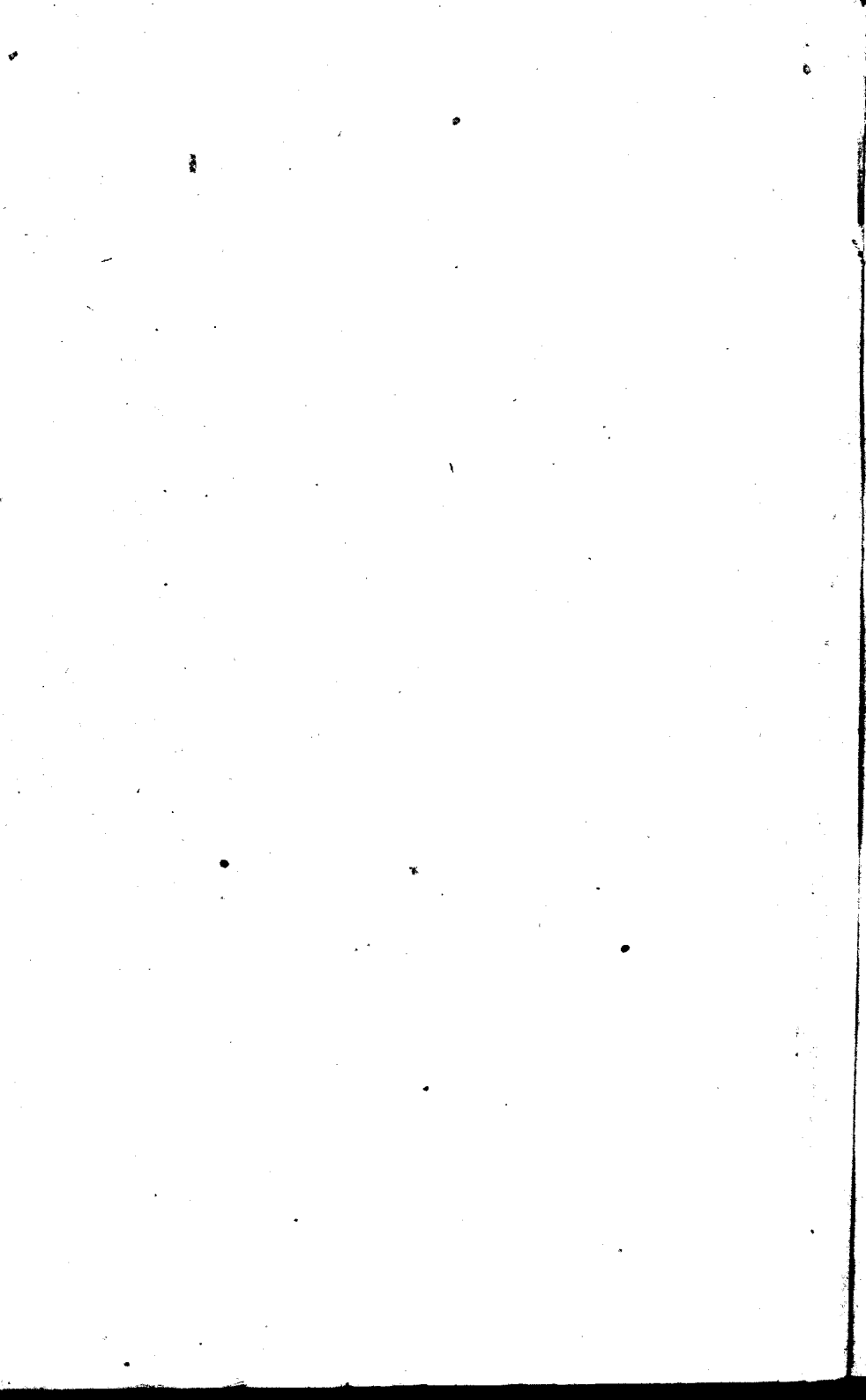


BIBLIOTECA
LANCISIANA





Estratto dal Giornale Medico Lo SPERIMENTALE
Fascicolo 12° - Dicembre 1883

PARTO PROLUNGATO

CONTRIBUTO ALLO STUDIO

DELLA ENDOMETRITE IN GRAVIDANZA ED IN PARTO

DEL

Dott. ARTURO BOMPIANI



Firenze — Tip. Cennioliana.

PARTO PROLUNGATO.

N. 210. Aprile 1883. 18 anni, lavandaia. Conformazione scheletrica atletica, ottima costituzione, tipo di una bella Trasteverina. — Prima mestruazione 16 anni, 5 giorni, con dolori, tipo mensile regolare. Non ebbe nè aborti nè parti precedenti. L'ultima mestruazione data dal 30 giugno 1882. Il decorso della gravidanza fu dei più normali.

Ha un addome di forma ovoide alquanto sporgente, la linea alba è unita, appianato l'ombellico. L'utero è pochissimo inclinato a destra.

Allo ingresso si sente la testa già scesa in parte nello scavo, il dorso si palpa a sinistra e le piccole parti a destra in alto. I battiti cardiaci fetali si ascoltano nel quadrante inferiore sinistro vicino alla linea mediana.

Le misure scheletriche della pelvi sono:

Circonferenza pelvica.....	millimetri 890
Distanza fra le sp. il. ant. sup	» 260
» fra le creste iliache	» 280
» fra i grandi trocanteri	» 340
Obliquo sinistro e destro.....	» 230
Coniugata esterna.....	» 210

Lo sviluppo del ventre è rappresentato dalle seguenti misure:

Distanza dal pube all'ombellico.....	millimetri 190
» » al fondo dell'utero.....	» 320
» » alla cartilagine ensiforme..	» 430
Circonferenza addominale.....	» 930

I genitali esterni sono normali, il perineo è integro ed alto. L'ostio vulvovaginale è di giusta ampiezza ed il bulbo vaginale anteriore è sporgente. La vagina è molle, calda, lunga più dell'usato ed ampia in alto. Il collo dell'utero molle è conico ad apice inferiore e lungo tre centimetri, ed è inserito in alto ed in dietro un poco verso sinistra. L'orificio esterno si raggiunge difficilmente perchè è posto ed è volto in alto. Rialzando il bacino della donna supina lo si tocca e penetra potendosi così penetrare il canale cervicale e sentire l'orificio interno che è chiuso.

Attraverso la metà anteriore del sottile segmento inferiore si sente la testa con la sutura sagittale parallela al 1° obliquo. Questo segmento inferiore riempito dalla testa è spinto molto in basso entro lo scavo pelvico e fa ripiegare tutta la parete vaginale anteriore, che però sporge all'ostio.

Queste condizioni si notarono nel mattino del 30 marzo, quando la donna entrò in Maternità dicendosi in parto per dolori d'utero e per pregressa perdita di sangue. In quel giorno i dolori si ripeterono con vere contrazioni del-

l'utero, ma non furono molto intensi, mentrèchè ne fu agitata in tutta la notte successiva. I dolori erano lomboipogastrici stiranti dal fondo dell'utero al pube e prementi in vagina con senso di pondio perineale, intermittenti. Le contrazioni erano di breve durata, ma si ripetevano frequenti e così intensamente dolorose che la donna si agitava e mandava grida strazianti. La temperatura non si elevava sensibilmente. Si fece iniezione ipodermica di 0,02 idroclorato di morfina in 1.00 d'acqua e si ripeté molte volte il bagno a semicupio nella notte e nel di seguente.

Nei giorni successivi dal 1° al 7 aprile continuando uguale spasmodia si praticarono irrigazioni di acqua a 35° in vagina, a più riprese nella giornata della durata di 1/4 d'ora a piccola altezza del livello vaginale per non aver lo stimolo meccanico di percossa ma per ottenere effetto calmante dal caldo umido applicato localmente. Ma inutilmente che si dovettero ripetere semicupii, iniezioni di morfina e unzioni di bella donna sul ventre e cataplasmi caldoumidi. L'esame vaginale al 7 Aprile dava: ostio vaginale sensibile alla introduzione del dito, vagina molle e ripiegata nella parete anteriore. Segmento anteriore inferiore abbassato e molto sporgente; collo dell'utero ancora più rialzato che nel riscontro precedente e disposto in modo che per raggiungere l'orificio esterno si dura gran fatica anche alzando la pelvi della donna o facendola volgere di lato. Questo orificio è ampio da permettere bene il passaggio del dito, ma il canale è così diretto che per percorrerlo bisogna piegare il dito ad uncino volgendone l'apice in avanti ed in basso, l'orificio interno è ancora chiuso. Le pareti quindi di questo canale cervicale sono embriate ma in senso inverso di quello abituale, essendo nel caso in discorso l'orificio esterno più alto di quello interno.

L'esame vaginale ha ridestato contrazioni forti e dolorosissime. Anestesia cloroformica istantanea. A sera semicupii ed iniezioni di morfina.

8 Aprile. Per la prima volta ha passata la notte tranquilla, ore 9 antim. dolori e contrazioni violentissime che mettono in grande agitazione la donna. Ha contrazioni toniche e cloniche dei muscoli posteriori del tronco, le quali lo fanno inarcare, ed elevano ed abbassano convulsamente la pelvi sul piano del letto contro il quale a ginocchia flesse punta validamente i piedi. T. 37,8; P. 110. Volto acceso, occhi iniettati e lacrimosi, pupilla a 4 mm. di diametro.

Alle 9.5 antim. inalazione per due minuti di pochissimo bromuro d'etile cessazione quasi istantanea dei dolori pressochè come per il cloroformio: P. 88 R. 28. La pupilla prima si è fatta miotica, poi midriatica in sonno completo passando dai 2 ai 5 mm. di diametro; la iperemia del volto scema tardi. — L'anestesia congiuntivale è dei pudendi si mantiene completa anche dopo 10 minuti dall'allontanamento dell'analgesico. La respirazione si fa normale in frequenza e calma con movimenti toracici appena avvertiti.

Alle 9.35 ant. si risveglia completamente ma con pochi dolori che tornano alle 5 pom. e si fanno intensi dalle 6 alle 8 pom. Due iniezioni di idroclorato di morfina a breve distanza.

Alle 10.20 pomeridiane si fa inalare per un minuto primo del bromuro d'etile, il sonno si ha subito tranquillo e l'anestesia avviene prima ai geni-

tali che alla congiuntiva bulbare. La dilatazione va progredendo abbassandosi e portandosi al centro il collo che all'una ant. del giorno 9 Aprile è completa. La donna perde siero sanguinolento; all'esplorazione si trova il corion rotto e l'amnios integro; rottura artificiale di questo. — Rapida discesa del capo ed espulsione con secondamento immediato; il tutto in 25 minuti. — Esaminato l'utero per vagina si trova la porzione floscia e l'orificio interno strettissimo. Il feto è femmina, peso 2740 gram. e lungo 48 centim. — Diametro: O. M. = 130 O. F. = 100; S. O. B. = 90; B. P. = 85; B. T. = 75; F. M. = 75; B. A. = 115: nato vivo e sano. La placenta è circolare, ampia, pesa 560 grammi con il sacco aperto a 6 centimetri dal margine; il funicolo di 47 centimetri è inserito a lato. L'esame delle membrane, ne mostra tre, delle quali l'esterna è costituita da un grosso strato della decidua reflexa, resistente, iperemica, che si separa tutta integra e mostra qua e là gettoni iperplastici.

Nel puerperio che fu normale ebbe il 2° giorno senso di bruciore in tutto l'ipogastrio e la palpazione era dolente. Il calore si convertì in dolore spontaneo il 3° e 4° giorno. Il dolore scomparve spontaneamente e pochi altri giorni dopo la puerpera fu licenziata sana. E sana fu riveduta al secondo e quarto mese dal parto.

Questa storia interessa e per l'andamento del parto e per il reperto sull'uovo fetale. Chi prendesse in minuto calcolo il decorso di questo parto doloroso potrebbe vagheggiare l'idea di considerarlo come reumatismo uterino come i casi descritti da Cazeaux, Gauthier, Carpentier ed altri; ma a chi consideri lo stato dell'uovo ed annessi non può sfuggire una condizione anatomica la quale farebbe ritenere tutto il quadro come fenomenico di una endometrite di lunga mano preparata in tutta la gravidanza e manifestatasi acutamente durante il parto, non perchè il processo flogistico abbia aumentato di intensità ma perchè il distacco difficile dello strato superficiale di decidua reflexa ha ridestato dolori intensi.

Poteva essere questo una caso di reumatismo uterino? Senza essere esclusivista come Spiegelberg e Braun che lo negano sempre in tali forme, nel fattispecie non trovo gli estremi per ammetterlo.

D'ordinario il reumatismo uterino segue al reumatismo muscolare generale e se anche sia limitato all'utero ed insorga in parto la sua forma non è mai così intensa d'emblée. Dei 29 casi raccolti dal Gauthier 18 erano sviluppati in gravidanza, 11 durante il parto: La nostra giovane di ottima salute era, è vero, lavandaia, condizione facilmente disponente ai reumatismi, ma essa non accusava dolore nemmeno di stanchezza in nessuna parte del

corpo quando ricoverò nella Maternità, nè la sua storia anamnestica permetteva il sospetto pure di pregressi reumi. Il reumatismo uterino può avere più o meno intensi e prolungati periodi di dolore ma questo è quasi continuo — almeno il senso di bastonatura muscolare — non vi si notano pause, il parossismo per intenso che sia darà contrazioni toniche a lungo persistenti all'utero, ma non accessi di convellimenti generali, quali provoca uno spasmodico dolore localizzato in punti limitati sano restando il resto del corpo.

La nostra inferma ebbe, per vero, tregue molto corte ma complete e negli accessi il dolore raggiungeva tale una intensità che la donna ne diveniva convulsa in tutta la persona, sana del resto ed assolutamente indolora cessato il parossisma.

Rammento bene un caso tipico di reumatismo uterino occorso nella Maternità.

Una giovane, sartrice, bipara, all'ottavo mese di gestazione, ricoverava nelle sale mediche per reumatismo muscolare. La malattia cominciò alle estremità e man mano guadagnò il tronco, ultimo fu l'utero ad esserne affetto; ma sebbene i dolori non fossero spasmodici essi erano prolungati, continuati anzi così da interrompere la gravidanza prematuramente. Questa donna che avea febbre continua nei primi giorni, remittente negli ultimi ebbe l'utero duro come legno durante tutto il parto che fu lungo due giorni; il dolore prendeva tutto il ventre ed essa non solo non osava muoversi ma tratteneva le grida per non aumentare la pressione intraddominale sul viscere ammalato e sulle pareti addominali, ambedue così sensibili da darle molestia gli scuotimenti impressi al letto.

L'aspetto di quella inferma mi resta impresso come caratteristico; sotto il dominio di un dolore sordo continuo essa temeva l'avvicinarsi di uno maggiore, sia dovuto alla contrazione dell'utero sia ad agenti esterni. In questa donna fu dolorosa la dilatazione del collo, lenta l'espulsione del feto per insufficienza di forze ausiliari e il secondamento non si poteva coadiuvare con pressioni esterne sul fondo dell'utero perchè pungenti. Il reumatismo si prolungò in puerperio e cessò gradatamente sotto l'uso generoso del salicilato di soda.

La nostra partoriente calma nelle pause e convulsionaria al momento del dolore, non è mai febbrile, ma il polso ed il respiro sono frequenti negli accessi; l'utero duro nelle contrazioni è molle negli intervalli e poco sensibile. Ha un parto prolungatissimo, probabilmente per il distacco difficile della decidua che riesce doloroso: completato questo distacco il secondamento è facile, ed il dolore dell'utero si risveglia solo per due giorni in puerperio e non si ripete. La donna esce sana al sesto giorno.

La decidua è grossa, tutta bene vascolarizzata qua e là sparsa di bottoni vegetanti dei quali il distacco sarà stato probabilmente il più doloroso. Queste caratteristiche fanno propendere più per un *parto doloroso conseguenza di endometrite lenta che non per un reuma nel parto.*

Le endometriti in gravidanza si presentano allo stato acuto nelle malattie d'infezione alta con interruzione frequente della gestazione, e per i guasti deciduali e per l'asfissia indotta dalle forti elevazioni di temperatura. Si presentano allo stato cronico sotto tre varietà. 1° Endometrite cronica diffusa: 2° Endometrite mammellonata o poliposa. 3° Endometrite catarrale o idrorrea delle gravide. Tutte e tre possono permettere il decorso della gravidanza fino al termine; ma mentre la terza varietà quasi costantemente non disturba la gestazione, le due prime molto spesso la interrompono.

Tanto la *endometrite cronica diffusa* come la *mammellonata o poliposa* hanno per caratteristica anatomica sviluppo eccessivo del connettivo con ingrossamento della caduca, partecipandovi talora anche le fibre muscolari superficiali (Kaschewarowa) e con produzione di cisti (Spiegelberg), e formazione di strutture cavernose per moltiplicazione rapida delle grandi cellule (Schroeder). La proliferazione delle grosse cellule di Friedländer con iperemie degli strati placentari e mucosi sottostanti e travasi sanguigni, costituiscono la *Endometrite adesiva* di C. Braun. Nella endometrite mammellonata poliposa non si ha che un grado più avanzato di tali proliferazioni con ricche neoformazioni vasali (Hofe). Della terza varietà o idrorrea delle gravide si distinguono due forme (Stapfer) *traumatica* e *catarrale* propriamente detta. Il liquido secreto si vuole che nelle prime settimane di gestazione si produca nella cavità detta idroperione da Velpeau fra la caduca ovulare, cioè, e la caduca uterina (Tarnier) mentrechè negli ultimi mesi il liquido si accumulerebbe fra la caduca ed il chorion. Le raccolte di liquido che il Mattei avrebbe di frequente trovate fra amnios ed il chorion non possono registrarsi fra le endometriti catarrali. Questa varietà, dice lo Charpentier è rara, si osserva nelle multipare ad epoche indeterminate ma più spesso negli ultimi due mesi.

Il caso testè descritto evidentemente può ascriversi alla specie *endometrite adesiva* del Braun, il quale afferma che in tali forme durante la gravidanza i movimenti del feto eccitano dolori come di coliche ed offrono sintomi che altre volte furono descritti

per sintomi di reumatismo uterino. Accenna per cause i raffreddamenti ed aggiunge che possono sorgere difficoltà nel parto per aderenze della placenta. Le cause generali possono essere la siflide, le endometriti croniche precedenti, gli sforzi, il lavoro esagerato.

Chi pratica le Maternità è già persuaso che il maggior numero degli aborti — tolti i traumatici e quelli da alte febbri infettive o per tossici — è dovuto a precedenti endometriti semplici divenute per dato e fatto della gravidanza emorragiche ed iperplastiche. I così detti ovi apoplettici ne sono una frequente dimostrazione: in essi oltre grossi coaguli e cruorosi e cruorofibrinosi, a seconda dell'epoca di formazione si scorge sempre — se al 1° trimestre — la separazione di uno strato mucoso, foggiato a cono ed apice inferiore e base superiore, strato frequentemente alto un cent. e più: ed io ne conservo belli esemplari. Negli aborti al 2° trimestre si notano iperplasie deciduali prevalenti, mentre le emorragie sono accidentali e, relativamente all'età d'ingrossamento della mucosa, precedono di poco l'espulsione dell'uovo. Queste emorragie sono di lunga mano preparate da rigogliose vegetazioni deciduali bene vascolarizzate, che possono assumere la forma gigante che il Wirchow ha descritta per poliposa.

Io conservo un' esemplare di *endometrite poliposa* in cui ogni sporgenza ha figura e grandezza di una grossa lenticchia, questi polipi lenticolari sono così ravvicinati che danno alla membrana un'aspetto villosa. Raccolsi questa decidua 24 ore dopo un aborto al 5° mese in donna affetta da morbilli nel periodo di desquamazione, quando già le febbri erano cessate. Il che fa credere che le precedenti elevazioni di temperatura non avrebbero, probabilmente interrotta la gravidanza, se le congestioni viscerali non avessero trovato un terreno favorevole nella decidua ammalata. Nei parti all'ultimo trimestre si notano spogliazioni di larghe zone di decidua ingrossata molte volte avvenute senza altri dolori al di là dei soliti.

Sebbene creda che questi fatti, perchè d'osservazione giornaliera, dovrebbero indurre nella mente dei più la persuasione che la endometrite in gravidanza è molto frequente, pure essa non è soggetto ancora di grande attenzione; nè v' hanno cifre accertate sulla sua frequenza assoluta, e relativa all'epoca di gestazione sugli effetti nel parto e nel puerperio, e sulle condizioni anatomiche che si riscontrano. Capo, quest'ultimo di somma importanza per far passare d'uso alcune denominazioni cliniche le quali accusano più la ignoranza nostra, che non la chiarezza di idee sopra certi fatti. Il nome d' interruzione abituale di gravidanza dato a molti casi simili, pas-

sarebbe sotto una rubrica determinata di alterazioni anatomiche, ed a questa corrisponderebbe un trattamento terapeutico, profilattico, attuale e successivo più razionale e promettitore di più sicuro risultato. Sulla importanza di tale ricerca etiologica nelle malattie della mucosa uterina come causa d'interruzione di gravidanza, ho inteso in ogni incontro insistere il chiarissimo mio maestro il Professore Pasquali. Nella endometrite catarrale più facilmente la gravidanza corre fino al suo termine; non mancano però accidentalità moleste e lungo il decorso ed al termine della gestazione. La perdita di liquido che può oscillare fra quantità diversissime dai 50 ai 1000 grammi, è tale qualche volta da impensierirne la donna e chi la circonda; poichè può accompagnarsi anche ad aumenti e diminuzioni del ventre rapidi, come fu constatato da Hegar e Chassinat e può durare a lungo con incomodo e denutrizione della paziente come in un caso osservato dal Naegelé, che vide tale perdita continuarsi ben tredici settimane. La preoccupazione delle pazienti è tanto maggiore in quei casi — d'altronde non molto rari — nei quali il liquido viene tinto di sangue e talora si hanno vere e proprie emorragie; sia perchè possono fare temere sempre l'imminenza d'interruzione di gravidanza e sia perchè dopo la metà della gravidanza giustificano il sospetto di inserzione bassa della placenta.

In breve lasso di tempo mi occorsero due casi clinici, di questa varietà di endometrite, molto chiari ed importanti per la loro influenza sulla gravidanza e sul parto.

Nella metà del decorso settembre fui invitato dall'egregio collega D. Toncker a visitare con lui una sua cliente che temeva avere un *figlio morto in corpo* al quinto mese di vita intrauterina. Si trattava di una signora sulla trentina maritata da undici anni. Ebbe tre concepimenti che s'interruppero tutti al principio del 7° mese e dei quali, *al dire della paziente* sentiva movimenti attivi dal 3° al 5° mese (?), ma non mai più oltre. I feti espulsi erano giudicati dell'approssimativa età di 5 mesi compiuti. Dell'ultimo parto avvenuto in Firenze, il medico che l'assisteva notò essere la placenta ammalata d'inflamazione cronica. Nello stato di vacuità la signora soffriva di perdite abbondanti di un fluido mucopurulento, senza molestie concomitanti. Attualmente essa è amenorrea dal 10 maggio 1882, ed ha sofferto sempre di vomiti ostinati che l'hanno molto dimagrita. Nell'estate passata essendo a Pesaro ai bagni, consultò il Professore E. F. Fabbri per sapere se avesse potuto intraprendere il viaggio per Roma (metà di agosto). Ottenutone l'assenso fece un viaggio travagliato da vomiti e perdita di liquido incolore dai genitali, dapprima non mai avvertito; questa perdita, nel mese che restò in Roma prima della mia

visita, si è ripetuta così frequente ed abbondante sotto gli sforzi del vomito da fare credere rotto l'uovo: non ebbe però mai dolori nè scolo di sangue. In questo tempo si è messa in letto perchè la posizione orizzontale le risparmiava i vomiti, ma non sente più i moti fetali che diceva avere già avvertiti ai bagni. È una signora di ossatura minuta, di carnagione bianco rosea, costituzione linfatica, con masse muscolari fioche ricoperte da discreto pannicolo di grasso e di aspetto delicato. Ha ventre convesso per meteorismo ed adipe sottocutaneo abbondante; la cicatrice ombellicale è retratta. La *palpazione* e la *percussione* limitano ad un dito trasverso sotto l'ombellico il fondo dell'utero che è molle ed indolente: questo viscere è più sviluppato nel senso trasversale che nell'anteposteriore. L'ascoltazione dà battiti cardiaci fetali netti in ambo i lati della linea mediana ma specialmente a destra sopra il pube. Per la *vagina*, mollissima ed ampia il collo è portato in dietro ed un poco a sinistra ed è mollissimo; il segmento anteriore inferiore è rialzato, perchè l'intestino è pieno di scibile, ma la pressione della mano addominale *combinata* al pigiare vaginale, alquanto doloroso, fa sentire l'utero sviluppato al volume di una testa di feto mollissimo con un corpo entrovi ballottante. Assicurai la completa vita del feto e tolsi così le preoccupazioni moleste che impensierivano quella famiglia: suggerii bromuro potassico e vita agiatamente attiva ed ora la gravidanza decorre regolarmente a termine.

Evidentemente questo è un caso di idrorrea da endometrite già preesistente alla gravidanza attuale, modificatosi spontaneamente per semplice osservanza d'igiene.

Con grande probabilità nelle gestazioni precedenti il processo era più intenso accompagnato da iperplasie deciduali: i movimenti che la signora asserisce avere sentiti nelle precedenti e nell'attuale gravidanza dal terzo mese in poi possono spiegarsi con la ipotesi di parziali contrazioni indolore. Ipotesi molto attendibile di verità perchè ho visto casi in cui una irritabilità dell'utero eccessiva faceva sentire i così detti movimenti del feto nel 3° e 4° mese mentre si svelava come contrazione vera e propria di zone parziali dell'utero nei mesi successivi.

Nell'inverno passato assistei l'iniziarsi della prima gravidanza in una giovane e nervosissima signora meridionale. Vivace, irritabile, malinconica di aver lasciata la famiglia e i caldi orizzonti marini del suo paese, dopo tre mesi di matrimonio, amenorrea, tutta preoccupata del suo nuovo stato. Si aggiunge in breve uno scolo abbondante lattiginoso dai pudendi esterni i quali ne sono così irritati da prurito che si gonfiano e bruciano al punto da indurre la giovane a fregamenti violenti, fino alla lesione di continuo della cute e ad eccitazioni psichiche quasi maniche con dolori ipogastrici. Una terapia opportuna e molto paziente riesci a diminuire la secrezione e con ciò il bruciore molesto almeno negli intervalli delle epoche di ricorrenza mestruale; in questo periodo però

quasi a prova di un *molimen* e di un *nisus menstruandi*, avverte dolori lombopubici nei primi tre mesi, e nei due seguenti dice sentire movimenti del feto di cui d'altronde non erano menomamente percettibili i battiti cardiaci. Nei successivi mesi quando sicuramente avvertiva sempre i moti attivi fetali, tornava a sentire contrazioni uterine nell'epoche mestruali, tali da farle temere di gravidanza tantochè per rassicurarla la indussi a farsi fare una visita dal chiarissimo mio maestro il Professore Pasquali, che approvando il trattamento sedativo da me intrapreso potè tranquillizzarla. Ed essa di fatto ha compiuto la sua gravidanza con parto e puerperio felici in seno alla sua famiglia paterna sotto il tetto natio.

Altre volte un processo di endometrite può avere punti localizzati di dolori così spasmodici da provocare tali contrazioni dei muscoli addominali riflesse da far credere ad un parto che non esiste. Valga il seguente esempio:

Sul finire dell'agosto p. p. fui chiamato in consultazione dall'egregio collega Dott. Mariotti, che teneva la condotta medico chirurgica in Fiano Romano a vedere una donna al 7° mese di gravidanza, supposta in parto. La paziente di circa 38 anni ha già partorito a termine altre otto volte, eccitabilissima di sistema nervoso e quasi *ninfomaniaca* è compagna ad un degno marito che dicesi un Priapo e la loro convivenza conjugale è attivissima anche in questi ultimi giorni negli intervalli delle sofferenze della donna. Già prima della gravidanza ed in tutto il corso di questa avea scolo mucopurulento abbondante dai genitali. Al 6° mese ebbe uno spavento ed un patema d'animo per il quale ebbe metrorragia e fu ridotta a tenere il letto estenuata di forze. Da allora fino ad oggi ha sempre avuto dolori intensi al pube ed al sacro con contrazioni dolorose del ventre, e la perdita di denso muco e pus è notevolmente cresciuta. Ad intervallo di due o tre giorni i dolori si fanno così acuti da eccitare convulsioni cloniche e toniche delle estremità e del tronco; al termine delle quali il polso si fa esilissimo e per poco tempo si sospende la coscienza della inferma. La sera del giorno dell'arrivo vidi la donna in posizione di parto ma non ebbe alcuna contrazione, l'utero era molle, per il palpamento esterno e per il riscontro vaginale si sentiva il feto piccolo in posizione trasversale movente attivamente le sue piccole parti: il collo dell'utero era floscio con un canale cervicale lungo tre centimetri; l'orificio esterno largamente aperto per profonde lacerazioni bilaterali e l'orificio interno era pervio all'indice ed al medio uniti che sentivano integro il sacco delle membrane: la esplorazione fu dolorosa pigiando contro il segmento inferiore anteriore sporgente, ma non eccitò contrazione. Il giorno seguente fummo chiamati presso la donna mentre aveva i dolori senza convulsioni. In posizione semiseduta essa ponzava potentemente, puntando i piedi contro il piano orizzontale del letto e sollevandone talora tutto il bacino. Sotto un premito che essa faceva, strillando per l'intenso dolore, il ventre dive-

niva durissimo, ovunque sporgente e pareva sotteso da un utero veramente contratto, se nonchè esaminata per la vagina durante il dolore, nè l'orificio inferiore si stirava e molto meno vi si tendevano sopra le membrane che restavano molli e traverso le quali si potevano vellicare alcune estremità del feto che si muovevano; il dito estratto portava via grosse matasse di densissimo muco. Queste condizioni feci riscontrare dallo stesso Dott. Mariotti che poté bene accertarsi l'utero non partecipare alle contrazioni dei muscoli addominali; i quali erano sottesi dalle anse intestinali spinte, in basso ed innanzi dall'aumentata pressione diaframmatica negli sforzi inspiratorii del ponzare. Dichiarai quelle contrazioni, *reflesse eccitate da dolori pubico e sacrale dovuti ad endometrite ed esclusi trattarsi di parto*; affermando che quelle contrazioni lo avrebbero in breve eccitato prematuramente. Sugerii lavande fenicate tiepide in vagina e cloralio internamente.

Ne ebbe pochissimo giovamento ed il parto prematuro dovette essere completato dall'egregio collega con versione podalica ed estrazione manuale.



2819

