sinistra invece si ha soltanto il legamento utero-ovarico con piccola porzione di ovaja, che tutt' assieme danno la lunghezza di tre centimetri, mentre l'ovaja destra, col rispettivo legamento utero-ovarico, dà la lunghezza di sei centim. e mezzo.

Dei tre centimetri e mezzo di porzione ovarica mancante a sinistra, almeno due centimetri formavano parte del moncone strozzato ed uno e mezzo soltanto doveva esser rimasto attaccato al moncone vitale. Probabilmente anche questa porzioncina sarà stata eliminata colla suppurazione o si sarà incapsulata nei tessuti di nuova formazione e quindi resa impotente a compier la sua funzione ed a recar danni alla donna, danni lamentati dal Péan, quando lasciò un'ovaja in posto, dopo un'amputazione uterina.

A sinistra si ha anche a notare, che soltanto cinque centimetri di tuba faloppiana sono aderenti all'utero e che il legamento rotondo vi figura per la lunghezza di tre centimetri appena.

La lunghezza della cavità dell'utero, misurata dal fondo al bordo dell'orificio interno, è di 11 centimetri, per cui lo spessore del fondo è di soli 21 millimetri, essendo centim. 13.1, la lunghezza della parete posteriore, misurata all'esterno. Il punto d'attacco della placenta è al fondo.

Nella cavità uterina si scorgono lacinie di membrane, di cui alcune sono aderentissime alla sostanza uterina, massime verso il collo. Tale circostanza da sola poteva esser causa di inerzia consecutiva della matrice, di imputridimento dei lochi, di infezione setticemica, quando la matrice fosse stata conservata. Non si creda possibile evitare codesti residui nella cavità uterina dopo il taglio cesareo, perchè quivi non potendo esser metodica l'estrazione delle membrane, se sono fragili ed aderenti, non si potrà di certo rintracciarne tutti i lembi trattenuti.

Le adesioni tenaci, fibrillari delle membrane al contorno dell'orificio interno, danno spiegazione del perchè, anche a sacco normale per resistenza, possa avvenire lo scolo anticipato delle acque.

Se l'utero si contrae, dolorosamente o no, a termine di gravidanza od in principio di parto, quando vi sono adesioni del sacco all'interno della parete uterina, in qualche punto dove succeder deve un contrasto di forze per il modo di agire delle fibre muscolari (contrazioni parziali) o per corrispondere le adesioni all'orificio interno, si capisce comé debba succedere precocemente la rottura del sacco. Si avrà per questa ragione l'apertura in basso od in alto a seconda del punto, in cui le membrane saranno state rotte.

Colle due fotografie, rappresentanti l'utero, veduto dalla superficie anteriore e dalla posteriore, figura altresì lo strumento del Cintrat, adoperato per fare la costrizione del peduncolo uterino e per tenerlo fissato alla parete addominale. All'estremità strozzante del serranodo si vede l'ansa costrittrice tal quale venne a trovarsi al momento del distacco della porzion gangrenata di peduncolo, ed anzi una lacinia di tessuto mortificato attraversa tuttora la detta ansa, il cui massimo diametro longitudinale è di 22 millim. ed il trasversale 17.

La piccola estensione dell'ansa metallica serve a dimostrare la potenza di costrizione dello strumento del Cintrat, che si fece agire anche come attorcigliatore, ottenendo quattro attorcigliamenti e mezzo del filo strozzante.

Con uno strumento abbastanza leggero, poco costoso, di facile impiego, si può oggigiorno affrontare senza timore qualunque più vascolare tessuto.

Pei ragionamenti esposti, circa la possibilità e la razionalità di completare coll' amputazione utero-ovarica il taglio cesareo, in alcuni specialissimi casi emorragici, sorse la questione, già da me adombrata, se non fosse miglior consiglio ricorrere in ogni contingenza di taglio cesareo alla amputazione utero-ovarica. Ed anche su di ciò, il parer mio affermativo si appoggia non al solo fatto di risultato felice esposto, ma alle considerazioni anatomiche, fisiologiche e chirurgiche desunte dal volume, struttura, cambiamenti e rapporti del viscere, che si spacca nel taglio cesareo.

A ventilare codesta questione, che presentava un vivo interesse pei cultori dell' ostetricia e della ginecologia, mi si presentò favorevole l'occasione del Congresso Medico di Torino. Là io esposi in via sommaria le idee mie e più che domandare la sanzione del mio operato, fu mia cura di studiare le obiezioni che mi sarebbero state mosse in quel dotto consesso. Le opposizioni però, ebbero punto di partenza dall' apparente maggior gravità attribuita all' amputazione utero-ovarica, che non al solo taglio cesareo.

L' assemblea convenne nel trovare razionale l' amputazione utero-ovarica, nei casi di grave emorragia e votò un ordine del giorno, in cui, riconosciuta la predetta indicazione, faceva voti, perchè studj ed esperienze consecutive valessero a stabilire, se fosse conveniente in ogni caso di taglio cesareo l' amputazione utero-ovarica.

Quando si pensi alla semplificazione del trauma, risultante dall'ablazione utero-ovarica, quando per essa otteniamo la rimozione del punto di partenza dei più gravi processi puerperali, sottraendo per tal maniera la donna all' influenza puerperale, e quando infine per il detto procedimento operatorio ne risulta la

sterilità permanente, sterilità che porrà al coperto la donna dai pericoli dell'aborto provocato o di un nuovo taglio cesareo, quando tali risultamenti si hanno, io credo non lontano il giorno, in cui la scienza pronunzierà il solenne verdetto, che sanzionerà in ogni caso di taglio cesareo l'amputazione utero-ovarica.

Si ponga mente alle condizioni speciali, in cui venne operata la Cavallini, per persuadersi del come la privazione dell'utero e dell'ovaja rendano la donna insensibile alla influenza di una epidemia di febbre puerperale, grave qual fu quella che allora mieteva vittime nella Maternità stessa, dove era stata operata e dove veniva curata quella donna.

La piaga da decubito, manifestatasi già in quinta giornata dall'operazione, è più ad attribuirsi all'influenza gangrenosa, che dominava nell'Ospitale, che all'azione puramente meccanica della compressione dei tessuti, per la giacitura fissa dell'ammalata.

A favorire e mantenere la febbre puerperale e la gangrena nosocomiale, concorse senza dubbio il tempo quasi sempre piovoso, l'aria umida e fredda, la temperatura incostante, che si ebbero alla fine di maggio e nella prima metà di giugno.

In onta a ciò, *la Cavallini è la prima operata di taglio cesareo, che sia guarita nella Clinica ostetrica di Pavia.*

Questo valga a dimostrare come nell'Università di Pavia, dove hanno insegnato tanti valenti clinici e pratici sperimentatissimi, mai si sia ottenuto un risultato favorevole, a cagione dell'influenza malefica della Maternità, dell'Ospedale e del procedimento operatorio. Essendo eccezionalmente tristi le condizioni ospitaliere, quelle della Clinica ostetrica e quelle atmosferiche, al momento e dopo l'esecuzione del taglio cesareo, ed essendosi modificato il processo del taglio cesareo stesso, non sarà vano il pretendere, che al risultato felice, abbia avuto parte e principalissima la modificazione operatoria, messa in atto per la prima volta.

La secrezione del latte, abbondante e persistente, oltre al dimostrare che la funzione mammaria può protrarsi indipendente-

mente dall'influenza degli organi genitali, viene altresì a far constatare che la donna non fu sotto l'influenza di processi puerperali, essendochè uno dei primi effetti di cotali morbi è appunto quello di diminuire o far cessare la secrezione lattea, a norma del loro grado d'intensità.

La secrezione lattea, dalla cui abbondanza, scarsità o mancanza, trae argomento l'ostetrico per giudicare e pronosticare sulla gravezza dei processi puerperali febbrili, nel caso nostro, in cui fu molto abbondante e duratura, deponeva senza dubbio per la nessuna influenza di processo puerperale sul mantenere la febbre, la quale in gran parte si doveva ripetere dal trauma, e per poca parte all'influenza gangrenosa. L'influenza gangrenosa poi, pose per qualche giorno in pericolo la vita dell'operata e quando già era assicurato il partito della lesione addominale.

La secrezione lattea, avutasi e mantenutasi abbondante in onta alla febbre, oltre negare la presenza nell'organismo del veleno puerperale, non potrebbe per avventura rappresentare una spontanea rivulsione, uno scaricatojo umorale, proficuo pel benessere della donna? Lungi da me l'idea di voler far rivivere le antiche teorie dell'umorismo e di voler attaccare soverchia importanza ad un fenomeno naturale, qual'è quello della secrezione lattea in una puerpera, ma fedele osservatore delle opere di natura, non devo dimenticare, come nell'organismo muliebre, in ispecialità, tanti fenomeni strani o morbosi si verificano quali compensi di perdite naturali o morbose, mancate repentinamente.

Se il lavoro dell'ovulazione mancante o sospeso può dare epistassi, ematemesi, emoftoe, perchè non potrà eccitare e sostenere il lavoro delle mammelle, il flusso, che non potrà effettuarsi per l'ablazione utero-ovarica?

Nel Congresso Medico in Torino, volli discussa anche la convenienza morale dell'amputazione utero-ovarica, come complemento di taglio cesareo. Una tale questione sarebbe stata superflua, se non vi fossero stati uomini ridicoli, che nella picco-

lezza della loro mente, avessero creduto di poter giudicare immorale l'operazione da me eseguita, come quella che rendeva assolutamente sterile la donna.

Che un tal giudizio possa esser dato da una persona estranea all'ostetricia, o da un ostetrico convinto di non dover ricorrere all'aborto nella massima ristrettezza pelvica, si può capire e scusare, ma che il giudizio stesso emani da un ostetrico convinto di preferire alla vita del feto quella della madre e della necessità di provocare l'aborto per sottrarre la donna ai pericoli del taglio cesareo, questo è quanto non si può, non si deve trascurare, perchè nè compatibile colla logica, nè scusabile coll'onestà.

Infatti, se è permesso e quasi comandato, dagli odierni precetti ostetrici, di provocare l'aborto nei casi, in cui si prevederà indispensabile il taglio cesareo a termine di gravidanza e se questa necessità nello stesso individuo noi potremo trovarla un numero indefinito di volte, ma dite, o voi, che la moralità pallegiate sulla bavosa e biliosa vostra lingua, dite non è peggior delitto distruggere ripetutamente e sempre, il prodotto del concepimento, che conservarlo vivo e sano in un colla madre, pur impedendo futuri concepimenti? Non è egli più assennato ed umanitario il procedimento, che nel mentre assicura migliori condizioni di guarigione alla madre, nel mentre salva il prodotto del concepimento primo, impedisce nuovi concepimenti e perciò elimina la necessità di distruggerli o quella sempre pericolosa, ordinariamente mortale, di conservarli estraendoli dalle squarciate viscere materne? Con qual logica vorrete voi sostenere, che il distruggere un nuovo essere sia miglior cosa, che l'impedire ch'esso si formi? Con quale onestà mi vorrete accusare di immoralità, se forzato ad operare di taglio cesareo una macchina, io l'avrò conservata alla sua creatura, alla società, a prezzo però di una indispensabile sterilità?

Chiamate voi forse disonesto il chirurgo, che sacrificando una parte per il tutto, salva l'individuo mutilandolo o delle gambe, o delle braccia, o della lingua, o degli organi della generazione?

E piuttosto che mutilare una donna dell'utero e delle ovaie, per non perdere una fecondità malaugurata, voi lasciereste morire lì per lì, d'emorragia, una donna operata di taglio cesareo, o la lasciereste morire in appresso per le conseguenze delle lesioni, a cui sarà stato sottoposto l'utero? Via, siamo logici, siamo onesti! Qui la moralità sta tutta nel giusto apprezzamento delle cose, qui la moralità consiste nel giudicare secondo gli intendimenti sani, non secondo le versioni biliose ed invidiose, che una mente inferma può partorire.

Auguro all'umanità ed al decoro dell'ostetricia, che l'esperienza dimostri, quello che la ragione e la logica raccomandano, che cioè il taglio cesareo, completato dall'amputazione utero-ovarica, dia maggior guarentigia di salute alla donna, che non il taglio cesareo semplice, e nessuno più vorrà allora rimpiangere una perduta possibile fecondità, una fonte o di aborti provocati o di nuovi tagli cesarei!

E se l'esperienza fosse per giudicare, come ne son convinto, essere l'amputazione utero-ovarica meno pericolosa del taglio cesareo ordinario, crescendo allora le probabilità di guarigione per la donna, non si potrebbe in alcuni casi abolire l'aborto, conservare il nuovo essere e conservare sterile, ma conservare anche la madre?

Non mi si dica poi, sempre dalla stessa fonte e sempre colla stessa buona fede ed onestà, che per amputare l'utero e l'ovaja, in circostanza di taglio cesareo, sia dovere di munirsi del consenso della donna da operarsi e di quello del di lei marito, sotto comminatoria di un possibile procedimento penale! Il sognare ceppi, giudici, prigionieri e simili bazzecole, essendo cose di pertinenza più dei malfattori che dei galantuomini, confesso che mai, nell'esercizio coscienzioso dell'arte, mi è passata per la mente la possibilità tanto facilmente e confidenzialmente invocata dall'inesorabile mio oppositore.

Noi però gli sappiamo grado di fornirci maniera a rispondere sovra alcune cavillose obiezioni, alle quali di certo non avrem-

mo mai pensato e che non avremmo saputo cavare, neppure servendoci di alcuni famosissimi uncini.

Il dire ad una donna per filo e per segno quello che in lei si dovrà fare, onde eseguire il taglio cesareo e l'amputazione utero-ovarica, sarebbe barbaro, sarebbe un procedere disumano, brutale. La si rendesse pur conscia del suo stato e delle ineluttabili necessità che ne derivano, si torturasse in questo modo lo spirito, mal disponendone il fisico, potrebbe la donna esser giudice delle sue convenienze di salute, di vita? O lo potrebbe esser il marito, dal quale per avventura potremmo avere il responso differente da quello che esigerebbe il meglio della donna, indicante il taglio cesareo, che d'ordinario, deforme nel corpo, può attualmente essere invisibile a colui, che forse per fini d'interesse la rese sua? Giudicata da colleghi coscienziosi la necessità del taglio cesareo, la opportunità dell'amputazione potrà essere discussa, riconosciuta o negata da questi, che sono i giudici veri e naturali del quesito, che sono i tutori degli interessi vitali della donna e professionali del chirurgo.

Sarebbe ridicolo davvero, che una donna, la quale per supposto avesse negato il permesso d'amputarle l'utero, nell'atto dell'esecuzione del taglio cesareo, dopo l'estrazione del feto, dovesse esser svegliata dal sonno cloroformico, ed interrogata nuovamente sul parer suo, in vista d'una grave e minacciosa emorragia uterina, indicante assolutamente l'amputazione proposta!

Così sarebbe ridicolo, se nelle anzidette condizioni, si dovesse andar in cerca del marito, onde ottenere il permesso di sottrarre la moglie sua da un imminente pericolo, o per preservarla da un pericolo prevedibile!

La legge poi permette, e riconosce giusto e doveroso, quello che si fa pel bene altrui, sotto la scorta della scienza e della coscienza.

E questo basti per tranquillare le paure giudiziarie del nostro *raccoglitore*, alla cui quiete religiosa abbiam pensato altresì, sottoponendo al giudizio di una celebrità teologica la questione

del taglio cesareo completato dall'amputazione utero-ovarica, quale mezzo di salute più probabile della donna.

Il parere del vescovo di Pavia, la cui dottrina nessuno mette in dubbio, come dubbio non è il suo attaccamento alle leggi ecclesiastiche, è certamente consono al diritto naturale e quindi più liberale del giudizio formulato da qualche pseudo-materia-
lista.

Il vescovo ticinese, all'appoggio di molte autorità teologiche, con un'argomentazione stringente, dimostra il diritto di sacrificare una parte per la salute del tutto, e per analogia di argomento, citando la castrazione maschile a scopo di perfezionare la voce, come permessa da severi moralisti e teologi, dice ritenere tanto più permessa l'artificiale impotenza della donna, recata da una necessità di conservarle la vita.

Privata dagli organi interni della generazione, resa impotente ad essere fecondata, la donna può essere ancora la moglie del marito suo, in quanto le rimane integra la facoltà copulativa. Il marito quindi non restando defraudato del debito conjugale, non può di certo muover lamento sulle condizioni della moglie, sol perchè non fecondabile, sol perchè non può ripetersi ancora il grave cimento di vita, da cui fortunatamente uscì vittoriosa una volta!

Nello stato conjugale poi, un coito infecondo non è a ritenersi come atto immorale, quando l'infeccondità non sia creata dalla malizia, ma portata da circostanze indipendenti dalla volontà dei conjughi.

Abbandonando questi dettagli poco castigati, che dovevo pur segnalare onde la ridicolaggine vestita del manto di Catone non cercasse più mai di sorprendere l'altrui buona fede, passiamo a considerazioni tecniche sull'argomento nostro.

L'amputazione utero-ovarica, come complemento o presidio di taglio cesareo, presenta delle difficoltà sue proprie, a superare le quali tutta s'esige l'oculatezza e la prontezza del chirurgo.

La fragilità del tessuto uterino e la difficile limitazione del punto di sezione della matrice costituiscono gli scogli dell'operazione. Procedendo all'amputazione utero-ovarica in condizioni estranee al puerperio, il chirurgo, facendo assegnamento sulla resistente fibra uterina, determina il punto preciso in cui vuol strozzare i tessuti ed eseguire l'amputazione e là impianta due o più robuste aste acuminatae, che incrociandosi e portandosi a livello della ferita addominale, limitano l'azione del costrittore, e servono a sostenere il moncone uterino. Nei casi suddetti, il collo dell'utero è ordinariamente sano o ben poco interessato dal male, e rappresentando esso un volume di poco conto, anche la superficie di sezione, che ne risulta, non è molto vasta. L'utero invece, rammollito dalla gravidanza, assai disteso nel segmento inferiore, a travaglio di parto in corso, non conserva più il suo collo od appena qualche millimetro di esso, che invece d'impiantarsi quasi perpendicolarmente sull'asse uterino, rappresenta un cilindro cavo e conico, la cui base guarda in alto ed all'esterno. Quanto più aperto è l'orificio dell'utero, tanto più breve è il collo, se non affatto scomparso, e tanto più la sua periferia viene ad avvicinarsi alla periferia del corpo dell'utero ed a quella delle pareti pelviche.

Accorciatissimo o scomparso, più o meno dilatato, molliccio e fragilissimo è il collo dell'utero in soprapparto e di esso non ci possiamo quindi servire, come facilmente ed utilmente il possiamo, nelle amputazioni extrapuerperali. Ma anche ammesso che l'orificio dell'utero fosse pochissimo dilatato ed ancora lungo due o tre centimetri, noi non potremmo, infiggendo le aste metalliche a livello dell'orificio interno, ottenere la costrizione e mantenerla in quel punto. In parte la cedevolezza del tessuto uterino, in parte la forma sferoidale del segmento inferiore (nelle pelvi ristrette od ostruite) guiderebbero l'ansa costrittrice a far grande pressione d'alto in basso, sulle aste limitatrici, le quali s'inzeccherebbero sempre più in basso nel tessuto uterino o meglio permetterebbero a questo di rimontare, dividendosi contro

le stesse, in forza della trazione esercitata, dallo sfuggire lo sferoide uterino alla strettura del serranodo.

Per tal modo adunque, col sistema ordinario di amputazione uterina, noi non ci possiamo regolare, nè giovare, onde non tagliare più in là di quanto conviene il tessuto uterino. Per buona sorte, la porzione periuterina più importante ad osservarsi e di più intimi rapporti coll' utero, essendo la vescica, che sta in avanti e che può essere sorvegliatissima, noi scanseremo sempre le offese alla continuità o salute di quest'organo, ricorrendo anche alla dissezione del peritoneo, nello spazio vescico-uterino, quando temessimo una pressione od uno stiramento dannoso all'urocisti.

La porzione posteriore dell'utero meno facilmente sfugge al cerchio strozzante, perchè il peritoneo dello spazio di Douglas, più tenacemente aderendo alla parete uterina, non permette lo scivolamento all'insù del tessuto sottoposto. Lo sfuggire al disopra del serranodo il tessuto uterino, succede invece all'avanti per la lassezza d'unione del peritoneo. Ai lati, l'esportazione completa dell'utero è resa improbabile dalla resistenza dei legamenti uterini, o può essere impedita assolutamente l'ablazione totale dell'utero, appoggiando l'ansa costrittrice a metà di una o d'ambedue le ovaja. Strozzando un'ovaja od ambedue, i loro residui formando parte del peduncolo, o suppurano, o s'incapsulano nella parte sottostante allo strozzamento, nè ponno costituire un pericolo di ematocele o di infiammazione a loro speciale, e sono destinate ad atrofizzarsi, per la compressione patita dai vasi nutritizii.

Quanto più dilatata sarà la bocca dell'utero, tanto più difficile risulterà il sezionare metodicamente, a livello dal punto da amputarsi, causa la forma pressochè a campana, a cilindro, dell'utero stesso, ciò che il disporrà allo scivolamento al disopra dell'ansa. Ma codesto sfuggire dell'utero potrà egualmente avvenire, ad orificio ancora chiuso, sia perchè l'operazione sarassi praticata avanti, od in principio di travaglio, quanto per la ri-

costituzione del collo e rinserramento degli orifizj, dopo l'estrazione del feto. Rappresentando l'utero una sfera, con una piccola appendice, molle, data dal collo, l'ansa costrittrice, guidata dal brusco declinare delle pareti della matrice verso il collo, tenderà a scivolare su questo ed oltre questo, col pericolo di portare lo strozzamento più in basso del collo e di far peduncolo a ridosso della sola vagina. Lo sfuggire completamente all'insù dell'utero, se non può ritenersi dannosissimo alla donna, è per altro un accidente da scansarsi, onde non aver consecutivi stiramenti del canal vaginale, dei legamenti uterini e del tessuto vescicale. Meno facilmente s'avrebbero molestie da parte del retto, causa la maggiore profondità dello spazio di Douglas, in confronto del cul di sacco vescico-uterino.

Crederci opportuno, a prevenire lo scivolamento dell'ansa costrittrice, di fissarle il punto d'azione mercè alcune solcature, di qualche centimetro di lunghezza, praticate col coltello galvanocaustico, all'avanti ed all'indietro, in corrispondenza dell'orificio interno o meglio ad un centimetro e mezzo o due più in su del cul di sacco peritoneale anteriore e posteriore.

Non vorrei adoperato il filo od il coltello galvanico, come solo mezzo d'amputazione, per il motivo facile a capirsi, di non lasciar pervio il cavo addominale dal lato della vagina e non troverei necessità od utilità alcuna per sostituire al metodo da me adoperato, quello della legatura elastica, attesa la maggior prontezza e sicurezza d'azione del serranodo, e del poter ridurre a piccolo volume il peduncolo, onde render possibile una regolare chiusura della ferita addominale.

La galvano-caustica, per l'apertura della cavità addominale od uterina nel taglio cesareo, come mezzo di ovviare alle emorragie, non verrà mai introdotta nella sana pratica ostetrica, come quella che impedirebbe o ritarderebbe la cicatrizzazione della parete addominale od uterina, impedimento o ritardo proporzionato al tempo necessario alla caduta dell'escara.

Domandando perdono al lettore per la fatta digressione, torno

al primitivo argomento. L'amputazione utero-ovarica, come presidio di taglio cesareo o suo complemento, se ha gli svantaggi accennati a paragone dell'amputazione utero-ovarica semplice, ha però sopra questa il vantaggio di poter contare su di una salute generale buona, sopra una arrendevolezza di pareti addominali e di legamenti uterini, sempre maggiore e più favorevole di quello che si riscontri nei tumori o nelle alterazioni indicanti l'amputazione utero-ovarica fuori dello stato di gravidanza. L'estrazione del feto e dell'utero, che lo conteneva, è cosa che deve sempre effettuarsi rapidamente, tutta essendovene la possibilità, mentre invece l'estrazione di tumori utero-ovarici tante e tante volte incontra somme difficoltà, per il volume, le aderenze, la sodezza della neoformazione.

Quindi, anche ponendo a confronto le condizioni di facilità e prontezza, che sono a favore dell'amputazione utero-ovarica nel taglio cesareo, più che nell'amputazione utero-ovarica semplice, e considerando l'esito felice delle amputazioni utero-ovariche semplici, e quello pur felice da me ottenuto, lecito è pronosticare al taglio cesareo, seguito da amputazione utero-ovarica, risultati forse migliori di quelli già soddisfacenti, dell'amputazione utero-ovarica semplice.

Se giorno verrà, in cui la pratica sarà per decidere in favore della operazione da me praticata e che per la modificazione da me portata salve saranno per essere le vite delle meschine donne, che subiranno il taglio cesareo, gloria ne sia data ai gastrotonisti in generale e più specialmente al francese Péan, le cui ardite e felici operazioni di amputazione utero-ovarica, pubblicate con tanto amore chirurgico, mi hanno invogliato a seguire il nobile suo impulso ed applicare a vantaggio dell'ostetricia il patrimonio della ginecologia.

A quanto io mi sappia, l'amputazione utero-ovarica da me eseguita, come presidio di taglio cesareo, è la prima che per tale scopo e pensatamente siasi praticata. Così non credo che altri prima di me abbia esposto il parere, certo controllabile

dall' esperienza, essere miglior consiglio in ogni caso amputare l' utero, che lasciarlo ferito nell' addome, dopo il taglio cesareo.

Chechè ne sia, certo io non conoscevo altri casi di amputazione uterina come complemento o presidio di taglio cesareo, quando ho intrapreso la mia operazione.

Un mese circa dopo la operazione mia, di cui ho narrato e commentato i particolari, nel periodico Parigino, *Archives de Toxicologie etc.*, del prof. Depaul, giugno 1876, il dott. Cazin, traducendo un caso pubblicato da Netzel, di operazione cesarea eseguita per un mioma incarcerato nel piccolo bacino, citando o raccontando altri tagli cesarei praticatisi per tumori uterini ostruenti la pelvi, narra il seguente caso, a cui fa precedere costeste parole.

« Nous ne pouvons faire entrer en ligne de compte le
 « fait suivant, parce que l'opération césarienne ne put être ter-
 « minée, mais nous pensons devoir en donner une analyse qui
 « montrera à quelles difficultés on s'expose en entreprenant
 « l'hystérotomie pour tumeurs utérines compliquant l'accouche-
 « ment, et en même temps pour faire juger jusqu'où peut aller
 « l'audace, je dirai même la témérité bien connu déjà de nos
 « confrères transatlantiques. »

A titolo di brevità, riassumeremo le principali cose, che si riferiscono a codesto caso, stato ricavato originariamente dal *Journal of the gynaecological society of Boston*, Vol. I, N. 4, pagina 223, sotto l'intitolazione di *Extirpation of the puerperal uterus by the abdominal section*.

« Donna primipara, d'anni 17, a termine di gravidanza, con
 « tumori fibrosi e fibrocistici, aderenti al bacino ed ostruenti il
 « medesimo ed occupanti gran parte dell' addome. Dopo quattro
 « giorni d'infruttuoso travaglio, nell'impossibilità di liberar al-
 « trimenti la donna, il 21 luglio 1868, il dott. H. R. Stover pra-
 « tica il taglio cesareo. I tumori, che nascondevano l'utero e lo
 « obbligarono in uno stato di retroversione, resero difficile l'in-

« cisione delle sue pareti, il che s'ottenne incidendo un grosso
 « tumore fibro cistico, e producendo una grave emorragia. Si
 « estrasse un feto in putrefazione. L'emorragia, derivante dalla
 « superficie di sezione uterina e dalla superficie d'attacco placen-
 « tale, mantenuta dall'assenza di contrazioni, era spaventevole.

« In faccia a questo accidente, il dott. Stover giudicò neces-
 « sario di esportare la massima parte possibile di questa massa,
 « compreso l'utero ed un tumor fibro-cistico collocato a sini-
 « stra, meno la porzione aderente al bacino.

« Con un grosso trequarti fu trapassato l'utero a livello del
 « segmento superiore del collo: una doppia corda metallica pas-
 « sata dalla cannula, servi a legare da ciascuna parte il tessuto
 « compreso nelle anse, che veniva a formare. Temendo non suf-
 « ficiente questa costrizione, si passò la catena dell'*ecraseur* al
 « di sotto della cannula, e l'istrumento fu messo lentamente in
 « azione. Dopo la separazione della massa, fu applicato il ferro
 « rovente sul moncone e per di più, a meglio garantirsi dalla
 « emorragia, un *clampsield* particolare strinse quella specie di
 « moncone, che risultava.

« Pulizia del peritoneo e cucitura metallica. L'operazione durò
 « tre ore.

« L'operata si riebbe prontamente, lagnandosi il primo giorno
 « per dolori e malessere. Il dì dopo si ebbe scolo fetente dalla
 « ferita: si accese la febbre, si ebbe sonnolenza, indebolimento
 « progressivo, morte alle 6 pom. del 25 luglio. »

Sebbene non preconcepta, non metodica, indicata dalla com-
 plicanza di tumori, quest'amputazione di utero in circostanza di
 taglio cesareo, fu un'ardimentosa prova, che se non valse la sal-
 vezza della madre, certo fu suggerita per soccorrere la sua pe-
 ricolante esistenza. Il non aver pensato e preveduto l'amputa-
 zione uterina, fece sì che il dott. Stover dovesse procedere poi
 con mezzi e con metodi disadatti all'operazione, consigliatagli
 dalla gravità ed urgenza del caso. Qui abbiamo due vittime,
 che certo non avrebbero incoraggiato alcuno a ripetere il ten-

tativo del dott. Stover, e ci troviamo di contro ad un caso particolarissimo, che non poteva di certo far nascere il concetto della metodica amputazione dell'utero nel taglio cesareo.

Divulgatesi la notizia dell'operazione da me eseguita con felice successo, per ambo gli individui, il sig. dott. Giacinto Fogliata, mi mandò un suo lavoro sull'amputazione dell'utero, pubblicato nel 1875 sul *Giornale di Anatomia, Fisiologia e Patologia degli Animali*, (Pisa, Tipografia Nistri), lavoro che per non esser stato riportato dai giornali medici, non era venuto a mia cognizione. Pare che anche un distinto professore di Chirurgia Veterinaria ignorasse o non ricordasse gli studi del dottor Fogliata, quando in un Giornale politico, volendo negare la priorità alla mia operazione e confondendo la isterotomia semplice col taglio cesareo, citavami specialmente un'amputazione uterina eseguita in Napoli da un suo amico, mentre invece avrebbe potuto citarmi le esperienze del suo collega Zooiatro, che certo si atteggiavano assai più a sostegno della sua tesi.

Il dott. Fogliata intitola la sua pubblicazione: *Contribuzione allo studio della amputazione dell'utero negli animali domestici, osservazioni cliniche e esperimenti fatti nella Scuola Zootiatrica della R. Università di Pisa*. In essa parla dell'indicazione ordinaria dell'esportazione dell'utero e si propone di voler investigare sperimentalmente se nelle relative indicazioni, sia preferibile la gastro-isterotomia, come si pratica comunemente, ovvero la gastrotomia con esportazione dell'utero.

Dà prima una storia di amputazione d'utero arrovesciatosi durante il parto, in una vacca. L'operazione, a giudizio mio, non venne condotta dal veterinario operatore con quella diligenza, che si conviene, e la morte del quadrupede deve in parte attribuirsi al metodo poco razionale, con cui si cercò soccorrerlo.

Passa poi a parlare dell'esportazione dell'utero a mezzo della gastrotomia, come metodo di cura, in alcuni casi di parto impossibile. Cita il Jeser, che pel primo nel 1862 esportò l'utero a quattro cagne gravide, ottenendo due guarigioni.

Esamina le condizioni richiedenti il taglio cesareo, il quale quasi sempre è mortale anche nelle bestie, a cagione del mancato *a tempo*. Vorrebbe limitare l'amputazione dell'utero, quando sia mancato l'*a tempo*, e limitarsi al semplice taglio cesareo, quando s'interviene nel tempo favorevole.

Il primo esperimento del dottor Fogliata fu eseguito il 7 luglio 74, sopra una gatta gravida, in travaglio di parto da 15 giorni, con morte dei prodotti residuati nell'utero, alterazione grave dell'utero stesso, e peritonite marciosa. Amputossi l'utero e la bestia morì tre ore dopo.

Il 2° esperimento consistette nell'amputare un utero di cagna, non gravida e che guarì.

Il 3° si fece su una cagna non gravida, che morì in seguito all'esportazione dell'utero.

Il 4° ed il 5° esperimento, in cagne non gravide, a cui si esportò l'utero, ebbero risultato di guarigione.

Come si vede, le esperienze dell'Autore, a suo stesso giudizio, non sono provanti il nostro assunto, perchè non eseguite su animali, gestanti, tranne in un caso, in cui l'operazione si fece a gestante moribonda e che perciò non deve esser valutato.

Le idee svolte dal dott. Fogliata, circa la convenienza d'amputare l'utero stato maltrattato, anzichè lasciarlo aperto nell'addome, sono certamente consone alle mie e volute dalla logica.

La sensibilità e conformazione diversa della donna e degli animali su cui ha sperimentato il dott. Fogliata, e pei quali sta studiando il quesito propostosi, la tecnica operatoria assai differente nei due campi, tolgono il dubbio, che ancorchè conosciuta la pubblicazione del chiariss. Zoiatro, potesse questa essere guida sufficiente a dirigere il mio pensiero e la mia mano.

Le mie esperienze eseguite nel 1874, sopra tre coniglie gravide, mi diedero per effetto la guarigione delle tre bestie, a cui dal ventre aperto levai i figli e l'utero. Tutte ebbero latte e lo mantennero per qualche tempo, sebbene per la tema che si sgravassero spontaneamente, le avessi operate avanti termine, occasionando la incapacità di vivere alla prole.

La sezione cesarea, presidiata o completata coll'amputazione utero-ovarica, come venne eseguita da me per la prima volta con felice successo nella Clinica Ostetrica di Pavia, venne da me alcuni anni prima escogitata, dietro specialmente la pubblicazione dei casi del Péan. Le antecedenti sezioni cesaree, eseguite sui bruti e quella effettuata sulla donna, non vennero condotte con metodo studiato e prestabilito, come per la prima volta invece ebbe ad avverarsi nel caso mio.

Voglio fermare poi l'attenzione del chirurgo su di ciò, che nel mentre nelle esperienze o nelle operazioni gastrotomiche o gastro-isterotomiche accennate, nessuno si occupò di amputare le ovaie ed alcuno non fece special menzione dell'ablazione di questi organi, io volli per animo deliberato e nelle esperienze sugli animali ed in occasione dell'operazione cesarea eseguita, amputare coll'utero anche le ovaie. Solo per una necessità chirurgica, risultatami improvvisamente indeclinabile, dovetti arrischiare di lasciare in posto una mezza ovaia, colla speranza però di ottenere (quanto mi è lecito credere di aver ottenuto) l'atrofizzazione e l'impotenza assoluta della porzione lasciata.

Ci consigliano l'amputazione delle ovaie in un coll'utero-le seguenti ragioni: *a*) La diminuzione di superficie vascolare e di tessuto, che noi lasciamo in grembo al peduncolo vitale; *b*) la sovrappressione nel peduncolo stesso di parti, che esercitando la loro funzionalità, potrebbero disturbare il processo di riparazione con congestioni gravi, con emorragie pericolose (ematoceli); *c*) l'impotenza assoluta al concepimento futuro; *d*) la possibilità d'amputare la massima parte dell'utero, cosa malagevole ad ottenersi quando appoggiassimo l'ansa costrittrice al disopra della ovaia, sì da un lato che dall'altro.

Rendendo affatto sterili le donne, che fanno assoluta indicazione al taglio cesareo, ognuno vede quale servizio umanitario, e dirò anche morale, rechi l'ostetrico all'individuo ed alla società, a quali pericoli sottraggasi l'individuo interessato e da quali dolore se risorse venga dispensata la persona dell'arte.

Riassumendo il fin qui detto, credomi autorizzato di dichiarare, anche dietro il parere del Congresso medico torinese, che l'amputazione utero-ovarica, come presidio di taglio cesareo, è indicata nei casi, in cui si abbia grave ed infrenabile emorragia e non indicata soltanto, ma comandata, doverosa e da prevedersi. Aggiungerei, come seconda indicazione assoluta, la gangrena, l'usura, le alterazioni gravi nella tessitura uterina, vuoi pel lungo tempo di durata del parto, vuoi per rozzi maneggi tentati ed eseguiti, vuoi infine per particolari accidentalità. In questi casi noi tutto potremo temere di grave e di mortale, lasciando aperto nel ventre un organo votato a morte od a pericolosa malattia e che recherà la morte od un pericolo solenne alla donna.

Anche nei casi di taglio cesareo, complicato da tumori utero-ovarici, la metodica amputazione dell'utero e delle ovaie, tutelerebbe assai più gli interessi di vita e di salute della donna.

Lo slabbramento o lo stracciamento dei margini della ferita uterina, come avverossi nel nostro caso, rendendo impossibile un regolare affrontamento spontaneo od artificiale della ferita stessa e disponendo a mortali conseguenze, fa indicazione assoluta all'amputazione utero-ovarica.

A codesta amputazione ci obbligherebbe, con una indicazione assoluta, il caso di aderenze tenaci ed insuperabili della placenta, e quello della malconformazione e della stenosi del canal vulvo-uterino, ed a maggior ragione una persistente fistola vescico-vaginale o vagino-rettale, per l'alterazione degli umori, e l'inquinamento, che originerebbersi da codesti stati.

L'amputazione utero-ovarica, in tutti i casi di taglio cesareo, sarà indicata assolutamente, quando il verdetto dell'esperienza giudicasse più favorevole alla conservazione della donna l'ablazione totale che la lesione cruenta degli organi interni della generazione.

Operando di taglio cesareo una donna, si faccia o no seguire l'amputazione utero-ovarica al grand'atto operativo, non essen-

dovi controindicazioni da parte degli organi del circolo e del respiro, sarei d'avviso di ricorrere sempre alla cloroformizzazione, per prevenire l'esaurimento nervoso dell'operanda. In questo punto, il mio attuale convincimento, causa la maggiore esperienza, è in contraddizione con quello espresso nel mio *Biennio ostetrico, sugli anni 1869-70 alla Maternità di Milano*, dove mi mostravo inclinevole a raccomandare l'astensione dagli anestetici nel taglio cesareo. Le ovariectomie eseguite e quelle, a cui assistetti e la pratica generale seguita da illustri gastròtomisti, mi persuasero della convenienza assoluta dell'anestesia nei casi di operazioni nel cavo addominale, e di una anestesia spinta al massimo grado compatibile colla prudenza.

Che il taglio cesareo sia poi seguito o no dalla amputazione utero-ovarica, non dimentichi mai il chirurgo di invocarsi a quel prezioso sussidio, che ci fornisce il drenaggio nello spazio del Douglas. Io devo andar grato al chiarissimo dott. Peruzzi di Lugo, il cui esempio e le cui parole mi determinarono ad abbracciare questa provvidissima misura, nelle operazioni del cavo addominale. Se poi avvi caso chirurgico, che in via assoluta faccia indicazione a questo mezzo di garantire la nettezza della cavità peritoneale, quello è proprio del taglio cesareo, nel quale checchè si faccia, sempre avrassi disposizione a raccolte dannose e pericolose. L'utero stato aperto, cucito o no, contratto più o meno, dovendo guarire per seconda intenzione, quasi sempre verterà umori, che stagneranno nel cul di sacco pelvico del peritoneo, ed inquineranno l'organismo, se fortunate ed accidentali combinazioni non ne faciliteranno l'uscita.

Per il drenaggio applicato nel punto o punti più declivi del cul di sacco pelvico-peritoneale, s'impediscono le raccolte, si fanno iniezioni detersive e disinfettanti, e constatasi quello che si passa nel cavo addominale. Per esso saremo dispensati da una minuziosa pulizia del cavo ventrale, il che renderà più spiccia l'operazione e diminuirà i maneggi dannosi nella cavità ventrale. La facilità d'applicazione del drenaggio, la sua innocuità

ed i suoi grandi vantaggi, lo faranno abbracciare con favore dagli ostetrici e doverosamente lo impiegheranno nei casi di taglio cesareo. Per garantire l'esatto funzionare del drenaggio ed allontanare dal medesimo alcuni appunti, bisogna prepararsi convenientemente i tubi, pertugiandoli a vicinissimi intervalli, onde canalizzare bene e senza interruzione le marcie e gli umori, in quel qualunque punto si trovino a contatto del tubo. È innegabile, che la perforazione abbondante delle pareti del drenaggio diminuisce la sua resistenza e dispone il medesimo a rompersi, quando sia smosso nelle medicazioni ed allora che sarà abbracciato fortemente dai tessuti vicini. Ad impedire tale rottura, che creerebbe un grave imbarazzo alla riapplicazione di un nuovo tubo eventualmente richiesto dal bisogno, poichè difficilissimo riesce il poter percorrere il primitivo tragitto, io consiglio un ripiego di sicurezza e di utilità, di cui io stesso mi sono servito con giovamento.

Prima di applicare il drenaggio, che avrà la lunghezza non minore di un metro, si introduce un grosso filo di seta, che percorre tutto il lume del canale. Questo filo, oltre il servire di guida a riapplicare un nuovo tubo, nel caso della rottura del primo applicato, serve mirabilmente a mantenere pervio il lume del canale, se, questi essendo fisso, saranno smossi alternativamente i capi del filo stesso. Così il drenaggio funzionerà sempre, quando ve ne sarà il bisogno, e funzionerà con sicurezza.

Si abbia cura, prima di fare le iniezioni detersive o disinfettanti nel drenaggio, di pulire bene tutta la parte che pende dalla ferita addominale, perchè dovendo esser tirata nel tragitto ventrale, è di tutta convenienza che non porti seco materiali irritanti od infettanti. Potendosi curar meglio la pulizia dell'estremità ventrale del drenaggio, che non quella che sbocca in vagina, converrà sempre smuovere il tubo dall'addome verso la vagina. Si potranno fare eccezioni nello smuovere il tubo dalla vagina verso l'addome, quando, non colando più liquidi in basso, ma solo funzionando come scaricatoio la parte superiore, si vo-

lesse, previa lavatura del canal vaginale, ritirare il tubo dal lato dell'addome, per non insinuare le marcie del peduncolo nella parte inferiore del tragitto.

E con ciò pongo fine a quanto mi son proposto di render di pubblica ragione, sperandone vantaggio all'umanità e decoro alla scienza.

Congedandomi dai cortesi lettori, mancherei verso un dovere di riconoscenza, se non segnalassi alla altrui ammirazione, l'opera prestata indefessamente, per il bene della mia operata, dai signori dottori Gherini Edoardo, assistente alla Clinica Ostetrica, Racagni Amedeo, già assistente supplente alla medesima, e dalla signora Sacchetti Luigia, levatrice maggiore. Lo studente Pennati Luigi, va pure menzionato onorevolmente, per la sollecitudine mostrata nel coadiuvare gli assistenti, nelle ricerche ed annotazioni cliniche.

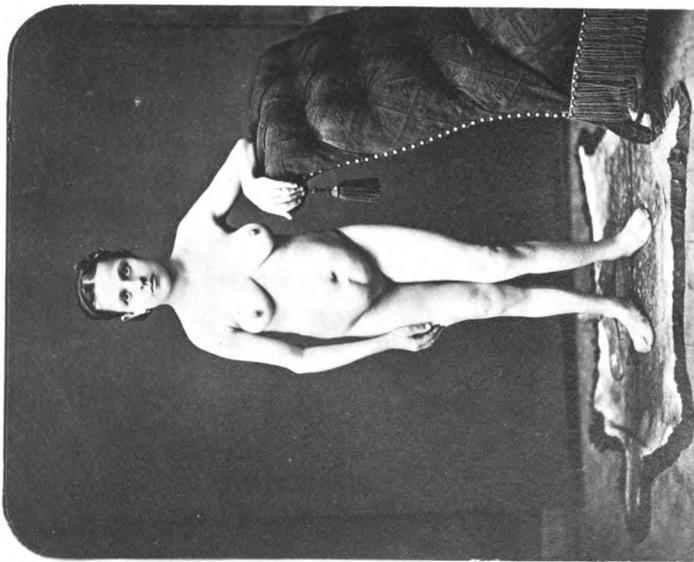
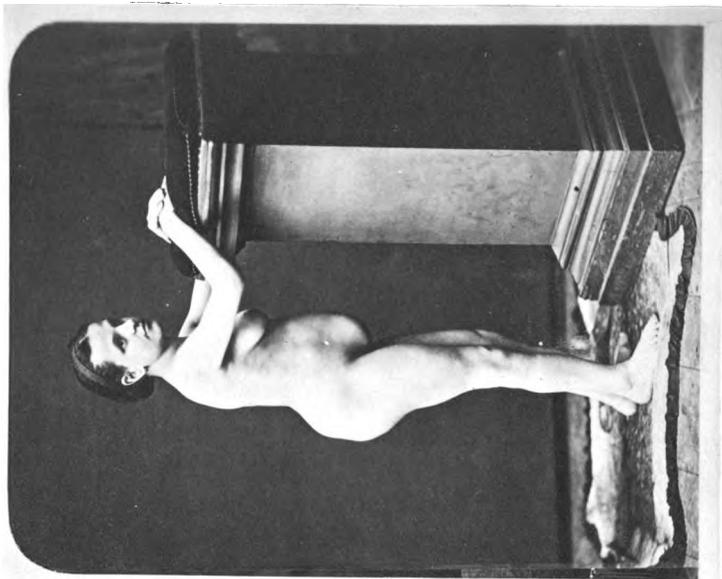
SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Nella prima tavola le fotografie dell'operata servono a dimostrarne la configurazione scheletrica e la nutrizione generale. Nella figura di fronte si vede l'estensione e la direzione della ferita da gastrotomia e la deviazione degli arti inferiori. Nella figura di profilo si riscontra la grave insellatura lombare ed il modo di arcuazione delle coscie.

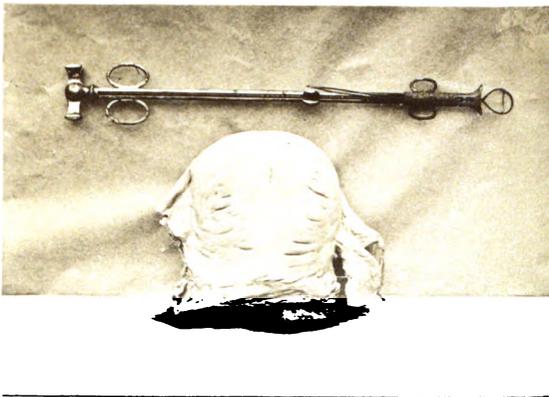
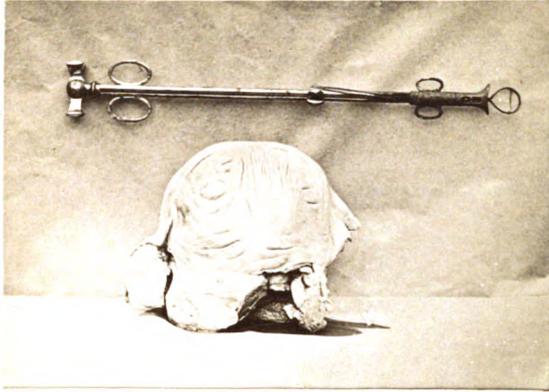
Nella tavola seconda, la figura superiore rappresenta l'utero amputato, veduto dalla sua superficie anteriore, coll'incisione fatta dal tagliente e la slabbratura accidentale. Si noti l'ubicazione della ferita alla parte inferiore del corpo uterino e sul segmento inferiore, la direzione e forma delle rughe peritoneali. L'ovaja destra si vede pendente al margine destro della matrice, al cui margine sinistro si vede il moncone ovarico e legamentoso.

La figura inferiore mostra l'utero della superficie posteriore: s'osservi il livello del punto di sezione orizzontale posteriore confrontato colla porzione anterior inferiore di sostanza uterina, che è assai più basso.

In ambo queste figure si vede il serranodo attorcigliatore del Cintrat colla rispettiva ansa di costrizione, che servi all'amputazione utero-ovarica.



Milano. Fotografia Calzolari.



Milano. Fotografia Calzolari.