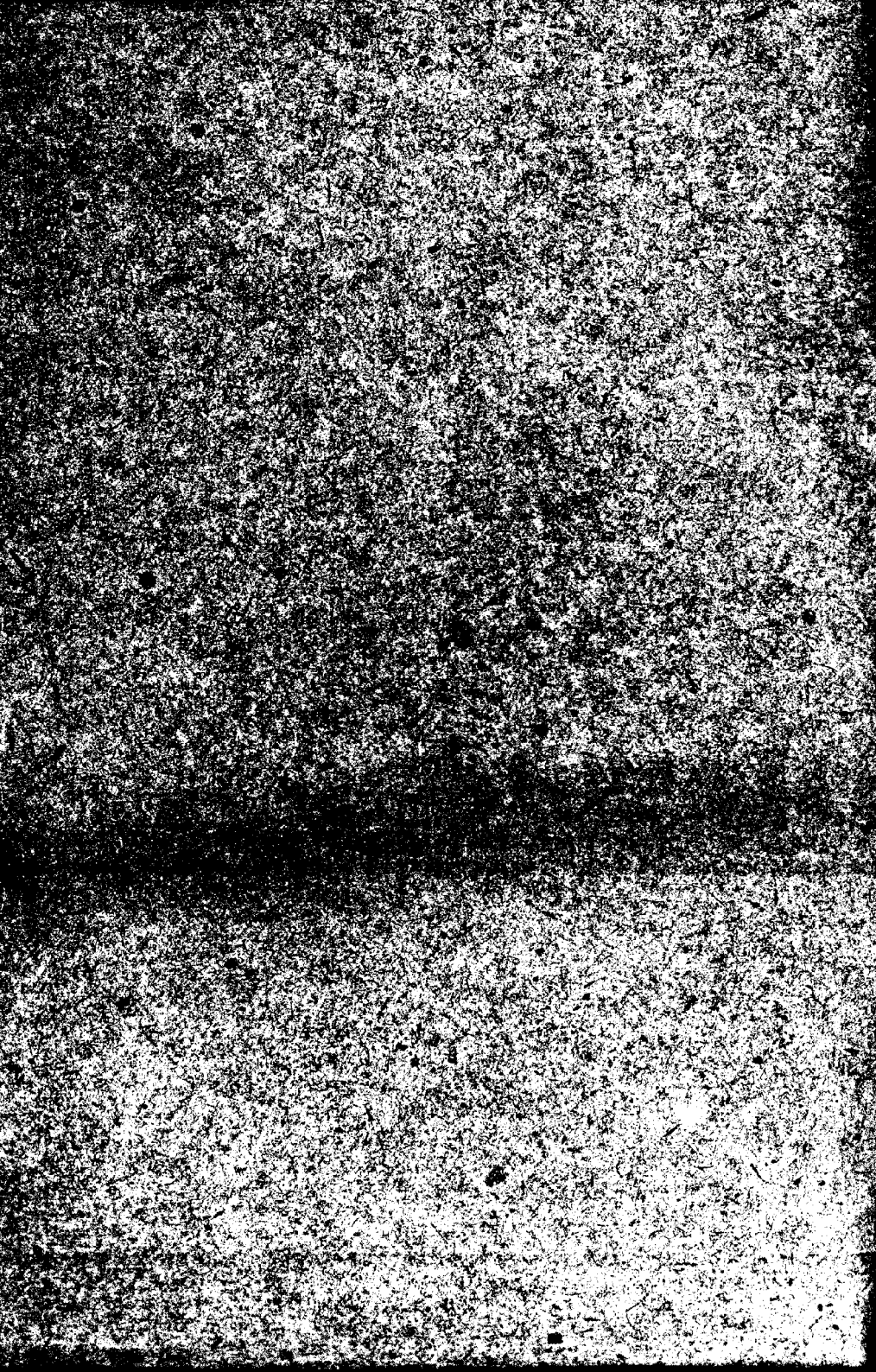


BIBLIOTECA  
LANCISIANA





CONTRIBUTO ALLO STUDIO  
DELLA  
ISTERO-OVARIOTOMIA CESAREA

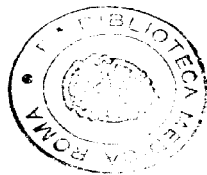
(amputazione dell'utero e delle ovaja dopo il taglio cesareo)

PER

**GIUSEPPE BERRUTI**

Dottore aggregato in Ostetricia e Professore pareggiato nella Università di Torino.

Memoria intercalata di figure e seguita da XXXI osservazioni cliniche.



**ENRICO DETKEN**

EDITORE

NAPOLI  
Piazza Plebiscito

1880

ROMA  
121, Montecitorio

---

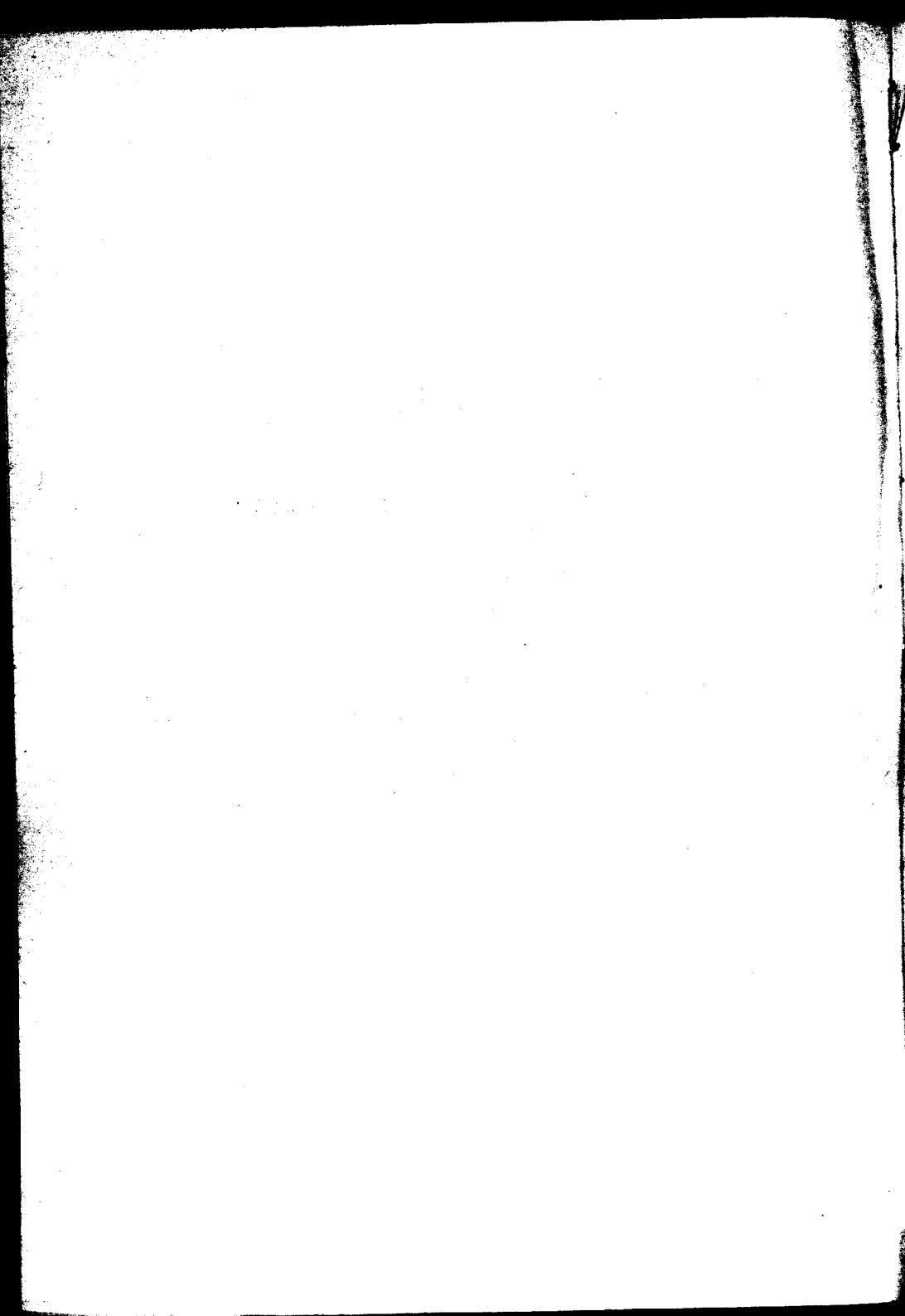
*Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*  
*Nuova Serie. — Anno I.*

---

---

STABILIMENTO TIPOGRAFICO DELL'UNIONE  
Strada nuova Pizzofalcone, 3.

AL  
PROFESSORE  
**EDOARDO PORRO**  
INGENIO ELETTO  
OPERATORE ARDITO  
NELLE  
OSTETRICHE E GINECOLOGICHE DISCIPLINE  
D. D.



## SORGENTI BIBLIOGRAFICHE

**Porro Edoardo**: *Dell'amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo*. Milano, 1876 — **Braun C.**: *Verhandlungen der Versammlung deutscher Gynäkologen in München, 1877* — **Stahl**: *trattato di operazioni, 1877* — **Späet**: *Wiener med. Wochenschrift e Centralblatt, 1878* — **Corradi Alfonso**: *Storia della chirurgia e dell'ostetricia in Italia. Bologna 1874-75-76* — **Fogliata**: *Giornale di fisiol. e patologia degli animali. Pisa, 1875* — **Pean**: *Hysterotomie; de l'ablation de l'uterus. Paris, 1875* — **Müller**: *Centralblatt für Gynäkologie, 1878* — **Cavallini**: *Tentamina medica-chirurgica de felici in quibusdam animantibus uteri extractione. Flor. 1768* — **Jéser**: *Giorn. di patol. anim. di Pisa 1878* — **Storer**: *journ. Gyn. Soc. Boston V. Art. extirpation of the puerperal uterus by the abdominal section* — **Wegner**: *Langenbeck'archiv, 1876* — **Chiara D.**: *Fatti e commenti clinici; annali di Ostetricia e Gazzetta delle Cliniche, 1879* — **Tibone D.**: *Annali ostetricia. Milano, marzo 1879* — **Perolio**: *Un'altra guarita di oper. cesarea con amputaz. utero-ovarica. Brescia, 1879* — **Previtali**: *Memoria sud. del Perolio, 1879* — **Calderini**: *Gazz. Cliniche 1878-79* — **Breisky**: *Archiv. für Gynaekolog. e Centralblatt für Gynaek. 1879* — **Fehling**: *Centralblatt für gynaek. n° 24, 1878* — **Wasseige**: *Bull. de l'Acad. roy. de med. de Belgique, 1878* — **Litzmann**: *Centralblatt für gynaek. n° 4, 1879* — **Dorff**: *Casustica dell'operaz. cesar. col metodo Porro. Friburgo 1878* — **Hegar**: *Centralblatt für gynaek. n° 11, 1879* — **Inzani**: *Gazz. Cliniche 1879* — **Ritgen**: *Ueber des Hervorzichen des Uterus aus der Bauch. bei ec. Berlin* — **Ruggi**: *Dell'arte del medicare secondo Lister. Bologna, 1879* — **Franzolini**: *Contributo alla ovariotomia ed alla laparo-isterotomia in Italia. Giorn. scienz. med. Venezia Febb. 1879* — **Berruti G.**: *Gazz. Med. di Torino, 1878-79 e Rapporto all'Ac. med. di Torino sopra un nuovo caso di istero-ovariotomia cesarea con esito favorevole, 1879* — dello stesso. *La craniotomia nella pratica ostetrica, Torino 1876 ed un triennio di Clinica Ostetrica. Torino, 1876* — **Mangiagalli**: *Annali di Ostetricia, Milano, 1879* — **Welponer Egidio**: *Contributo alla statistica dell'ovaro-isterotomia cesarea col metodo Porro; comunicazione fatta alla Società Med. di Firenze il 27 aprile 1879* — **Kaiser**: *de eventu sectioni Cesarei, 1841* — **Schröder**: *Manuel. d'accouch. Trad. Paris, 1875* — **Keit**: *L'ovariotomia prima e dopo la cura antisettica. Edimburgo, 1879* — **Lupò**: *Sulla medicatura delle ferite aperte, giorn. internazionale di scienze med. Napoli, 1879* — **Minich**: *Cura antisettica delle ferite e proposta di un nuovo metodo. Venezia, 1876* — **Mengel**: *Sul metodo Lister; Gazz. medica Lomb. 1877* — **Bottini**: *La medicazione antisettica; conferenza cli-*

nica, 1878 — **Devecchi**: *Contribuzioni allo studio della medicazione antisettica del Lister nelle operazioni chirurgiche*. Torino 1878 tip. Roux e Gazz. med. di Torino n° 29 e seg. — **Boini**: *Della medicazione al cotone di Alfonso Guerin*. Gazz. med. di Torino, fasc. 43 e seg. 1878 — **Barnes**: *Leçons sur les opérations obst.* trad. par Cordes. Paris, 1873 — **Belluzzi**: *Operazione cesarea seguita da sutura uterina*. Bologna, 1879 — **Braxton Hicks**: *Sul modo migliore di estrarre il capo fetale ec.* Londra, 1864, ed *Obstetrical. transaction* stesso anno — **Gueniot**: *Parallèle entre la cephalotripsie et l'opération césarienne*. Paris, 1866 — **Hubert**: *De la transfération et de la sphénotomie*. Bruxelles 1879 — **Joulin**: *Traité complet d'accouchements*. Paris, 1867 — **Tyler-Smith**: *On the abolition of craniotomy: transactions obstetr.* Londra, 1879 — **Van-Huevel**: *sur les divers moyens de délivrer la femme en cas de retrécissement du bassin*. Bruxelles, 1842. **Imbart de Laquache**, *de l'amputation utero-ovarique comme complément de l'opération césarienne*. Paris, 1878. — **Spast**, *Erfahrungen über sectio césarea aufzulösung dieser operation mit extirpation des uterus*, 1879 — **Morisani**: *manuale delle operazioni ostetriche*, Napoli, 1878 — **Dubois**, *dictionn. de médecine et chirurgie*, 1854. **Jacquemier**, *Manuel des accouch.* Tom. 2. Paris — **Velpeau**, *traité de l'art des accouch.* Paris, 1863. **Wasseige Ad.** *de l'opération césarienne, suivi de l'amputation utéro-ovarique: méthode Porro*, Bruxelles, 1878 — **Dello stesso**, *Deuxième observation d'opération césarienne, méthode Porro et description d'un nouveau constricteur*, Bruxelles, 1878 — **Fochier**, *Un cas d'amputation utéro-ovarique comme complément de l'opération césarienne; guérison*. Lyon, 1879 — **Tarnier**, *Materiaux pour servir à l'histoire de l'amputation utero-ovarique: deux observat; l'une suivie de mort, l'autre de guérison*. Paris, 1879 — **Cuzzi Alessandro**, *Il materiale infettante e la proflassi antisettica nella partoriente e nella puerpera*, Milano, 1879 — **Peyretti G.** *Taglio cesareo con amputazione utero-ovarica per gravissima ristrettezza pelvica* Torino. 1879. — **Hubert Riedinger**: *sectio cesarea nach Porro mit günstigam Erfolge*, Wiener Mediz. Wochen; n.° 20, 1879.

---

I.

**Cenni Storici.**

*Parce matri et proli si  
parcere possis!*

La storia dell' *istero-ovariotomia cesarea* (1) rimonta a soli quattro anni. Al Porro di Pavia l'ostetricia va indiscutibilmente debitrice di questa importante e radicale innovazione, che ha di già portato e che meglio in avvenire apporterà una vera rivoluzione nella tecnica del taglio cesareo.

Benchè il primo caso di esportazione dell'utero gravido nella donna abbia avuto luogo per opera dello Storer nel 1868 (2), tuttavia chi ne concepì il progetto, ne studiò l'esecuzione e ne attuò l'ardimentosa idea, con animo deliberato, fu il Porro il quale fin dal 1874 si preparava all'impresa facendo delle sperienze sopra animali, sperienze che pei favorevoli risultati ottenuti l'incoraggiarono a persistere negli studii ed a deciderlo alla prima occasione di applicare il suo metodo su donna viva. Lo Storer invece amputò l'utero dopo il taglio cesareo per caso e come estrema ri-

---

(1) Così detta dal Tibone: *amputazione utero-ovarica come complemento di taglio Cesareo* dal suo autore: *ovaro-isterotomia Cesarea* secondo il Chiara: *amputazione utero-ovarica Cesarea* dal Mangiagalli: *operazione Cesarea col metodo Porro* secondo i tedeschi.

(2) Journal of the gynaecol. society of Boston. Vol. I. n. 4 pag. 223 art. *Extirpation of the puerperal uterus by the abdominal section.*

sorsa cui ebbe ricorso onde por freno a mortale emorragia. I buoni risultati ottenuti dal Péan (1) in Francia colla esportazione dell'utero ammalato (il 32 p. 010 di successi), hanno tolto l'ultimo dubbio che al Porro che nella sua intima lotta già così propenso era alla più ardita idea. Egli conosceva pure i risultati e gli esperimenti fatti prima di lui sugli animali e tutto concorreva ad affermarne le convinzioni ed a lasciar speranza di riuscita. Il nostro Cavallini professore e maestro di Chirurgia in S. Maria Nuova nel secolo passato esportava l'utero negli animali manifestando un voto che questa operazione venisse a sostituire nella donna il taglio cesareo (2).

Fin dal 1839 il prof. Blundell di Londra pubblicava in una sua lettura le seguenti considerazioni: « nei miei momenti di riflessione mi sentii più volte inclinato a persuadermi che il pericolo dell'operazione cesarea può, forse, essere notevolmente diminuito colla esportazione completa dell'utero. In 4 casi di esperimenti su conigli ebbi 3 successi. Certo si dovrebbero tali esperimenti ripetere sopra animali diversi, poichè l'importanza dell'argomento rende qui necessaria la moltiplicazione e la varietà. Su fatti di questa natura convien riflettere seriamente. Nell'eseguire il taglio cesareo sul corpo umano il metodo operativo dovrà probabilmente essere notevolmente e radicalmente migliorato. E voi qui presenti potrete forse trarne conseguenze importanti per la chirurgia ostetrica » (3).

Il Rein nel 1875 (4) fece una decisa proposa in questo senso dopo una serie di esperienze sugli animali benchè non tutte riuscite. La sua proposta però non trovò in allora esecutori. Anche il Giacinto Fogliata distinto zoojatra parlò di questa operazione sugli animali domestici riportando le proprie esperienze e quelle

---

(1) Péan — *Hysterotomie — De l'ablation partielle ou totale de l'utérus*. Paris, 1873.

(2) Cavallini Giuseppe — *Tentamina medica chirurgica de felici in quibusdam animantibus uteri extractione*. Firenze 1768 e (V. Corradi, Storia della Chirurgia, capo 82).

(3) V. la lettera del prof. Braxton Hicks diretta al dottor G. Bertruti e pubblicata nel fasc. 33, pag. 843 della Gazzetta Medica di Torino, Anno 1879.

(4) *Centralblatt für Gynaekologie*, 2 marzo 1878.

del Jéser (1) che primo (1862) nel nostro secolo tentò l'esportazione dell'utero gravido in 4 cagne ottenendo due guarigioni. Il Fogliata in una sua pubblicazione (2) si propone di sperimentare sugli animali se abbiassi a preferire la gastro-isterotomia ordinaria o con esportazione dell'utero. Però nelle sue quattro esperienze avendo operato una volta sola sopra un'animale gravido e moribondo nulla riescì a provare in favore o contro la nuova operazione. Anche il Michaelis prima del Porro nei casi di gravissime stenosi pelviche per evitare il pericolo di una nuova gravidanza aveva consigliata, mai attuata, l'estirpazione dell'utero dopo la gastrotomia. Come semplice ricordo storico accenno alla proposta fatta dal Blundell di esportare in questi casi una parte delle tube fallopiane per evitare nuovi concepimenti. Il Guéniot consigliava pure la esportazione dell'utero per evitare la mortale peritonite che sussegue sempre all'operazione cesarea. Il Ritgen per ovviare all'emorragia nel cavo peritoneale suggeriva di trar fuori l'utero gravido dal ventre dopo il taglio delle pareti addominali, per compiere l'isterotomia e l'estrazione del feto. Di tutte queste proposte e consigli nessuno venne seguito tranne l'ultimo che fu dopo il Porro messo in pratica dal Müller con esito fortunato ed eretto a metodo speciale come vedremo.

Da questi brevi cenni risulta quindi chiaramente come la vera iniziativa e la pratica attuazione della istero-ovariotomia cesarea si debbano al Porro di Pavia e come spetti all'Italia il primato di così ardimentosa impresa. E ciò volli soggiungere non per scemare nè per mettere in dubbio la buona fede dell'Hegar di Freiburg il quale dichiara bensì essere stata la sua operata la prima dopo quella di Porro (28 marzo 1877) ma *compiuta senza la conoscenza di questa*. Per ordine cronologico invece l'Hegar sarebbe il terzo operatore.

1.

(1) Dal *Giornale di Anatomia, Fisiologia e Patologia degli animali*. Pisa, 1875, tip. Nistri.

(2) Fogliata ~~1875~~ *Contribuzione* allo studio dell'amputazione dell'utero negli animali domestici; osservazioni cliniche e sperimenti fatti nella scuola zootecnica della R. Università di Pisa, 1875.

II.

**Operazione Cesarea, Embriotomia  
ed Istero-ovariotomia Cesarea.**

L'operazione cesarea che per ineluttabile necessità si è imposta agli uomini dell'arte, in quei casi estremi in cui sono dichiarate impotenti natura ed arte, è giunta fino a noi senza trovar mezzo di essere completamente abolita o di portarvi essenziali modificazioni che valessero a renderla meno funesta per la madre. Per quanto la scienza nostra abbia fatto straordinarii progressi ed immensi siano stati gli sforzi di più generazioni d'uomini celebri nello esercizio dell'arte ostetrica, pure il taglio secondo il processo del Deleurye o del Mauriceau si è conservato tuttodi, ed i risultati sono pressochè scoraggianti quali furono ai tempi di Levret, dello Stein, del Rousset, del Lauerjat e del Ritgen. Dopo l'introduzione della sutura dell'utero proposta pel primo dal Godefroy ed ultimamente caldamente raccomandata dal Barnes e l'applicazione rigorosa del metodo antisettico di Lister, qualche successo maggiore viene a modificare la statistica finora veramente desolante. Ma pur tuttavia siamo così lontani da quell'ideale cui mira l'ostetrico quando si accinge a così grave operazione che molti avevano eretto a sistema assoluto l'astensione. Il Braun di Vienna era fra questi (1). In un decennio di clinica ostetrica, in quell'immensa maternità dove partorirono più di 80,000 nubile, non ebbe occasione di operare quasi il taglio cesareo perchè a suo ricordo non ebbe la ventura di conoscere un successo. Il processo del Porro lo fece ricredere e dei 4 casi operati in un triennio conta già due guarigioni, benchè nessuno contesti che il nuovo procedimento non sia nell'infanzia. D'altronde il risultato pratico dell'operazione cesarea non è meno desolante in ogni regione. Dal secolo XVI ad oggi negli ospizii di Parigi vennero praticate oltre 80 operazioni cesaree con soli 6 successi di cui l'ultimo appartiene al Lauerjat nel 1787. Corre omai il secolo e non si registrò più un'esito felice. Nella Clinica di Torino (2) dove puossi dire di essere stati fortu-

---

(1) G. Berruti — *La craniotomia nella pratica ostetrica*, pag. 116, Torino 1876.

(2) G. Berruti — *Un triennio di Clinica ostetrica nella maternità di Torino*, Parte 3<sup>a</sup> Gruppo V., p. 217, Torino 1876.

nati sopra 7 tagli cesarei praticati dal 1850 al 1870 possiamo contare due successi. Per essere più breve ricorderò le cifre del Mayer (1).

Inghilterra	50	per	010	di	mortalità
Germania	53	»	»		
Francia	55	»	»		
Italia	87	»	»		
Belgio	63	»	»		
America	33	(?)	»		»

Per l'Italia però voglio ricordare anche la cifra del Corradi (2) che non sarebbe così lugubre riducendola al 66 per 010. Il Kayser (3) sopra una statistica di 338 operazioni cesaree conta 210 morti cioè il 62 per 010. Lo Schröder (4) soggiunge che queste cifre sono ancora inferiori al vero poichè molti insuccessi non sono pubblicati. L'Harris di Filadelfia sopra una statistica di 72 gastro-isterotomie perviene agli stessi risultati.

Con questi risultati era naturale che gli ostetrici non essendo riusciti a migliorare il metodo abbiano rivolto lo sguardo agli altri mezzi di cui disponevano e l'aborto ed il parto prematuro provocati ad arte e la cruenta riduzione del feto specialmente, venissero a prendere quasi esclusivamente il posto all'operazione cesarea. Nella mia tesi di aggregazione (5) parmi avere dimostrato con prove indiscutibili come le odierne risorse della chirurgia ostetrica possano sempre trionfare anche dei più gravi ostacoli al compimento del parto, purchè si possa disporre di ricchezza d'istrumenti, abilità somma nel maneggio dei medesimi, e di aiuti intelligenti. I cefalotomi, i cefalotribi, i cranioclasti perfezionati; i procedimenti del Guyon, dell'Hubert, il mio se non erro; la pratica del Barnes, del Tyler-Smith, del Braxton-Kicks, riescono quasi

---

(1) Mayer — *Sulla gastro-isterotomia*. Napoli 1867.

(2) Corradi Alfonso — *Dell'ostetricia in Italia, dalla metà del secolo scorso fino al presente*; commentario.

(3) Kayser — *De ventu sect.* Caes. 1841.

(4) Schöder — *Manuel d'accouchements traduit par Charpentier*. Parigi, 1875, v. p. 339.

(5) G. Berruti—Op. cit. v. *Parallelo fra la craniotomia e le altre operazioni* p. 104 e seg.

sempre a rompere od a girare la barriera insormontabile che la base cranica del feto presenta nel superare le gravissime angustie pelviche. Oggi più che mai, se il genio italiano non avesse scoperta una nuova via, io sarei convinto della necessità di proscrivere in modo assoluto la cesarea operazione. Ma se i risultati già ottenuti nel suo esordire saranno migliori facendosi operatori ed operazioni adulte, allora si ritornerà al taglio cesareo ed anche in moltissime contingenze che ora sarebbero riputate frutto di mano audace o mente inferma. Per ora volendomi attenere scrupolosamente ai risultati ottenuti dalla esperienza di questi primi quattro anni non divagherò in discussioni accademiche ma mi terrò il più possibile stretto alle cifre. Anche l'embriotomia applicata nei casi di gravi deformità pelviche, fatta a dovere e con tutti i mezzi di cui può disporre l'arte, non dà sufficiente garanzia della vita della madre, senza tener conto dell'inevitabile sacrificio di tutti i bambini. Stando alle statistiche dell' Hubert la cefalotriessia darebbe ancora il 54,16 per 010 di mortalità. Nella clinica ostetrica di Torino limitandomi alle cifre raccolte nel triennio di mia assistenza la mortalità sarebbe del 42 per 010. Sopra una media raccolta dalle osservazioni e dai lavori pubblicati nelle maternità nazionali ed estere la mortalità oltrepasserebbe il 40 per 010.

Messe a confronto queste cifre con quelle ottenute dall'operazione del Porro tuttochè nella sua infanzia non v'ha dubbio che uno splendido avvenire è serbato a quest' ultima quando l'esperienza avrà evitati molti insuccessi. Io credo di non andar lungi dal vero pronosticando all'istero-ovariotomia cesarea eguali risultati che ottenne l'ovariotomia in questi ultimi anni, benchè anche questa operazione nel suo primo apparire abbia dato luogo a straordinarie opposizioni per parte di celebri operatori e sia stata condannata inesorabilmente per la lugubre statistica segnata nei suoi primi passi. Difatti mentre prima della medicazione antisettica e nei suoi primordi l'ovariotomia portava il 60 e più per 010 di mortalità, dopo la medicazione alla Lister e dopo il perfezionamento nel metodo operativo si abbassò al 30, al 20 per 010 ed ultimamente il Keith di Edimburgo (1) ci presenta una stati-

---

(1) *Keith di Edimburgo*. — L'ovariotomia prima e dopo la cura antisettica. Vedi pure Gazzetta Prov. Venete, n.º 20, pag. 170, e Gazz. med. di Torino, n.º 16, pag. 424, 1879.

stica di 51 casi operati negli ultimi 19 mesi sotto la nebbia carbolica (dalla 230<sup>a</sup> alla 280<sup>a</sup>) in cui troviamo notate 2 morte appena, cioè meno del 5 per 010. Anche lo Schröder nella sua ultima statistica di 50 ovariotomie operate col metodo antisettico ci dà un risultato di 43 guarigioni e 7 morte di cui 3 sole per infezione settica. Quando anche per l'ovaro-isterotomia cesarea sarà dimostrata ad es. l'innocuità dell'affondamento del peduncolo nel cavo peritoneale, oppure il metodo operativo sarà rigorosamente tracciato sui risultati dell'esperienza ed il metodo antisettico sarà adottato scrupolosamente ed in tutti i casi secondo le indicazioni del suo autore, od anche con quelle modificazioni che per quest'atto operativo saranno ritenute indispensabili; quando i mezzi per fissare il peduncolo, per frenare l'emorragia, per evitare i versamenti lochiali nel cavo peritoneale, ecc. saranno perfetti, io son certo che la giovane operazione darà tali risultati da stare a pari con quelli dell'ovariotomia semplice. Intanto anche tenendo conto solo dei casi a tutt'oggi pubblicati, dei quali buona parte furono compiuti con metodi diversi, sotto la tema che le grandi operazioni e le grandi innovazioni determinano anche nel più abile operatore; tenendo stretto conto dei casi in cui l'operazione fu compiuta come estrema risorsa, sopra donne stremate da lunghi travagli (fin da 5 giorni), sopra donne agonizzanti, sopra donne in extremis per malattie concomitanti la gravidanza, abbiamo tuttavia ragione di rallegrarci pei risultati. In una statistica, che pubblicherò come riassunto dell'ultima parte di questo lavoro, da me diligentemente raccolta, rivolgendomi direttamente alle sorgenti ed agli operatori stessi, risulta che dal maggio 1866 a tutto maggio 1879, 31 furono i casi di taglio cesareo seguiti da amputazione dell'utero e delle ovaie. Da questa statistica togliendo quattro casi, quelli dell'Hegar, del Previtale, del Franzolini e dell'Inzani, nei quali la donna era od in *articulo mortis* (Franzolini) o condannata a morire per malattie concomitanti all'ultimo periodo ed incurabili, abbiamo questo risultato: 27 operate, 15 guarigioni, cioè il 60 circa per 010 di successi ed il solo 40 per 010 di mortalità.

La statistica di cui è parola ci insegna un'altro fatto che ha una grandissima importanza per noi ed è che la mortalità è di assai diminuita nel 2° periodo del quadriennio tanto che se nel 1° s'ebbe il 60 per 010 di morte, nel 2° abbiamo appena il 40 per 010, il che si accorda pienamente col metodo operativo seguito con

norme più sicure nel 2° periodo ed efficacemente coadiuvato dalla medicazione antisettica meglio conosciuta e più bene applicata. Se si procederà di questo passo ciascuno potrà presumere come fra una diecina di anni, ed anche prima forse, il mio vaticinio sarà avverato. Frattanto, siccome in queste statistiche è d'uopo tener conto anche dell'altro elemento che è la prole, così prima di chiudere questo parallelo fra le varie operazioni cesaree ed embriotomiche, riporterò un quadro comparativo che servirà meglio forse delle mie parole a provare la verità dell'asserto ed a dimostrare quale avvenire sia riserbato alla nuova operazione.

OPERAZIONI (1)	Mortalità per 100		
	Madre	Bambino	Media Generale
Operazione cesarea . . . . .	50,0	30,0	40,0
Embriotomia (2) . . . . .	42,4	100,0	74,0
Forcipe ed apparecchi a trazione.	21,6	64,8	43,2
Uncini. . . . .	17,6	100,0	59,0
Forcipe-sega. . . . .	21,3	100,0	60,6
Sinfisiotomia . . . . .	40,0	63,0	51,5
Istero ovariectomia cesarea. . . .	40,0	30,0	33,0

Senza volere per ora entrare nel campo della sostituzione dell'istero-ovariectomia cesarea (sempre operazione gravissima cui la donna ripugna e l'operatore non ricorre che in casi estremi di deformità scheletriche) all'uso degli uncini acuti, del forcipe-sega, della cefalotriessia, sinfisiotomia ed apparecchi traenti, faccio con-

(1) Queste cifre vennero raccolte dai trattati e da memorie di ostetricia.

(2) In omaggio alla verità debbo soggiungere che in questi ultimi anni la mortalità per l'embriotomia in genere è scemata d'assai mercè la benefica influenza della medicazione antisettica e mercè le cautele igieniche attuate specialmente dai direttori degli Istituti ostetrici e delle maternità. So che alla scuola di Torino la mortalità materna è ridotta al 33 per 0/0; all'istituto ostetrico di S. Caterina a Milano oscilla fra l'11,50 ed il 17 per 0/0; a Roma non supera il 15 per 0/0.

statare che quella nel suo esordire dà un risultato finale di gran lunga migliore che non abbia dato finora tutto l'arsenale ostetrico e tutta l'abilità degli operatori, in tutti quei casi in cui è inesorabile necessità di discutere sulla vita della madre o del figlio e di risolvere l'arduo problema del parto distocico.

### III.

#### **La medicazione antisettica.**

Avendo la medicazione antisettica una parte importante nei grandi successi di quest'operazione, come in ogni altra di alta chirurgia, è naturale che io mi occupi un po' diffusamente della medesima tanto più che la vedo trascurata in molti casi, da non pochi messa in non cale e da alcuni qui in Italia forse non bene conosciuta e giudicata (1). Eppure i risultati ottenuti da questa medicazione sono tanti e tali che sarebbe un negare la luce qualora si volesse contestare il vantaggio. A mio parere il nome solo del Lister basterebbe per tramandare ai posteri onorato e grande il secolo in cui viviamo.

Quale è la causa più frequente degli insuccessi nelle operazioni praticate negli ospedali e della spaventevole mortalità negli ospizi di maternità? Nessuno mette in dubbio essere l'infezione putrida, l'assorbimento di sostanze settiche, l'avvelenamento del sangue per l'entrata in essi di materiali infetti. In qual modo avviene questa infezione e quale è il mezzo che serve di coibente? Indubbiamente l'aria che circonda e si precipita in ogni punto trascinando seco e fissando le molecole od i germi malefici che racchiude nel suo seno. Isolare quindi le parti che dal chirurgo furono scoperte, tutelarle dal contatto di questi germi val quanto prevenire e combattere le funeste conseguenze dell'infezione. La teoria della scomposizione e della alterazione chimica dei tessuti

---

(1) V. a questo riguardo la pubblicazione fatta dal dottor Lupò nei primi fascicoli del *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, sulla *medicatura delle ferite aperte* e la lettera del Demarechi pure pubblicata nel *Giornale Internazionale* fasc. V. pag. 499 in opposizione alle idee manifestate dal Lupò per la medicazione alla Lister.

e dei liquidi organici prodotte dall'ossigeno ed ammessa dal Gay-Lussac è omai sepolta in seguito agli esperimenti fisici e chimici del Pasteur, che puossi veramente dire l'iniziatore più veritiero della teoria dei fermenti nata col Latour e sviluppata dallo Schann, dal C. Bernard, da M. Edwart e Steiner. Il Pasteur ha dimostrato sperimentalmente con ingegnosi artifici che i liquidi sia animali, sia vegetali in fermentazione o putrefazione, lo sono pei germi atmosferici depositati in essi. Mettete dell'urina, così facile a putrefarsi, a contatto di aria purificata o fuori di essa e la vedrete conservarsi indefinitamente allo stato normale. Osservate un raggio di luce in una camera oscura ed esaminate le mille particelle volitanti col microscopio e riconoscerete i granuli, i germi dal Sedillot detti microbi; dal Hueter, monadi; dall'Hallier, micrococchi; batteri dal Cohn. Di questi microrganismi ve n' hanno per certo molte classi e specie benchè finora non conosciute ma possiamo ritenere esatta la grande divisione del Pasteur di germi o fermenti *zimotici* che non possono vivere nel puro ossigeno e di *azimici* che in esso prosperano. Negli ospedali questi germi sorgono dalle piaghe e dagli icori e furono detti dal Klebs *microsporium septicum*, dal Billroth *coccobacteria septica*; dessi sono indispensabili perchè la fermentazione o la putrefazione avvenga nei liquidi animali o vegetali. Senza entrare nella discussione se il vibrione per se sia infettivo (Pasteur) o se l'infezione sia provocata dai liquidi già decomposti dal vibrione (Billroth), è questo certo che tali microrganismi trovansi costantemente nell'atmosfera di molti ospedali e delle maternità. Per certo anche le condizioni metereologiche hanno la loro importanza per lo sviluppo di tali germi, ma siccome contro quelle noi non possiamo porci a riparo, così siamo costretti di difenderci dagli ultimi quando condizioni propizie ne favoriscono lo sviluppo. È quivi appunto che sta il grande segreto della medicazione moderna e la radicale differenza tra questa e quella de'padri nostri. La vecchia medicazione mirava solo a sollecitare la guarigione delle ferite per tutelarle dalle metamorfosi infettive, la nuova medicatura cerca di tener lontana la causa prima di questa infezione, l'aria, l'ambiente che circonda la ferita, d'onde i vari tentativi del Mayer, del Billroth e del Langenbeck per riuscire allo scopo, adottando gli apparecchi pei bagni locali permanenti. I bagni d'olio dell'Ollier (1871); di acido carbonico, di idrogeno, di ossigeno, del Demarquay; di aria riscaldata del Guyot; la medicatura scoperta del Kronlein; quella colla

ovatta di Alfonso Guerin; (1) l'isolamento sotto campane di vetro proposto dall'Ollier; ecc., erano tutti tentativi che dimostravano la necessità di portare una radicale modificazione al metodo ordinario di medicatura.

Fu al Giuseppe Lister serbato l'alto onore di risolvere scientificamente e praticamente l'arduo problema. Il fortunato inglese facendo suo prò degli studi del Lemaire sull'azione antisettica dell'acido fenico e delle teorie del Pasteur seppe combinare in modo le cose da riescire a curare le ferite lungi dal contatto di aria viziata. Ei seppe rispondere a tutte le emergenze pratiche dando delle norme precise, salutari nell'arte del medicare. È per questa ragione che il nome del Lister suona sulle labbra di tutti i chirurghi del mondo, attraverso cui in pochi anni trionfalmente ha fatto il giro il suo metodo antisettico. In Germania specialmente vi ha messo le più salde radici e quivi ha già dato i più lusinghieri risultati. Vogliamo sperare che l'Italia pure pronunzierà il suo verdetto ora che tale medicazione è entrata sopra vasta scala quale metodo classico in quasi tutte le cliniche ed ospedali. Il Minich di Venezia (2), il Menzel (3), il Vanzetti di Padova, il Porro, il Bottini di Pavia (4), il Corradi di Firenze, il Landi di Pisa, il Bruno di Torino (5), il Ruggi di Bologna (6), il Tibone di Torino, il Chiara di Milano, il Peruzzi di Lugo, il Casati di Forlì, il D'Antona di Napoli e tanti altri celebri operatori hanno ormai introdotto a metodo rigoroso la medicazione alla Lister nei loro compartì e nelle loro cliniche.

Quando vuolsi medicare col metodo Lister è indispensabile la esatta, la minuta osservanza di tutte le regole date perchè si rag-

---

(1) Il Boini F. studente a Parigi ha pubblicato un lavoro interessante a questo proposito sulla *Gazzetta Medica* di Torino nei fascicoli 13 e seguenti dell'anno 1878: quivi puossi fare un concetto esatto della medicazione secondo il metodo A. Guerin.

(2) Cura antisettica delle ferite e proposta di un nuovo metodo — Venezia 1876.

(3) Sul metodo Lister. Gazz. Med. Lombarda, 1877.

(4) La medicazione antisettica, conferenza clinica, 1878.

(5) Contribuzione allo studio della medicazione antisettica del Lister nelle operazioni chirurgiche pel Dott. Paolo Devecchi. Torino, 1878.

(6) Dell'arte di medicare secondo il metodo Lister, 1879.

giunga lo scopo, che nulla di settico cioè possa arrivare alla piaga. Il Volkmann a ragione dichiara che il chirurgo è responsabile di ogni caso d'infezione avvenga dopo tale medicazione. Le più elementari regole d'igiene è duopo siano messe in pratica. Pulizia somma delle mani di chi opera e di chi assiste; disinfezione attenta degli strumenti, apparecchi, materiali di medicazione nonchè delle vesti, coperture, pezze, ecc. Gli strumenti lavati con una soluzione al 5 per 100 di acido fenico debbono rimanervi immersi sino al momento di operare. L'olio fenicato al 10 per 100 servirà ad ungere gli speculum, cateteri, aghi ecc. Le spugne devono essere fine, ben pulite e fenizzate nella detta soluzione acquosa del 5 per 100. È d'uopo badare alla salubrità dell'aria nella camera delle operazioni, che dev'essere frequentemente rinnovata. Sul luogo o nella parte su cui si opera è duopo allontanare tutti i peli e lavare con insistenza con sapone fenico tutti i punti che saranno ricoperti dall'apparecchio di medicatura. Si rammenti che spesso s'annidano dei micrococchi nelle più sottili fenditure e pieghe della pelle ed anche nelle glandole sebacee. Per crearsi un'ambiente di aria pura e disinfettata il chirurgo deve operare sotto un'atmosfera fenizzata prodotta da uno o più polverizzatori. Questa nebbia antisettica deve cessare solo dopo la fasciatura. L'acqua che serve per la polverizzazione deve contenere dal 2 al 3 per cento di acido fenico. I polverizzatori a vapore sono i migliori ed i più adottati. Ottimo è quello fabbricato dai nos ri Lollini a Bologna sulle indicazioni date dal Ruggi. I materiali per la medicazione più usati dal Lister sono, la garza fenicata, il cotone fenicato, il protective, il mackintosh, il catgut, i fili di seta fenizzata ed i tubi a drenaggio. Tutti questi materiali ponno trovarsi presso le farmacie dei grandi ospedali. Alla garza che è il materiale più costoso alcuni sostituiscono il cotone fenicato (Bottini). Il protective è un taffetà verde che copre direttamente le ferite, e le difende dal diretto contatto dell'acido fenico e ne impedisce l'adesione coi materiali di medicazione. Il mackintosh è una stoffa impermeabile di cotone colorato in rosso o giallo e coperta di cautchou. Si colloca fra l'ultimo ed il penultimo strato di garza che copre la piaga. Obbliga i secreti della piaga a percorrere tutta la lunghezza della medicazione prima di venire al contatto dell'aria. Il catgut è un filo animale di varia grossezza tenuto nell'olio fenizzato. Il Bottini lo sostituisce per risparmio di spesa colle corde di violino che ritiene più resistenti. Il catgut ora è riserbato per le le-

gature perdute avendo la proprietà di sciogliersi e di essere riasorbito. I fili di seta ed i tubi a drenaggio sono noti a tutti. Dessi vanno tenuti pure nell'olio o nella glicerina al 5 per cento d'acido fenico.

Con tutti questi materiali disposti, il chirurgo nell'operare e dopo l'operazione deve seguire alcune regole speciali a ciascun atto operativo. Mi limiterò ad accennar quelle che riguardano l'ostetrico nell'operazione di cui è parola. Disposta la donna nel punto più luminoso della camera e nella posizione classica pel taglio cesareo, viene sottoposta alla nebulizzazione fenica e si procederà all'atto operativo colle norme che saranno indicate nel prossimo capitolo. Compiuta l'operazione e fatta una minuta pulizia di tutte le parti che furono imbrattate di sangue o di liquido amniotico, assicurati che nessuna raccolta benchè piccola rimanga nel cavo peritoneale e negli sfondati vagino-uterini, si procede alla sutura ed alla medicazione. Questa dev'essere fatta in modo che sia rigorosamente preclusa la via in qualunque punto al passaggio dell'aria atmosferica. A questo fine dopo avere applicato su tutta la lunghezza della ferita una striscia di protective, si ricopre con sette giri di garza fenicata ben stretti, tutto il ventre avendo cura di passare alcuni giri a cifra 8 sulle pieghe inguino-crurali e sulle natiche onde evitare quivi il passaggio dell'aria o l'infiltrazione di elementi putridi emanati dalla vagina o dagli organi genitali esterni. Sarà bene anzi in questi punti d'intromettere del cotone fenicato per rendere il bendaggio più completo ed esattamente aderente alle parti. Tra il settimo giro e l'ultimo si applicherà un largo pezzo di mackintosh tagliato a rettangolo. Spogliata completamente l'operata e mutata di letto si sospenderà la azione dei polverizzatori e si risveglierà dal sonno procurato, se pur spontaneamente non è già rientrata nei sensi. Si allontanerà tosto tutto il materiale che ha servito all'operazione ed il personale che vi ha preso parte. Durante l'operazione le spugne che devono essere molte e di ogni dimensione non saranno mai lavate. Il sangue che le inzuppa dev'essere solo spremuto prima di adoperare nuovamente la spugna. È di rigore che in tutto il periodo dell'operazione i polverizzatori non cessino mai dal funzionare per cui è prudenza di averne almeno due a disposizione tanto più quando si tratta di compiere un atto che richiede lungo tempo ed in cui le complicanze o gli accidenti imprevisi possono avvenire e richiedere un ritardo nell'esecuzione. In quei casi in cui

L'operatore ritiene opportuno ricorrere al drenaggio vagino-addominale bisogna adottarlo in modo che le sue estremità siano esattamente ricoperte dall'apparecchio di medicazione affinchè l'aria in nessun modo possa penetrare.

È indubitato che la medicazione antisettica applicata a dovere ci difende dalle infezioni che dominando epidemiche talvolta negli ospedali menano strage. Le assicurazioni del Billroth, del Volkmann, del Nussbaum, del Hueter, e dei nostri in Italia ci sono di garanzia omai più che sufficienti. Ma altri vantaggi di grande momento ci reca ancora questa medicazione.

La così detta febbre traumatica dei nostri padri che secondo il Weber ed il Billroth non è che febbre vera di assorbimento manca completamente negli operati e medicati col metodo Lister. Così i casi della febbre secondaria o di suppurazione che si sviluppa in tutti quei casi in cui la ferita non guarisce per prima intenzione. Anche quivi come nella febbre traumatica l'elevarsi della temperatura oltre i 40°, l'insorgere ed il ripetersi dei brividi, l'accompagnarsi dei sudori profusi ecc., provano secondo i detti autori che il sangue subisce una infezione da materiali pirogenici o flogogenici sviluppatasi nella ferita. Invece ben diversamente corrono le cose nelle ferite o piaghe medicate col metodo antisettico. Nessun rossore o gonfiore si osserva ai bordi delle ferite, nessun aumento di calore locale. Se formansi delle secrezioni nella ferita sono scarse, sierose o vischiose, appena intorbidate da globuli bianchi del sangue migranti. Ove distaccansi lembi o parti mortificate ciò avviene senza cattivo odore e quasi col processo tenuto dalla natura nella gangrena secca; mancano le adenopatie circostanti alle ferite e così frequenti nelle medicazioni galeniche. Ciò che prova non aver luogo col metodo Lister l'assorbimento putrido.

La guarigione per prima intenzione in quest'ultimo caso non tanto raramente avviene. Però la cicatrizzazione è più lenta; le granulazioni sono grandi, molli, di bellissimo aspetto ma atoniche: talvolta sviluppansi esantemi dall'azione dell'acido fenico; ma son questi inconvenienti di poco momento in confronto alla certezza di vedere le ferite guarire senza pericolo di infezione generale. Cosa importantissima poi pei medicati alla Lister è il decorso afebrile o quasi in tutta la cura. Secondo Genzer e Volkman un terzo degli operati guarisce senza aver febbre, un terzo con lievissima febbre ed un terzo con deciso aumento di temperatura. Ma anche in questi ultimi casi la temperatura raggiunge difficilmente i 40°

ed è quanto io stesso ebbi ad osservare nella mia operata di istero-ovariotomia cesarea nella quale il termometro in vagina non segnò mai nei due giorni di febbre oltre i 39° centigradi.

Inoltre questa febbre non s'accompagna coi fenomeni caratteristici della febbre infettiva e sovente gl'infermi non s'accorgono di averla. Le osservazioni del Volkman, del Menzel, del Ruggi si accordano tutte pienamente sopra questo fatto. È cosa ordinaria di veder questi operati conservare la loro gaiezza, mangiar con appetito, sedersi sul letto ed occuparsi di quanto li interessa, In quei casi in cui v'accorgete che la febbre si sviluppa energica dopo la medicazione antisettica, osservate attentamente l'apparecchio e troverete sicuramente la via che ha lasciato passar l'aria cioè l'incompleto isolamento della ferita. E questo fatto avviene facilmente nelle nostre operate per la grande difficoltà di applicare un bendaggio antisettico esatto per l'ubicazione della ferita. Cambiando la medicazione e curandone meglio l'applicazione, vedrete in poche ore cessare completamente la febbre e l'operata rientrare nel suo stato di benessere che solo nell'apiressia si trova. Infine nei medicati alla Lister non essendovi febbre o pur quando si sviluppa non disturbando le funzioni digestive, si può concedere fin dai primi giorni un buon nutrimento. La convalescenza riesce quindi insignificante e quasi non esiste; ed appena gli ammalati lasciano il letto si sentono in possesso delle proprie forze, siccome n'ebbi una prova splendida nella mia operata, che al 15° giorno appena, lasciato il letto poté camminare e dichiarare di trovarsi forte, quasi come prima dell'operazione. Per finire questo capitolo compilato sulle osservazioni e sulle convinzioni di illustri operatori e scienziati d'ogni nazione, dirò ancora che la medicatura alla Lister oltrechè promuove e facilita le unioni per prima intenzione, rende possibili non solo ma corona soventi di splendido successo operazioni finora ritenute gravissime e dalla maggioranza dei chirurghi sconsigliate e condannate. Gli inconvenienti di tale medicatura sono così piccoli in confronto degli immensi vantaggi che io ritengo inutile parlarne. Accenno solo ad un mezzo semplicissimo per difendere le mani dell'operatore dall'azione continua della nebbia carbolica che potrebbe causare esantemi, ungendole con unguento rosato. La sostituzione dell'acido salicilico, dei solfiti, dell'acido timico, ecc., all'acido fenico non ha dato gli identici risultati, nè quelli che s'aspettavano, per cui ritengo non prudente, per ovviare ad inconvenienti di così poca importanza, l'abbandono

nare un rimedio di sicura efficacia. Benchè la spesa cui si va incontro coll'uso dell'acido fenico non sia di molto maggiore di quella incontrata coll'antica medicazione, se vuolsi tener rigoroso conto non solo del materiale adoperato ma delle giornate di degenza, pur quivi voglio ripetere col Ruggi che quando trattasi della vita di individui accolti per scopi umanitari non debbesi pensare ad economia. L'uomo che soffre deve trovare negli ospedali tutti i conforti dell'arte e della scienza, non la morte. Non ammetto la carità su vasta scala quando questa possa costare la vita alla pluralità di coloro che si vogliono beneficiare. Aggiungendo poi che la medicatura alla Lister si lascia in posto 3, 7, 11 e talvolta fin 21 giorni, mentre l'antica devesi rimutare tutti i giorni e sovente più volte al giorno, a conti fatti credo che anche dal lato economico le amministrazioni dovrebbero essere propense a tale riforma e tanto più quando la tecnica della medicazione dall'esperienza acquistata, avrà rigorosamente escluso quanto non è di assoluta necessità. Già il Lucas-Championnière ed il Nussbaum nei loro lavori hanno proclamato l'immensa economia del metodo antisettico e quest'ultimo nelle sue lezioni dimostra che in ogni operato di amputazione degli arti rapidamente guarito col metodo listeriano, l'ospedale economizza 400 lire per ciascuno sulle spese.

#### IV.

#### **Indicazione all'istero-ovariotomia cesarea.**

Se noi volessimo attenerci anche ai soli risultati già ottenuti dall'istero-ovariotomia cesarea in questo primo periodo che dir si può d'infanzia e se volessimo seguire le indicazioni che le nude ma convincenti cifre da noi pubblicate nel capitolo secondo ci additano, molto vasto si aprirebbe il campo in cui l'ostetrico sarebbe autorizzato di amputare utero ed ovaia dopo il taglio cesareo. Ma attenendoci anche solo per ora a tutti quei casi su cui era insorta una opposizione dovuta agli esiti infausti dell'operazione cesarea semplice, l'ostetrica ha di che rallegrarsi e sperare per l'innovazione del professore di Pavia. L'eterna quistione da secoli dibattuta, da numerose scuole, da celebri operatori mai ri-

solta (1), se sia lecito cioè di uccidere il feto per salvare la madre, verrebbe nel maggior numero dei casi, con piena soddisfazione dei due grandi partiti, coll'operazione del Porro, definita. Ammesso che le speranze siano di gran lunga maggiori per la vita de'due esseri coll'ablazione dell'utero ed annessi, tuttavolta si presenterà l'assoluta necessità di sacrificare uno di questi esseri, io ritengo sia miglior partito di salvarli entrambi col taglio cesareo seguito dall'amputazione utero-ovarica (2). Con questa proposizione però non vorrei s'intendesse autorizzato l'ostetrico di ricorrere tosto a così grave operazione quando una semplice craniotomia, o l'uso dell'aiuta-forcipe, bastassero a trionfare degli ostacoli che si frappongono al parto. Mai no. Io vorrei confinato quest'atto operativo a tutti quei casi in cui prima del Porro l'operazione cesarea si imponeva come insorabile necessità ed in tutti quelli in cui ricorrevasi agli istrumenti demolitori della base del cranio per evitare il taglio cesareo tanto paventato pe'suoi esiti. In via eccezionale poi ritengo sia razionale ricorrere a questa risorsa quando malattie gravissime della madre lasciano presupporre la morte della medesima prima che avvenga il travaglio del parto, oppure, quando questo è iniziato, impossibile riesca il parto colle sole forze naturali o coll'uso di strumenti innocui al feto. Anche in questa sfera limitata, l'operazione del Porro avrebbe un campo sufficiente per espandersi e per dare quei frutti che razionalmente sono da attendersi nel suo avvenire. Le gravi deformità del bacino per rachitismo ed osteomalacia; le viziature pelviche in cui i diametri maggiori dei due distretti stanno al di sotto dei 6 centimetri; gli ostacoli all'espulsione del feto inamovibili, quali tumori ossei sviluppati all'ingresso del bacino o lungo il canale pelvico; i fibromi o sarcomi voluminosi di queste regioni; le gravi stenosi del canale vulvo-vaginale da fitte aderenze, da cicatrici estese, da profonde lacerazioni o distruzione dei tessuti che hanno in parti pregressi od in

---

(1) Si consultino a questo proposito gli scritti del Naegele, Hubert Villeneuve, Dubois, Velpeau, Cousin, Pott, Stoltz, Ozanam, Tyler-Smith, Barnes, Verrier, Braun, Hein, Giordano e tanti altri... ma la quistione da tre secoli a questa parte non aveva fatto un passo salvo quello di sancire in casi estremi il sacrificio del feto piuttosto che assistere alla morte inevitabile di due esseri.

(2) *Parce matri et proli si parcere possis.*

morbosi puerperi coartato gravemente queste parti; le estese alterazioni delle parti molli e del collo dell' utero da maligne neoplasie determinate, tanto più se accompagnate da gravi emorragie; i voluminosi tumori sviluppati nel cavo peritoneale e complicanti il parto come il cistovario, le cisti dei legamenti larghi della tuba falloppiana, i fibromi, sarcomi o tumori cancerosi; le gravissime emorragie infrenabili in sopraparto o prima del travaglio quando tutti i mezzi siano falliti e la donna trovisi in imminente pericolo di vita; infine tutte quelle malattie organiche o non che hanno stremate le forze della gestante e minacciano da vicino l'esistenza dei due esseri, possono a mio avviso costituire una indicazione all' isterovariotomia ce-area ed autorizzare l'ostetrico a compierla con scienza e coscienza. Anche in presenza di una infrenabile emorragia post partum, di una di quelle emorragie non tanto rare cui è forza assistere impotenti talvolta sino alla morte della puerpera, io ho la ferma convinzione che l'ostetrico oprobriamente ricorrendo a quest' ultimo presidio dell' estrazione e dell'amputazione dell'utero. Quando tutto è perduto a qualunque tavola di salvamento s'appigli il naufrago avrà il plauso dei superstiti. È questa al certo un'opinione tutta mia, ma se sopraintendessi in qualche ostetrico istituto riterrei più razionale questa pratica di quella consigliata dalla trasfusione del sangue, e vi ricorrerei colla coscienza di far opera saggia e colla fiducia maggiore di riescire a salvamento di queste misere agonizzanti.

In qualunque caso l'ostetrico ritenga necessario di appigliarsi a questo presidio sarà bene anzi necessario di chiedere il consiglio ad uno o più colleghi dei quali d'altronde abbisogna sempre per l'esecuzione dell'atto operativo. Quando questo sia deciso sarà bene informare l'operanda della gravità dell'operazione, senza che sia necessario specificarle la natura della medesima e tanto meno paralizzarne ogni fiducia con pubbliche od intime dimostrazioni religiose, per lo meno intempestive, avendo tutto il tempo, compiuta l'operazione, di ricorrervi qualora lo desiderate od un pericolo lo consigli. In tutti i casi operati fino ad oggi mai accadde che la donna sia deceduta sotto l'atto operativo o poche ore dopo. Hasi anzi un caso in cui la donna agonizzante prima del taglio, si riebbe dopo e visse ancora più di 24 ore (1).

---

(1) V. il caso del Franzolini al Capitolo VI di questo lavoro, osservazioni cliniche.

Fino ad oggi le operazioni compiute lo furono quasi esclusivamente negli ospizi di maternità e negli ospedali. Sarebbe vivamente a desiderarsi che tutte le gravi operazioni e queste in particolar modo si compissero fuori di questi centri più o meno infetti. Già nel 1876 (1) pubblicando il mio rendiconto statistico della clinica ostetrica per gli anni 1869-72, io scriveva queste precise parole: « Di fronte ai desolanti risultati ottenuti nelle grandi operazioni sarebbe un dovere altamente umanitario che i rettori di questi pii istituti (maternità) provvedessero stabilmente o temporariamente, senza un grave dissesto economico, le Cliniche di una o più camere poste fuori dei centri abitati, lontane da ogni influenza nosocomiale, in aperta campagna, in luoghi salubri, dove potrebbonsi eseguire tutte le grandi operazioni, del cui esito infausto è quasi sempre causa essenziale e precipua l'ambiente infetto. Già l'Inghilterra e la Germania convinte di questa verità hanno in parte ovviato ai gravi inconvenienti delle maternità, ecc. » Oggi, essendosi ancor nulla riformato a questo proposito nella nostra Italia, quasi ultima nazione per occuparsi della salute pubblica, io ripeto le stesse cose colla speranza che alline le giuste aspirazioni dei sanitari giungano a scuotere e persuadere chi in alto si occupa di tutto fuorchè del bene fisico dei suoi amministrati. Il Lister per somma ventura ha posto un freno già alle desolanissime statistiche nosocomiali, ma esso non basta a difenderci dalle migliaia e migliaia di esseri animali o vegetali che perennemente attentano alla vita delle nostre operate, tanto più quando queste trovansi negli ospizi speciali di maternità o nei riparti appositi dei grandi ospedali. Se una riforma in questi istituti è indispensabile al certo stanno in prima linea le maternità, dove la sorgente infettiva è continua, costante, inevitabile per la lochiazione puerperale, per l'ingombro delle gestanti e delle partorienti, e per la trasmissione inevitabile dei contagi e veleni puerperali quando per somma sventura una prima disgraziata fu colpita.

In questi istituti inoltre tutti i mezzi profilattici e difensionali riescono quasi sempre fallaci per la ragione che l'isolamento, lo incapsulamento di ciascuna puerpera, come sarebbe indispensabile, se applicata a rigore la medicazione listeriana, riesce impos-

---

(1) V. Triennio di clinica ostetrica diretta dal Prof. Tibone, pel Dottor G. Berruti, Torino tip. Vercellino 1876 a pag. 217 e seguenti.

sibile. Piccoli ospizi, piccole case per partorienti, lontane dai centri, anche disseminate in una stessa grandissima area se vuolsi, per bisogno d'istruzione, ecco cosa necessita per le povere gestanti, cosa richiedono i veri progressi scientifici, cosa vuole la umanità, cosa incombe a chi vuol amministrare ed impartire il beneficio della carità. Nella fattispecie di cui è parola non hassi esperienza ancora per giudicare dei grandi vantaggi di tale riforma. Ma se è lecito giudicare dai risultati ottenuti con queste innovazioni a Pietroburgo, Londra, Berlino, Parigi ed altre città, per ciò che riguarda l'assistenza ai parti e gli esiti delle gravi operazioni, anche l'istero-ovariotomia cesarea non avrà che a guadagnarci moltissimo. Io ho attentamente svolto quanto fu scritto finoggi sopra i 31 casi di amputazione dell'utero dopo il taglio cesareo e posso con conoscenza di causa dichiarare che le complicate puerperali e le influenze settiche dopo l'atto operativo furono di gran lunga maggiori nei primi casi in cui non venne o venne poco esattamente applicato il metodo del Lister (1). Che queste complicate, che sono la precipua causa di mortalità, furono minori e quasi nulle nelle operazioni successive ed in quelle specialmente in cui la medicazione listeriana fu applicata in tutte le sue modalità e s'ebbe esito fortunato.

Relativamente alla località posso solo dire che la mia operata fuori degli ospedali e delle maternità, benchè nemmeno nelle migliori condizioni, ma rigorosamente medicata col metodo antisettico, non ebbe successioni ne complicate infettive, febbre mitissima (*febbre asettica* del Wolkmann) per pochi giorni e ristabilimento pronto in salute. Al 15° giorno lasciava il letto ed al 20° poteva uscire di casa e girare per la città.

Ho voluto fare una breve sosta sopra questo argomento di grandissima importanza poichè sono convinto che solo dalla rigorosa applicazione di ogni precauzione, dall'attuazione di ogni norma igienica preventiva e curativa, dalla esatta applicazione di ogni cosa, foss'anche il più piccolo dettaglio, riflettente l'atto operativo, prima, durante e dopo, si possono attendere quei grandi risultati che fanno stupire non solo i profani ma i cultori stessi delle mediche discipline. È così facendo che lo Spencer-Wels, il Keit, lo Schröder, il Pèan e fra noi il Peruzzi, ci danno nell'o-

---

(1) V. Specchio riassuntivo delle 31 operazioni che trovasi al Capo VI.

variotomia delle statistiche che formano la gloria della chirurgia moderna.

Non ho voluto a bella posta, benchè fosse qui il luogo opportuno, entrare nel campo giuridico e morale delle indicazioni e controindicazioni a detta operazione. Mi limiterò a dire col Morisani che *non vale la pena discutere la convenienza morale dell'amputazione utero-ovarica dopo il parto Cesareo, poichè in queste infelici è fortuna l'infeccondità ecc.* (1).

Col Chiara : *che la scienza applicata in forma di arte salutare non può giammai venire in conflitto col codice penale* (2).

E collo Späth : *il metodo Porro ha d'ora innanzi il suo scientifico diritto come ogni altra operazione che richieda la rimozione di una parte del corpo per la salvezza dell'individuo* (3).

V.

### Manuale Operativo.

Benchè il metodo operativo nell'amputazione cesarea utero-ovarica quale fù dal Porro proposto ed attuato per la prima volta nel 1876, abbia subito poche modificazioni e nessuna di queste di qualche valore si da erigersi a nuovo metodo, tuttavia sarà bene passare in rassegna tutti i tentativi fatti e le lievi modificazioni introdotte a fin di perfezionare il procedimento e renderlo consono al *cito, tute et jucunde*. E questa breve rivista sarà tanto più utile in quanto dessa ci dispenserà dal discutere e giudicare nel capitolo seguente, tutte le proposte fatte allo scopo suddetto e gli sforzi tentati nei vari casi pratici.

L'idea del Porro fù, per la patologia puerperale dopo la gastroisterotomia, una vera rivelazione. Non è a stupire quindi se chi la concepì, prima di attuarla, cercò di attorniarla di tutte quelle cure e di tutte le migliori precauzioni, perchè trionfasse. Ben a ragione il Porro avea pensato che tutto l'avvenire di essa era basato sul primo successo od insuccesso ; quindi, se togli il sistema di disin-

(1) V. Morisani : Manuale delle operazioni ostetriche, 2<sup>a</sup> ediz. Napoli 1878.

(2) V. D. Chiara : Fatti e commenti clinici, Milano, 1878.

(3) V. Späth : Erörterungen über sectio cesarea ausführung dieser Operation mit Extirpation des Uterus, Wien, 1878.

fezione fin'allora poco usato in Italia, tutto fù condotto colle massime cautele e tutto quasi assicurato prima da esperimenti sopra animali e sopra il tavolo anatomico. Ecco qual è questo metodo ne' suoi brevi termini. Mettere l'operanda in condizioni morali e materiali favorevoli alla riuscita: quindi badare alla camera alla temperatura, alla ventilazione, alla buona nutrizione (prima di operare), alla fiducia, evitando sopra tutto lo scoraggiamento o lo spavento nella gestante: assicurarsi la cooperazione di colleghi od ajuti intelligenti ed abili: tenersi pronto a quanto occorre non solo ma a qualunque eventualità o complicazione operativa. Preparata la donna ed addormentata dall'arte, procedere come col metodo Mauriceau alla incisione, dalla linea ombellicale a tre o quattro centimetri sopra la sinfisi pubica. Aperto l'addome evitare scrupolosamente la fuoriuscita delle anse intestinali e l'entrata di sangue o liquidi infettanti nel cavo peritoneale. Fissare l'utero, aprirlo ed estrarre feto, placenta ed annessi. Vuotato l'utero, farlo sortire dalla ferita addominale, mantenendo sempre a perfetto contatto le labbra allo scopo già indicato. Estratto l'utero e sostenuto perpendicolarmente, come puossi osservare assai bene nella figura 1<sup>a</sup>, circondarlo verso il collo con un'ansa metallica che determini la completa emostasi per mezzo di un costringitore, che fù quello del Cintrat dal Porro preferito. Sopra l'ansa tagliare utero ed ovaja; fissare il peduncolo all'angolo inferiore della ferita addominale; procedere alla minuta pulitura delle parti e del cavo addominale; applicare il drenaggio nello spazio del Douglas, quando occorre; procedere infine alla cucitura della ferita addominale con punti metallici profondi e superficiali di filo in seta; compiere una ben fatta medicazione colle listerelle emplastiche, coll'ovatta fenicata, colle compresse piramidali ai lati e col bendaggio a corpo... questo è il metodo che rigorosamente e puntualmente adottato dal Porro riesci a salvare la prima operata di ovaro-isterotomia cesarea in un'ospizio di maternità dove il direttore non ricordava un successo pel taglio cesareo secondo il metodo de'nostri predecessori. Questo è il procedimento che servi e serve di guida a tutti gli operatori odierni i quali salgono già alla notevole cifre di venticinque come puossi rilevare dal quadro statistico che precede la casuistica. Ogni tentativo però successivamente fatto per migliorare il metodo è degno di lode poichè ciò prova la bontà del medesimo ed il desiderio incessante di perfezionarlo allo scopo di salvare il maggior numero di disgraziate. È con queste aspirazioni

che l'ovariotomia tanto funesta nel suo esordire conta oramai degli insperati trionfi. Così speriamo per l'operazione del Porro.

Tutti gli operatori che vennero dopo il Porro nel 1877 seguirono quasi puntualmente le norme dal medesimo date, se togli i tre casi dello Späth e di C. Braun di Vienna nei quali furono adottate con rigore le precauzioni e la medicazione del Lister. Primo a tentare una modificazione di qualche importanza fu il Müller nel febbraio 1878 che praticò l'estrazione dal ventre, dell'utero gravido prima di aprirlo. Trattandosi di una modificazione abbastanza radicale al metodo Porro è bene fare una breve sosta, discuterne i vantaggi e gli inconvenienti dai risultati finora ottenuti. Il Müller fu fortunato nel suo primo tentativo poichè la donna operata guarì. Ma lo furono egualmente i suoi successori? Ed è questa pratica razionale e migliore della prima? Io dico schiettamente di no, ed appoggio le mie convinzioni sulle cifre, sugli esperimenti fatti e sui risultati ottenuti. Dopo il Müller le cifre dicono che 10 furono i casi in cui si tentò di adottare la modificazione di cui è parola. Solo cinque riuscirono allo scopo e sono del Chiara, Litzmann, Breisky, Fehling, Gustavo Braun. Di queste cinque quattro operate morirono. Solo il Breisky poté vedere coronato di successo l'atto operativo. Negli altri cinque casi, benchè la ferita addominale abbia oltrepassato i 16-18 centimetri, non fu possibile (senza esporre a gravissime conseguenze fra cui lo sventramento intestinale) riuscire allo sgusciamiento dell'utero gravido. Due di questi appartengono al Carlo Braun di Vienna, uno al Tibone di Torino, uno al Chiara di Milano, ed uno al Wasseige di Liegi. Di questi ultimi cinque casi in cui non riescì il metodo Müller tre donne guarirono perfettamente. Queste cifre sarebbero troppo convincenti per dover portare altre prove che contestino i vantaggi della modificazione Müller. Tuttavia vogliamo aggiungere che lo sperimento fatto sul cadavere dal Calderini (1) ha dimostrato che l'estrazione dell'utero è malagevole (qualora non vogliasi spaccare dal pube alla regione pubica il ventre); che è facilissimo lo scollamento del peritoneo dal lato del pube, siccome avvenne nella sua esperienza; che i versamenti peritoneali non sono assolutamente evitati e che il pericolo per la vita del feto non è solamente fittizio o fugace.

---

(1) V. Calderini: 2<sup>a</sup> nota sull'amputazione utero-ovarica associata all'operazione cesarea; Gazz. delle Cliniche 10 dicembre, 1879, pagina 789.

Credo quindi di essere nel vero raccomandando ai colleghi operatori di abbandonare questa pratica che non ha dato i risultati che si attendevano dal suo autore e che incontestabilmente, qualora anche non esistesse il solenne verdetto delle cifre, predisponne a più gravi conseguenze infettive ed infiammatorie per la necessità di portare l'incisione a 18 centim. invece di 12-15 e quindi a maggiori pericoli di insuccessi.

Lasciata a parte la modificazione di Müller, nulla più troviamo di radicale in ogni altra lieve innovazione introdotta da vari operatori che meriti l'onore di essere elevata a metodo. Il metodo Porro finoggi domina il campo e si mantiene in quel posto che meritamente la scienza e l'arte gli hanno assegnato e che l'autore in quel lampo del suo ingenio gli aveva preparato e vaticinato. La sola, l'essenziale, l'importantissima aggiunta (che nel 1876 in Italia il Porro non poteva applicare) fatta al *metodo*, che dirò *classico*, è la medicazione antisettica, che col prevenire le conseguenze del gravissimo trauma peritoneale ha salvato e salverà molte vittime che sarebbero inesorabilmente condannate a morte dalla gravità dell'operazione! Difatti se la mortalità nei casi trattati colle cure ordinarie sale al 65 per 0/0, raggiunge appena il 35 per 0/0 in quelli protetti dal metodo Lister. Delle modificazioni successive, di cui alcune buone, diremo qualche parola, poiché se queste non mutano aspetto al metodo, pure ne coadiuvano lo scopo e ne formano per così dire il complemento. La legatura del peduncolo in due parti con due anse metalliche distinte e due costrittori fu proposta ed attuata la prima volta dal Chiara nella sua nota operata del 25 maggio 1878. Come questa si compia è facile immaginare. Dopo l'estrazione dell'utero vuoto dal ventre, invece di portare un'ansa sulla totalità del peduncolo, lo si trafigge in corrispondenza dell'istmo del collo uterino con un grosso tre quarti, nella cui cannula si fanno passare due fili metallici i quali dividono e stringono in due il moncone. Questa innovazione se non avesse nessun altro vantaggio avrebbe sicuramente quello di fissare il punto della legatura, evitare il scivolamento dell'ansa (così facile ad avvenire) e del peritoneo. Il Chiara lo propose allo scopo di favorire più prontamente la caduta del moncone. Vediamo se questo sia un bene od un male. Alcuni autori la vogliono proscritta appunto perchè favorendo la più pronta caduta del peduncolo impedisce che si organizzino attorno lui delle fitte aderenze necessarie alla cicatrizzazione. Inoltre in-

colpano taluni la doppia legatura laterale come causa di rientramento del peduncolo nell' involuzione puerperale. Fino al giorno d' oggi non risultano nella statistica che pochi casi in cui siasi tentata la divisione peduncolare, quello del Chiara seguito da morte della donna e quelli del Tibone e mio che fallirono. Il primo di questi due ultimi tentato allo scopo di affondare il peduncolo dopo una doppia legatura con catgut. Il secondo per abolire possibilmente il costrittore nella cura consecutiva. Nel mio caso riescii benissimo a trafiggere il moncone, a passare nella cannula due cordoncini in seta di colore diverso, di legare in due parti il peduncolo, ma appena reciso l' utero un'arteria utero-ovarica gettò sangue, per cui dovetti tosto attuare la legatura metallica in massa. Io ritengo tuttavia che questa modificazione possa riuscire più utile che dannosa nel fatto che sarà meno pericoloso, nei casi di somma friabilità del tessuto uterino, di rompere la trama; per applicarlo sarà d' uopo far costruire un' apparecchio che a gradi riesca a stringere i nodi in seta. È inteso che in tale caso devesi abolire l'ansa metallica.

Una sostituzione di mezzi per riescire al medesimo scopo si fù quella di adottare la catena dell' *ecraseur* invece del costrittore di Cintrat per ottenere la costrizione del moncone e l' emostasi. Il primo che ebbe quest' idea fù il Prof. Späth di Vienna, il quale si servì dello schiacciatore Chassaignac modificato dal Billroth per amputare l' utero. Senza dilungarmi sopra i vantaggi che taluno vorrebbe riconoscere nella sostituzione di questo strumento che riuscì benissimo nelle mani di Braun, del Chiara e del Tarnier, basti, per farlo rifiutare ricordare l' operata del Wasseige (3 agosto 1878), la quale soccombette sicuramente per la gravissima emorragia che seguì alla recisione del tessuto-uterino, dalla catena dell' *ecraseur* determinata.

Alcuni proposero di amputare l' utero come pure di aprirlo col termo-cauterio del Paquelin. La prova completamente fallita, pel tempo eccessivo che richiede, nella prima operata del Prof. Tibone, m' hanno convinto che il suo uso in questa operazione non è un progresso ma un danno.

Nelle sue operate il Professore Tarnier ha adottato una doppia legatura fatta sul peduncolo sopra e sotto un robusto ago lanceolato di acciaio che ha trafitto il peduncolo alla regione istmica dell' utero. E questa un' eccessiva tutela che l' insigne ostetrico di Parigi ha voluto portare per assicurare l' emostasi. Ritengo però

che oltre alla perdita maggiore di tempo che richiede, questa doppia legatura comprenda troppo tessuto uterino che deve andare in sfacelo, od almeno disseccarsi nel processo di sequestro. È riuscito nelle mani di Tarnier. Non v'è ragione alcuna per respingere questa doppia legatura come non ce n'è alcuna, che io mi sappia almeno, per farla adottare. Due soli operatori applicarono il clam od il klammer del Wels invece dell'ansa o della catena e dichiarano d'essersene trovati contenti.

Un solo fra gli operatori ebbe la poco felice idea di non fissare con cucitura il peduncolo. È il Fehling di Stuttgart. La donna perì e non si sa o non si può giudicare se l'innovazione poco razionale abbia contribuito o non all'esito infausto.

Parmi avere ricordato abbastanza i tentativi di maggior valore fatti dai vari operatori per riuscire allo scopo umanitario di salvare il maggior numero possibile di vite. Mi tacqui sopra molte cose di pochissimo momento che a mio parere non hanno e non ebbero grande influenza sull'esito definitivo delle operate. Così delle manualità consigliate da taluno per fissare l'utero, per estrarlo, per produrre la emostasi (legatura elastica di Grandesso-Silvestri e di Esmark), per ovviare ai versamenti sanguigni ed amniotici; alle pratiche consigliate ed adottate per la pulizia peritoneale, pel punto di fissazione del peduncolo, pel modo di cucitura, per la lunghezza e direzione del taglio addominale, per le precauzioni disinfettanti, per le particolarità nel modo di compiere la medicazione listeriana ec. ec. Non voglio però passare in silenzio, prima di descrivere il procedimento operativo che io riterrei per ora tipico, la pratica del drenaggio addominale e vagino-addominale tanto più che il medesimo fa parte del metodo Porro. Nelle 31 operate il drenaggio, diversamente applicato, lo trovo eseguito dieci volte, quasi sempre unico, in qualche caso doppio; due volte semplicemente addominale ed otto attraverso lo spazio del Douglas. Questi 10 casi appartengono al Porro, Hegar, Späth, Chiara, Wasseige, Braun e Perolio. Di essi cinque furono coronati da successo e cinque da esito infausto. I vantaggi quindi, si equilibrerebbero cogli inconvenienti. In questo campo è difficile poter dare un giudizio assoluto.

Io stesso nella mia operata al 3° giorno minacciata di peritonite, fui per 12 ore in dubbio se dovessi o no tentare il drenaggio addominale od addomino vaginale. Finalmente mi decisi a non farlo, ritenendo in quel momento forse più esiziale che utile il

riaprire la ferita del ventre. Per altra parte la riapertura di essa fatta qualche giorno dopo, per effettuare la toilette peritoneale, al dire del Riedinger, ha salvato la sua operata. In questo caso però non fù applicato il drenaggio neanche dopo la riapertura della ferita essendo in corso una grave peritonite settica.

Io ritengo che nei casi in cui non avvengono gravi versamenti peritoneali, che nessuna complicazione viene a disturbare l'atto operativo, che il peduncolo venga fissato allo esterno sia miglior pratica quella di far senza del drenaggio, cui per altra parte puossi sempre ricorrere, a peritonite settica, quando s'abbiano segni certi di raccolta putrida nell'addome. E cosa omai posta fuori dubbio che il drenaggio nella cavità peritoneale può salvare un'operata come può in particolari circostanze essere il fomite della infezione, quand'anche si usino tutte le precauzioni per impedirla. La sezione del drain che percorre il canale vaginale ad esempio, può essere la porta aperta ai batterii, per quante misure precauzionali prenda l'operatore. Per parte mia sono convinto che in casi eccezionali il drenaggio è di una utilità incontestabile ma non credo razionale di adottarne l'applicazione come regola generale. Prova ne sia che il suo uso, va nell'istero-ovariotomia cesarea perdendo terreno a misura che l'atto operativo si compie con precauzioni antisettiche più rigorose, con metodo e mano più sicuri. Nelle ultime 13 operazioni una sol volta fù applicato il drain dal Braun e tuttavia abbiamo 7 guarigioni e 6 morte; ciò che equivale al 60 p. 0/0 di successi. Il drenaggio è un'ajuto che interviene e deve a mio parere intervenire solo in quei casi in cui l'opera del chirurgo non fù o non potè essere perfetta cioè condotta secondo le norme ed i metodi sanciti dalla esperienza e dai migliori risultati. Nel solo caso in cui si tentasse, come nell'ovariotomia, di affondare il peduncolo, allora riterrei come indispensabile l'applicazione del drenaggio, benchè anche in questo caso se non succedono versamenti durante l'atto operativo e non vi penetri aria nel peritoneo, le raccolte putride, le infezioni vere non possono avvenire e l'azione del drain sarebbe per lo meno superfluo. Passati così in breve rassegna i principali fattori dell'atto operativo nonchè i vari procedimenti o le modificazioni fin qui dagli operatori introdotte, credo sia bene di esporre le manualità dell'istero-ovariotomia cesarea che io ritengo migliori, essendo il frutto delle cognizioni raccolte dallo spassionato esame dei 31 casi sui quali è ordito il mio lavoro. Pronto in avvenire ad accogliere

quelle riforme che saranno sancite migliori od a ricredermi in qualche erronea convinzione.

Per essere più chiaro e facilitare l'esposizione dividerò l'operazione in 5 tempi :

- 1° Tempo — Incisione delle pareti addominali e del peritoneo.
- 2° » — Incisione dell'utero gestante.
- 3° » — Estrazione del feto e dell'utero.
- 4° » — Legatura ed amputazione utero-ovarica.
- 5° » — Sutura addominale e medicazione.

Appena sia decisa l'operazione ed anche nei casi in cui si possa sospettare che una grave complicanza (tumori, stenosi vagino-uterine, ec.) sia possibile nel momento del parto, si da renderlo inattuabile coi mezzi ordinari dell'arte, l'ostetrico deve prepararsi e disporre di tutti i mezzi necessari per compierla. Quindi terrà disposti gli strumenti ed apparecchi non chè gli ajuti intelligenti e possibilmente pratici. Bisturi bene affilati, retti, convessi, bottonati; forbici rette, curve, di cui una almeno robusta; pinze anatomiche, pinze emostatiche, del Museux e del Péan, pinze a torsione, traenti e taglienti, peli ed aghi, pinze per attrarre la lingua, costrittori montati col filo metallico (ferro cotto) del Cintrat o del Kóberlè; un'ecraseur del Chassaignac od il costrittore del Maisonneuve; tre quarti retti e curvi; aghi lanceolati del Péan, aghi retti e curvi per cucitura montati di filo robusto in seta. Anzi per non perdere tempo nella cucitura sarà bene che i fili di seta portino ad ogni estremità un'ago proprio; due o tre di questi aghi devono essere più lunghi e più robusti e portare un filo di seta molto più resistente per attraversare e fissare il peduncolo alle pareti addominali. Un coltello falciforme per recidere l'utero od una robusta forbice. Sarà bene disporre anche del termo cauterio di Paquelin il quale se non servirà a recidere o incidere potrà tornar utile per cauterizzare il peduncolo o punti sanguinanti. Se l'operatore avrà a sua disposizione un clamp o un klammer sarà bene lo disponga sul tavolo degli istrumenti, in caso un'ansa metallica fallisse o tagliasse il tessuto dell'utero rammollato. Anche il tubo di gomma dell'Esmark od il cordone elastico del Grandesso-Silvestri deve trovarsi fra la raccolta dei mezzi adatti all'operazione. Se prossimo è il momento di operare sarà bene che tutti questi strumenti, dopo di essere stati lavati nell'acqua fenica, di tenerli per qualche ora immersi nella glicerina carbolica al 5 per 100. Fra gli apparecchi indispensabili stanno i polverizzatori

i quali devono essere provati ed in numero almeno di due. Non è il caso di dire che l'acqua fenizzata deve trovarsi abbondantissima e sempre a disposizione dell'operatore; molte spugne di dimensione varia, libere e montate sulle aste, ben disinfettate e lavate nell'acqua fenica; pezzuole di flanella, garza ed ovatta fenizzate non devono mancare mai nel momento in cui si apre l'addome, l'utero, e si compie l'operazione. Per la medicazione occorrono tutti i materiali del Lister: makintosh, protective, ovatta, catgut, bende di garza, tutto preparato e disposto pel momento di impiegarle. Il cloroformio dev'essere sempre in quantità quadrupla almeno di quanto può occorrere. Si badi che non manchino i cordiali, gli eccitanti (ammoniaca), gli astringenti e specialmente il percloruro di ferro, la glicerina fenizzata, il collodio, l'acido fenico puro ecc. ecc.

Così disposte le cose e prese le precauzioni le più minute per la disinfezione della camera di operazione, della lingerie e specialmente delle mani di tutti gli ajuti e colleghi che presenziano l'atto operativo, mantenuta una temperatura omogenea, dai 16° ai 18° nella camera, preparato un letto semplice, duro, stretto, di fronte ad un'ampia finestra, la donna è quivi coricata e tosto cloroformizzata da un'aiuto intelligente e che esclusivamente sorvegli lo stato dell'operanda. In questo momento cominceranno a funzionare i polverizzatori per non cessare che a medicazione compiuta. Due colleghi od allievi saranno incaricati della pressione laterale delle pareti addominali, che deve essere continua regolare e pazientissima. Un'altro aiuto sarà incaricato di dare gli strumenti e di preparare tutto l'imprevisto all'operatore. Un'ultimo aiuto si incaricherà della pulitura continua del cambio delle spugne e di ogni mezzo che valga ad impedire i versamenti peritoneali. A tutto rigore sei ajuti basteranno all'operatore; però se uno o due in più potessero essere disponibili in caso di bisogno (come nel momento di sostenere l'utero perpendicolare per la legatura) non sarebbe di troppo.

A questo punto l'ostetrico, dopo avere vuotata la vescica e mantenuto un catetere a permanenza, dopo aver fatto lavare per bene con acqua o glicerina fenica le pareti addominali, le coscie, la vulva ed anche la vagina; dopo aver fatto radere i peli sulla linea alba e sul pube e dopo avere osservato se tutto è in ordine, fissato l'utero sulla linea mediana si dà principio all'operazione.

*I. Tempo.* — Una incisione di 12 centimetri verrà fatta col bi-

sturi convesso sulla linea alba cominciando da pochi millimetri sotto la cicatrice ombelicale e terminando a 4 o 5 centimetri sopra la sinfisi pubica. Dolcemente e coll'aiuto della sonda scanalata verranno recise a strati le pareti addominali fin sul peritoneo. A questo punto assicuratosi ancora che nessuna ansa intestinale si trova fra l'utero e le pareti addominali e che l'utero combacia completamente con esse, si fa una puntura sul peritoneo, da cui ordinariamente sgorga qualche cucchiaino di siero che sarà prontamente raccolto dalle spugne. Dalla piccola apertura sulla guida della sonda con bisturi bottonato si dilaterà in alto ed in basso l'incisione sino a corrispondenza della prima fatta sulle pareti addominali. È inteso che il peritoneo non sarà aperto che dopo l'emostasi completa delle labbra della ferita addominale. A questo punto si badi che nessuna ansa intestinale sfugga in alto od in basso e la compressione sui lati della ferita sia esatta e permanente.

*II. Tempo.* — Accertata la posizione centrale dell'utero e la rigorosa pulizia della ferita esterna, si penetri arditamente con una breve incisione nel cavo uterino, dopo avere attorniato da spugne il punto da incidersi. Sarà bene che anche il sacco ammiotico, se non fu rotto e vuotato dalle vie genitali, sia aperto in questo momento nel quale è più facile accogliere il liquido ed evitare gli spandimenti nel peritoneo.

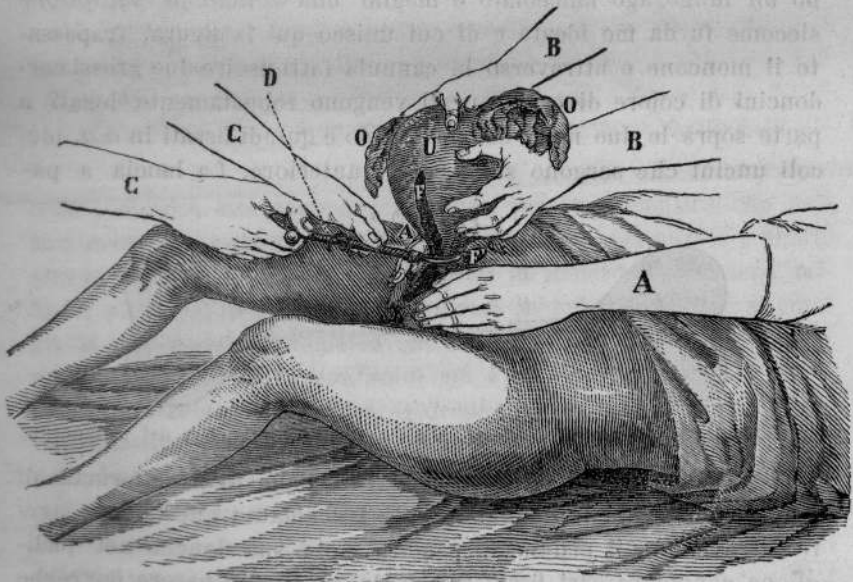
Ripulite colle maggiori cautele tutte le parti, si afferri colle pinze del Museux, o meglio colle più robuste ed a larga presa del Pean, le labbra della breve incisione uterina, traendo continuamente su di esse come si volesse sgusciare l'utero gravido. Con questa pratica si coadiuverà l'azione delle pressioni laterali e si chiuderà quasi ermeticamente la ferita addominale in quel momento in cui v'è pericolo maggiore di stravasamento sanguigno. Allora con un bisturi lungo e bottonuto si estenda, in alto specialmente, la ferita uterina di tanto che sia possibile la estrazione del feto. In questo modo si ovvierà al pericolo di avere un moncone troppo breve. Siccome avviene sovente che questa incisione cada sulla regione dell'utero su cui è inserita la placenta, così in questo momento l'emorragia può farsi inquietante. È duopo frenarla tosto possibilmente colla compressione sui margini della ferita e più sicuramente colla rapida esecuzione del terzo tempo.

*III. Tempo.* — Introdotta la mano nell'utero, se alla ferita non si presenta tosto un piede od un ginocchio del feto, si compie ra-

pida l'estrazione del feto e degli annessi che si consegnano tosto, senza badarvi, ad un'ajuto vicino. All'estrazione del feto si fa seguire tosto l'estrazione dell'utero, che generalmente nel suo involgersi pone freno all'emorragia. Per estrarre l'utero si avvicinano le branche chiuse delle pinze di Pean, le quali riunite chiudono in parte la breccia e servono di buona presa per trar fuori il fondo dell'utero. In questo momento gli aiuti destinati alla compressione laterale devono attentamente badare di seguire i movimenti dell'utero e di far scivolare per così dire le pareti e prendere il posto dell'utero stesso, affinché la matassa intestinale non irrompa nel vuoto repentinamente fatto e faccia ernia allo esterno. Se hassi qualche tema che le anse vogliano sfuggire in alcun punto allora è prudenza gettar tosto nella breccia una pezzuola finissima di flanella riscaldata che, ricoprendo la massa intestinale, la mantenga in sito. Dessa preserverà pure il peritoneo dal sangue e dal contatto dell'aria esterna.

*IV. Tempo.* — Innalzato l'utero e mantenuto perpendicolarmente

Figura 1.<sup>a</sup>



- A.A. Mani dell'ajuto che fissa le pareti addominali.
- B.B. Mani dell'ajuto che sostiene l'utero perpendicolare.
- C.C. Mani dell'operatore che fa agire il costrittore.
- F. Ferita uterina.
- F'. Ferita addominale.
- U. Utero vuoto.
- O.O. Ovaja e trombe falleppiane.

gione per prima intenzione, piuttosto che vedere poi, per mancanza di adesione dei margini, scollarsi o suppurare la ferita. Giunti all'angolo inferiore della ferita è bene qualunque sia stato il metodo di amputazione utero-ovarica, assicurarsi che il moncone non rientri, tanto più nei momenti di probabile meteorismo grave; a questo fine si portano uno o due punti che attraversino le labbra della ferita ed il peduncolo ad un tempo, il quale sarà così pienamente immobilizzato e potranno organizzarsi i coacili tenaci e sicuri.

Avendo nel capitolo III, la *medicazione antisettica*, parlato a lungo del modo di usare il metodo Lister, risparmio ai lettori la noia delle ripetizioni. Taccio della medicazione che dovrà essere fatta con tutte le cure possibili prima che l'operata sia collocata nel suo letto di puerperio. Ho voluto estendermi un po' minutamente sul modo di compiere ques'importante operazione, poichè da nessuno finora ne trovo fatta parola in modo da incoraggiare ed aiutare il chirurgo nella sua prima impresa. Sarei troppo soddisfatto se io avessi potuto riescire a questo scopo.

## VI.

### **Casistica sull'amputazione cesarea utero-ovarica.**

Crede di qualche utilità pratica per la storia di questa nuova operazione entrata omai nel campo della chirurgia moderna, far seguire un breve riassunto di tutte le osservazioni che ho raccolto dalla stampa nazionale ed estera e dalle private corrispondenze. Sarà un materiale che servirà di base, alle future statistiche, le quali sole potranno confermare le speranze e le assicurazioni di chi concepì ed attuò l'ardimentosa impresa, e dei primi che ebbero in lui fiducia e coraggiosamente, ne seguirono l'esempio. Io oso sperare sia per riescire la presente casistica esatta e completa avendo attinto direttamente alla fonte, tutta volta qualche dubbio insorse nella mia mente, ed in tutti quei casi in cui nulla erasi pubblicato dalle effemeridi mediche. Sono quindi debitore della medesima in buona parte alla gentilezza ed alla premura con cui rispose alla mia richiesta la maggior parte degli autori ed operatori, ai quali sento l'obbligo di tributare vivissimi ringraziamenti. Dall'esposizione dei casi pratici ciascuno ri-



Numero d'ordine	OPERATORI Cognome e Nome	RESIDENZA	OPERAZIONE			METODO OPERATIVO	CAUSE DETERMINANTI L'ATTO OPERATIVO	GRADO di VIZIO PELVICO	DURATA della OPERAZIONE	E S I T O			RITORNO in SALUTE	CAUSE DEL DECESSO	MEDICAZIONE USATA	O S S E R V A Z I O N I
			Anno	Gior- no	Mese					MADRE	FIGLIO					
1	Porro . . . . .	Pavia	1876	21	Maggio	Porro	Bacino pseudo-osteomalacico .	C.V. 0,40	minuti 43	guarita		vivo	Dopo 60 giorni		M. ordinaria e drenaggio	Ebbe puerperio grave
2	Inzani . . . . .	Parma	1877	3	Gennaio	idem	Sarcoma dell'ischio . . . . .	non indicato	non ind.		morte	vivo		Peritonite	idem	Operò in Borgo S. Donnino
3	Megar . . . . .	Friburgo	"	28	Marzo	idem	Bacino piatto rachitico . . . . .	idem	idem		morte	vivo		Peritonite infettiva	idem	Era affetta da cirrosi renale
4	Previtali . . . . .	Bergame	"	25	Aprile	idem	B. Rachitico . . . . .	idem	idem		morte	premorto		Collasso	M. Ordinaria	Agonizzante
5	Späth (1 <sup>a</sup> oper.) . . . . .	Vienna	"	22	Giugno	idem	B. Osteomalacico . . . . .	idem	idem	guarita		vivo	Dopo 60 giorni		M. Lister e drenaggio	
6	Späth (2 <sup>a</sup> ) . . . . .	Vienna	"	3	Settembre	idem	idem	idem	idem		morte	premorto		Peritonite settica	M. Lister	
7	Braun Carlo (1 <sup>a</sup> ) . . . . .	Vienna	"	5	Settembre	idem	idem	idem	idem		morte	vivo		Peritonite purulenta	idem	
8	Chiara Domenico (1 <sup>a</sup> ) . . . . .	Milano	"	16	Dicembre	idem	B. Rachitico piatto . . . . .	C.V. 0,42	m. 45		morte	vivo		Collasso	M. Lister e drenaggio	
9	Müller . . . . .	Berna	1878	4	Febbraio	Müller	B. Osteomalacico . . . . .	non indicato	m. 60	guarita		premorto	Dopo 50 giorni		idem	Primo che estrasse l'utero gravido
10	Frauzolin . . . . .	Udine	"	11	Aprile	Porro	Anasarca e Polmonite . . . . .	idem	non ind.		morte	premorto		Polmonite ed anasarca	M. Ordinaria	Moribonda
11	Wasselge (1 <sup>a</sup> ) . . . . .	Liegi	"	14	Aprile	idem	B. unif. ristretto . . . . .	C.V. 0,40	m. 60	guarita		vivo	Dopo 40 giorni		M. Lister e drenaggio	
12	Braun Carlo (2 <sup>a</sup> ) . . . . .	Vienna	"	10	Maggio	idem	B. rach. asimmetrico . . . . .	" 0,50	non ind.	guarita		vivo	Dopo 70 giorni		Med. al Timol	Non riuscì il metodo Müller
13	Chiara (2 <sup>a</sup> ) . . . . .	Milano	"	22	Maggio	Müller	B. rach. ristretto . . . . .	" 0,52	m. 42		morte	vivo		Collasso	M. Lister e drenaggio	
14	Tibone (1 <sup>a</sup> ) . . . . .	Torino	"	28	Maggio	Porro	B. total. ristretto ed asimmetrico	" 0,57	m. 50		morte	vivo		Peritonite settica	M. Lister	Non riuscì il metodo Müller
15	Litzmann . . . . .	Kiel	"	14	Giugno	Müller	B. rach. uniform. ristretto . . . . .	" 0,70	m. 60		morte	vivo		Peritonite diffusa	idem	Non riuscì il metodo Müller
16	Brelsky . . . . .	Praga	"	10	Luglio	idem	B. rach. piatto asimmetrico . . . . .	" 0,62	non ind.	guarita		vivo	Non indicata l'epoca		idem	
17	Wasselge (2 <sup>a</sup> ) . . . . .	Liegi	"	3	Agosto	Porro	B. rach. scoliotico . . . . .	" 0,25	idem		morte	vivo		Peritonite settica	M. Lister e drenaggio	Non riuscì il metodo Müller
18	Perollo Carlo . . . . .	Brescia	"	23	Agosto	idem	B. pseudo-osteomalacico . . . . .	" 0,65	m. 38	guarita		vivo	Dopo 60 giorni		M. ordinaria e drenaggio	
19	Hiedinger Hubert . . . . .	Brunn	"	16	Settembre	idem	B. rachitico piatto . . . . .	" 0,75	m. 60	guarita		vivo	Dopo 150 giorni		M. Lister	Soffrì perit. settica per cui fu riaperta la ferita
20	Fehling . . . . .	Stoccarda	"	7	Ottobre	Müller	B. pseudo-osteomalacico . . . . .	" 0,40	m. 75		morte	vivo		Peritonite settica	idem	
21	Chiara (3 <sup>a</sup> ) . . . . .	Milano	"	19	Ottobre	Porro	B. osteomalacico . . . . .	B.I. 0,23	m. 42	guarita		vivo	Dopo 30 giorni		idem	Non riuscì il metodo Müller
22	Braun Gustavo . . . . .	Vienna	"	13	Dicembre	Müller	B. rach. microsomico . . . . .	C.V. 0,55	non ind.		morte	vivo		Peritonite purulenta	idem	
23	Tibone (2 <sup>a</sup> ) . . . . .	Torino	1879	17	Gennaio	Porro	B. rach. piatto uniform. ristretto	" 0,50	m. 45	guarita		vivo	Dopo 60 giorni		idem	Con fistola stercoracea
24	Fochier A. . . . .	Lione	"	2	Febbraio	idem	B. osteomalacico . . . . .	non indicato	m. 45	guarita		vivo	Dopo 35 giorni		idem	
25	Coggi Paolo . . . . .	Cremona	"	31	Febbraio	idem	B. rach. unif. ristretto . . . . .	C.V. 0,45	m. 45		morte	vivo		Setticeemia fulm.te	idem	
26	Tarsler (1 <sup>a</sup> ) . . . . .	Parigi	"	24	Febbraio	idem	Enorme fibroma pelvico . . . . .	non indicato	m. 45		morte	premorto		Peritonite infettiva	idem	
27	Tibone (3 <sup>a</sup> ) . . . . .	Torino	"	4	Marzo	idem	B. rach. piatto assolut. ristretto	C.V. 0,45	m. 45		morte	vivo		Peritonite settica	idem	
28	Tarsler (2 <sup>a</sup> ) . . . . .	Parigi	"	20	Marzo	idem	B. rach. pseudo-osteomalacico	" 0,60	non ind.	guarita		premorto	Dopo 120 giorni		idem	
29	Peyretti Giovanni . . . . .	Torino	"	20	Marzo	idem	Bacino rachitico p. . . . .	" 0,67	idem		morte	vivo		Tetano	idem	
30	Braun Carlo (3 <sup>a</sup> ) . . . . .	Vienna	"	2	Aprile	idem	B. rachit. piatto . . . . .	" 0,60	idem	guarita		vivo	Dopo 45 giorni		M. Lister e drenaggio	Non riuscì il metodo Müller
31	Berruti Giuseppe . . . . .	Torino	"	16	Maggio	idem	B. rach. pseudo-osteomalacico	" 0,40	m. 35	guarita		vivo	Dopo 70 giorni		M. Lister	Al 15° giorno lasciò il letto



leverà facilmente molti dati, che come complemento di questo lavoro io cercherò di riassumere sotto forma di corollari, dati che varranno a rischiarare, a guidare i futuri operatori che si accingeranno sicuramente con miglior fortuna all'ardua impresa, edotti degli errori e degli inconvenienti inevitabili nei primi tentativi di un nuovo metodo o di una nuova operazione.

Intanto ecco lo specchio riassuntivo dei 31 casi di operazioni cesaree con amputazione dell'utero e della ovaia eseguite fino al 16 maggio, giorno in cui ho avuto campo di compiere felicemente la mia. Quivi io ho fatto punto, benchè sappia che altri casi furono dopo di me con successo operati, dal Mangiagalli di Milano, dal C. Braun di Vienna, dal Chiara e dal Previtali. Forse in avvenire nel riprendere questi studi cercherò di proseguire colla stessa esattezza scientifica la casistica con questo lavoro iniziata. Di tutti questi 31 casi darò un brevissimo cenno, ricordando il processo operativo, le complicanze, le modificazioni, gli esiti. Ritengo utile di far precedere ai riassunti clinici questo quadro generale delle operate in ordine all'epoca in cui furono compiute le operazioni. Oso sperare di essere riuscito in questo lavoro alla maggior esattezza possibile, non avendo risparmiato ripetute corrispondenze e talvolta tenaci insistenze presso i rispettivi operatori. Il vantaggio che ne ricaverà la storia dell'operazione del Porro, spero compenserà le mie fatiche e farà perdonare ai colleghi i disturbi arrecati.

## OSSERVAZIONI CLINICHE

Riassunto di 31 casi di istero-ovariotomia cesarea.

---

I. **Caso.** — *Prof. Porro Eduardo di Pavia (21 maggio 1876), madre e bambino salvi (1).*

Donna primipara, rachitica, d'anni 25, con bacino pseudo-osteomalacico. Microcorda sinistra mm. 40, destra 50. C. V. 80 mm. Lordosi lombare molto accentuata e scoliosi destra. Spazio utile 40 mm. In *travaglio spontaneo*, feto vivo, presentazione cefalica. Con tutte le precauzioni antisettiche possibili (benchè allora il metodo del Lister fosse appena nel suo esordire e poco usato tra noi), nell'anfiteatro della scuola ostetrica di Pavia, dopo cloroformizzazione completa, venne aperto il ventre con una incisione di 12 cent. un po' obliqua a destra e distante 5 cm. dal pube e 3 dall'ombellico. Spaccato l'utero in sito fu estratto un feto vivo a termine, di sesso femminile. Ne seguì la fuoruscita di anse intestinali tosto rimesse e mantenute in sito. Estratto l'utero che, per essere lacerato superiormente aveva dato luogo a grave emorragia, fu circondato in corrispondenza dell'istmo, con un robusto filo metallico, allo scopo di attuare l'amputazione, procedimento cui erasi il Porro preparato da molto tempo. L'ansa metallica venne stretta col serranodi del Cintrat, e per evitare lo sdruciolamento della medesima sulla vagina fu posta a cavallo dell'ovaia sinistra per cui questa venne sezionata solo in parte. Con robuste cesoie tagliò l'utero ed annessi a 2 cm. sopra l'ansa. Applicato il *drenaggio* nello spazio del Douglas, si accordarono i capi davanti il pube. Si ripulì il peritoneo e si fece la sutura attorcigliata con filo d'argento (4 punti), di cui l'ultimo a ridosso del moncone. Il tubo di drenaggio usciva tra il 3° e 4° punto stando a cavaliere del peduncolo, la cui legatura trovavasi al livello delle pareti addominali. Pennellato il moncone colla tintura di percloruro di ferro e fissato il serranodi anteriormente al pube e sulla coscia destra con listerelle di diaquilon, la medicazione fu completata con liste emplastiche fra i punti di cucitura, faldella ai lati della ferita, penellazione di laudano sul ventre, cotone cardato, compresse piramidali sui fianchi ed un bendaggio a corpo. L'operazione durò 45 minuti. La donna ebbe un puerperio disastroso; vomiti da peritonite, flemmone al legamento largo, vulvo-vaginite, decubito, linfangioite dell'arto

---

(1) *Porro Edoardo: della amputazione utero-ovarica come complemento del taglio cesareo Milano, tip. Rechiedei, 1876.*

sinistro, pleurite sinistra; ma l'arte finì per trionfare di tutte queste successioni e complicazioni morbose. La donna guarì e questo risultato nel primo tentativo contribuì grandemente ad assicurare il successivo trionfo. Il serranodi venne tolto al 5° giorno, al 6° e 7° i punti di sutura. Un mese dopo l'operata lasciò il letto per la prima volta. Ebbe evoluzione lattea che si protrasse per molti giorni. Nei mesi consecutivi all'epoca mestrualistica un'addolentimento ed un senso di stiramento con uscita di poco siero filante dalla cicatrice del moncone.

II. **Caso.** — *Prof. Inzani di Parma (3 gennaio 1877),  
morte della madre, feto vivente (1).*

Donna pluripara, di anni 28, in *travaglio di parto* da due giorni, con tumore dell'ischio destro probabilmente sarcomatoso e sviluppatosi nel corso della gravidanza. Presentazione inaccessibile. Compiuto il taglio cesareo sotto l'anestesia, che cadde sulla inserzione placentare, venne estratto il feto vivo. Sgusciato l'utero venne allacciato con un filo metallico alla regione cervicale e strozzato col serranodi a 1 cm. sopra la legatura; applicato il drenaggio nello spazio del Douglas, venne fatta una sutura profonda incavigliata, metallica e nodosa superficiale. Il punto inferiore comprese il peduncolo che fu toccato col percloruro di ferro liquido. Medicazione con ovatta e fasciatura. La donna soccombette tre giorni dopo di peritonite. L'autopsia dimostrò che la causa della distocia era realmente un sarcoma periosteo dell'ischio.

III. **Caso.** — *Prof. Hegar di Friburgo (28 marzo 1877),  
madre morta, feto vivo (2).*

Quest'operazione che a dire dell'A. sarebbe la seconda compiuta e ad insaputa di quella del Porro, riguarda una donna affetta di cifosi lombosacrale e bacino considerevolmente deformato. Fu deciso l'atto operativo 4 giorni dopo l'insorto *travaglio di parto* e dopo un accesso di eclampsia. Durante la gravidanza s'era trovata albumina nelle urine, cellule epitelari, e tubuli fibrinosi. L'operazione si eseguì senza complicazioni. Si estrasse un feto vivente. L'incisione cadde sulla placenta che venne staccata senza grave emorragia. Una pressione laterale dei margini della ferita e le spugne evitarono versamenti siero-sanguigni nell'addome. Tratto fuori l'utero e tenuto

---

(1) Calderini Giovanni. *Quarta nota sull'argomento dell'amputazione cesarea utero-ovarica pubblicata sulla Gazzetta delle Cliniche di Torino, n. 20, maggio 1879, pagina 316.*

(2) Dorff, assistente all'istituto ginecologico di Friburgo. *Casistica dell'operazione cesarea secondo il metodo Porro, e Centralblatt für Gynaekologie n. 11, 1879.*

perpendicolarmente venne attraversato l'apice del cono con un' ago curvo del Péan e legato al disotto in corrispondenza dell'istmo con una doppia ansa metallica stretta col serranodi e per maggior garanzia assicurata da una catena del Chassaingnac.

Amputati utero ed ovaia, fatta la pulizia del peritoneo, si procedette alla sutura metallica della ferita addominale, fissando il peduncolo alla commissura inferiore con tre aghi lanceolati. Medicazione del moncone con l'acqua di cloro. Al 3° giorno comparvero i sintomi di peritonite settica; alla sera fu applicato un *doppio drenaggio* attraverso lo spazio del Douglas ed uno per parte ai lombi, irrigazioni di acqua di cloro. Il colasso si aggravò verso sera ed alle 4 ant. del 4° giorno soccombeva la donna. L'autopsia oltre i caratteri della peritonite ha confermato una grave atrofia di ambedue i reni.

IV. **Caso.** — *Dott. Previtali di Bergamo (23 aprile 1877),  
madre e figlio morti (1).*

Donna portata da un villaggio all'ospedale di Bergamo in travaglio di parto infruttuoso da 5 giorni. Riusciti vani tutti i mezzi per liberarla a domicilio fu trasportata all'ospizio sfinita di forze e moribonda. Quivi fu tosto sottoposta con tutte le norme dell'arte all'operazione cesarea dall'egregio dottor Previtali, completando l'operazione coll'amputazione utero-ovarica. La donna poté sopravvivere ancora 30 ore dopo l'operazione, essendosi rianimata ed avendo lasciata speranza di salvamento. Il feto era premorto all'atto operativo e la donna soccombeva pure per esaurimento vitale. Essendo la donna in condizioni disperate quando venne operata, lo stesso chirurgo credette inutile dare pubblicità sulle effemeridi mediche di questo caso, non per nascondere un'esito infausto, ma perchè a suo parere nelle condizioni in cui fu compiuta l'operazione, questa non poteva servire nè di insegnamento, nè di alcun valore relativo alla opportunità ed alla convenienza del processo Porro.

V. **Caso.** — *Prof. Späth di Vienna (22 giugno 1877),  
madre e figlio salvi (2).*

Donna di 40 anni, gravida per la settima volta, con 5 parti normali ed uno seguito da craniotomia. Stenosi pelvica grave per osteomalacia. Il taglio

(1) Perolio Carlo: *V. opuscolo pubblicato in Brescia, 1879, sopra un caso felice di operazione cesarea col metodo Porro e Gazzetta delle Cliniche, nota Calderini, numero 20, pagina 308, 1879.*

(2) *Wiener med. Wochenschrift, n. 4, 7, 11, 13, 1878; Centralblatt für Gynäkologie n. 10, 1879, e memoria del Perolio.*

cesareo fu fatto con tutte le precauzioni antisettiche, facendo precedere una iniezione sotto-cutanea di ergotina. Estratto il feto vivente si manifestò tuttavia grave emorragia per cui l'operatore si decise di amputare l'utero. A questo fine si servì dello schiacciatore del Chassignac modificato dal Billoth applicandolo in corrispondenza dell'orifizio interno, strozzando le tube a metà e lasciando nel cavo peritoneale le ovaie. Esportato l'utero, il peduncolo fu fissato alla parte inferiore della ferita; drenaggio del cavo peritoneale, con 4 tubi, di cui 2 nella piega del Douglas e 2 ai lati dell'addome.

Il 18 settembre cioè 60 giorni dopo l'operazione la donna era completamente guarita e presentata alla società dei medici di Vienna. A quest'epoca il flusso mestruo non era ricomparso. Ebbe abbondante secrezione latte.

**VI. Caso.** — *Prof. Späth a Vienna (3 settembre 1877), madre e bambino morti (1).*

Donna di 29 anni con stenosi grave da osteomalacia; due parti antecedenti normali ed un terzo terminato col forcipe. In travaglio di parto da 36 ore prima che entrasse in clinica. In questo caso lo Späth operò deliberatamente il taglio cesareo con amputazione dell'utero.

L'operazione fù compiuta colle stesse norme dell'altra, colla sola differenza che in questo caso le ovaie furono in un coll'utero esportate. Il feto era premorto all'atto operativo. Sei giorni dopo morì pure la donna. A quest'esito funesto lo Späth attribuisce, ed a ragione, grande importanza il lungo travaglio sopportato dalla gestante fuori dell'ospizio, ciò che accade in regola generale nelle donne osteomalaciche.

L'autopsia constatò i segni della peritonite, nonostante rigoroso sia stato il metodo antisettico. Lo scheletro lasciava scorgere recenti e spontanee fratture alle coste, braccia, piedi, ecc. L'A. fa seguire sagge considerazioni sui vantaggi della estirpazione dell'utero nei casi in cui è necessità l'operazione cesarea e ne dimostra il diritto scientifico, morale e legale tanto più quando un miglioramento progressivo nel metodo avrà evitati e prevenuti gli accidenti di così grave mutilazione.

**VII. Caso.** — *Braun Fernwald Prof. Carlo di Vienna (5 sett. 1877), donna morta, bambino vivo (2).*

Donna alta m. 1,93, osteomalacica, con grave vizio di bacino (carenato) di anni 40, ebbe sei parti a termine e normali, un settimo per presentazione

(1) V. *Ebendasselbst*, 1877: *Perolio* 1879, e *Gazzetta Clinica* 1878. note di Calderini.

(2) V. *Wiener medic. Wochenschr.*, n. 2 1879, *Sperimentale Fasc. di Giugno* 1879, e dottor Egidio Welponer nella sua contribuzione alla statistica ovaro-isterotomica cesarea, Firenze 1879.

di spalla e rivoltamento. Operata con tutte le cautele listeriane e coll'utero in sito, si estrasse un feto vivo femmina di 3200 gr. Il metodo tenuto fu quello commendato e proposto dal Porro. Nessun accidente accadde nell'atto operativo e l'emorragia fù minima. Questa però si è ripetuta poco tempo dopo dai vasi del moncone. Al costrittore del Cintrat, fu sostituita la catena dell'ecraseur. Al 2° giorno si è ripetuta ancora l'emorragia del moncone quando una grave peritonite era in corso. Verso sera del secondo giorno dopo l'operazione la donna soccombeva per collasso (T. 36° P. 130). L'autopsia praticata dal dottor Chiari 1° assistente alla cattedra di anatomia patologica in Vienna ha confermata la peritonite con esito fibrinoso-purulento quale causa essenziale del decesso.

VIII. **Caso.** — *Chiara Prof. Domenico di Milano (16 dic. 1877), donna morta, bambino vivo (1).*

Donna rachitica d'anni 37, primipara, coniugata vera di 42 millimetri. Cautele di Lister; taglio addominale a 4 centimetri sopra il pube e prolungato per 14 cent. Emorragia dopo il taglio dell'utero caduto sulla inserzione della placenta. Si estrae il feto per le natiche. Estratti fuori utero ed ovaja, col costrittore del Cintrat, alla regione istmica del cono si applica la legatura metallica. Due terzi dell'ovajo destro rimangono sotto la legatura. Anse intestinali migranti sono trattenute colla garza fenicata. Si applica il drenaggio nello spazio del Douglas e si compie l'operazione colla sutura metallica attorcigliata fissando il peduncolo inferiormente coll'ultimo punto della medesima. Penellazione del moncone col percloruro di ferro; del ventre col laudano; medicazione listeriana. L'atto operativo durò 45 minuti. Il bambino vivente pesava 3420 grammi, l'utero gr. 670. Al 12° giorno di puerperio il peduncolo si scolla dai margini della ferita e rientra nel cavo peritoneale; ne sussegue la fuoruscita di un'ansa intestinale. Si attrae nuovamente fuori il peduncolo e si fissa, ma la donna soccombe poco tempo dopo per collasso. L'A. fa seguire delle interessanti considerazioni sul modo di fissare il peduncolo e consiglia di dividerlo in due parti, legandone ciascuna separatamente onde favorire la più pronta caduta e la immobilità. Abbiamo nel manuale operativo detto di quale valore possa essere questa proposta e come sia da noi intesa.

---

(1) *Fatti e commenti clinici esposti dal dott. Cav. D. Chiara Professore direttore della R. Scuola pareggiata di ostetricia, Milano, 1878.*

IX. Caso. — Müller Prof. P. di Berna (4 febbraio 1878),  
madre salva, feto morto (1).

Il Müller aveva pensato di compiere l'atto operativo sull'utero, dopo di averlo estratto col prodotto del concepimento, coll'intenzione di assicurare meglio i successi nell'operazione del Porro. Sul principio del 1878 gli si presentò occasione favorevole. Eccone in breve la storia: donna d'anni 37 regolarmente mestruata, ebbe un primo parto a 22 anni ed un secondo a 25, ambedue normali. Seite anni fa ebbe la terza gravidanza accompagnata dai primi sintomi di osteomalacia cui tenne dietro tuttavia un parto normale. Nella quarta gestazione, benchè progrediente la malattia delle ossa ebbe parto lento ma spontaneo. Dopo questo parto ricoverò all'ospedale di Basilea dove si constatarono deviazioni scheletriche e statura abbassata. Tuttavia lasciato l'ospedale ingravidò per la 5<sup>a</sup> volta e dopo 13 ore di travaglio partorì un feto vivo. Giunta all'ottavo mese delle 6<sup>a</sup> gravidanza venne ricoverata nella clinica di Berna, sezione ostetrica, il 2 gennaio 1878, dove fù constatato un vizio grave di bacino da osteomalacia determinato. Attese il termine sperando nella cedevolezza delle ossa come in casi eccezionali avviene. Scolo prematuro delle acque il 1<sup>o</sup> Febbraio; travaglio lento, morte del feto, metrite incipiente. Alle otto ore di sera del 4 Febbraio venne decisa l'operazione. Sotto fitta nebulizzazione fenica e completa anestesia cloroformica, aperta la parete addominale, venne estratto l'utero gestante, legato alla cervice col costrittore del Maisonneuve, avviluppato in spugne e quindi ampiamente aperto per estrarre un feto macerato del peso di 3000 grammi. Sezionato l'utero ad un centimetro e mezzo sopra la legatura, terminò l'atto operativo colla sutura profonda e superficiale delle pareti addominali. Il peduncolo fu fissato lateralmente con tre punti di sutura, dopo di avere applicato il drenaggio addomino-vaginale. Il costrittore cadde al 10<sup>o</sup> giorno; all'11<sup>o</sup> solo la T. raggiunse i 39<sup>o</sup>. Ne seguì gangrena parziale delle pareti addominali di cui lentamente ne guarì. Il Müller ritiene che in questo caso l'operatore era doppiamente autorizzato a compiere così grave atto trovandosi la donna nella assoluta impossibilità di partorire da se e per di più in corso di endometrite settica che l'avrebbe tratta inesorabilmente e rapidamente a morte. Egli crede che l'estrazione dell'utero gestante prima di aprirlo sia pratica più saggia che non quella consigliata e praticata dal Porro, per cui la raccomandanda caldamente a' suoi successori nell'accingersi a così grave atto operativo. Lo crede applicabile questo nuovo processo anche nei casi in cui non si voglia amputare l'utero ma sottoporlo a cucitura od a semplice rigorosa pulizia nel taglio cesareo. In tal caso si farà uso della legatura

(1) V. Perolio *sud. Gazz. Cliniche* 1878 n. 15 pag. 232, ed *Eia Kaiserschnitt mit extirpation der uterus ecc. corrispond. fur schweiss.*

elastica temporaria dell' Esmark. Cerca di combattere le obiezioni fatte alla estesissima ferita addominale e sul pericolo di asfissia fetale. Non si pronunzia sulla scelta del filo metallico o del klammer per la legatura; utile ritiene tanto la legatura del peduncolo alle pareti addominali quanto il suo abbandono nel ventre. Noi a questo riguardo abbiamo nel capitolo antecedente espressa la nostra opinione.

**X. Caso.** — *Franzolini Dott. F. di Udine (11 aprile 1878),  
madre e feto morti (1).*

In questo caso la donna nubile, d'anni 25, entrata nell'ospedale, riparto di maternità, era affetta da anasarca e trovavasi verso il termine di gravidanza. Mentre si impiegavano i mezzi adatti per provocare il parto prematuro la donna si fà moribonda, benchè il battito fetale persista. Il Franzolini ritenendo difficile il parto forzato nè volendo aspettare la morte della donna per compiere il taglio cesareo, preferì appigliarsi a quest'ultima risorsa sulla donna agonizzante, colla speranza di richiamare la vita che si spegneva. Sezionato l'addome ed utero secondo le norme dell'arte estrasse due feti; il taglio cadde sulla regione placentare e s'ebbe grave emorragia per cui l'A. si credette in dovere di estrarre l'utero per comprimerlo e frenare l'emorragia. Ma non essendo riuscito fece la legatura elastica con grosso tubo di gomma al di sotto dei legamenti larghi e ad un centimetro e mezzo sopra la legatura escise il viscere. Chiuse la ferita colla solita doppia sutura e fissò all'angolo inferiore il peduncolo, lasciando pendere al di fuori i due estremi del tubo elastico costrittore. La donna si rianimò durante la cucitura, il respiro andò regolarizzandosi, riapparve il senso del dolore e nel dì seguente la temperatura segnava 38° con polso abbastanza resistente. Verso sera ancora in piena coscienza con tendenza al sudore, non aveva dolori ne tensione all'addome, ma 36 ore dopo l'atto operativo la donna soccombeva per la persistenza dei disordini polmonari. L'A. nelle sue considerazioni non ammette questa operazione nei casi di sola ristrettezza grave di bacino ma solo in pericolo di vita e nelle gravissime emorragie dopo il taglio cesareo siccome fù ammesso nel 1876 dal Congresso medico di Torino.

**XI. Caso.** — *Prof. Ad. Wasseige di Liegi (14 aprile 1878)  
successo per la madre e figlio (2).*

S. Moyse-Dewez, primipara, rachitica, alta m. 1,25, diametri del bacino tutti notevolmente raccorciati: C. V. mm. 46. In travaglio di parto da 18

(1) V. Franzolini *Gazzetta medica Veneta*, 1878 e *Gazzetta delle cliniche (Calderini)* pagina 20 maggio 1879.

(2) V. *Bull. de l'academie Roy. de Med. de Belgique*, n. 5 Anno 1878. T. XII, e la memoria del Wasseige: de l'operation césarienne suivie de l'amputation utero ovarique, methode du Prof. Porro, Bruxelles, Mancaux, 1878

ore viene operata con tutte le cautele antisettiche. Incisione addominale da sinfisi pubica, 4 cm. sopra la cicatrice ombelicale. L'utero è aperto in sito; la compressione laterale ben fatta impedisce i versamenti nel peritoneo e l'ernia delle intestina. Estratto il feto per rivolgimento podalico dà pronti segni di vita gagliarda: sfuggono in questo momento alcune anse intestinali che sono prontamente rimesse. Si fissa l'ecraseur al livello dell'orifizio interno del collo e si esporta utero ed ovaia a 2 cent. sopra la catena. Il peduncolo è trafitto da un lungo ago retto e fissato all'angolo inferiore della ferita. Fissata la catena si toglie l'asta dell'ecraseur. Si compie l'operazione con un tubo a drenaggio nello spazio del Douglas, colla cauterizzazione del moncone con cloruro di zinco al 1/8. Catena, ago, moncone sono tosto avviluppati con ovatta di Bruns ed il tutto coperto e medicato pazientemente col metodo Lister, sopraponendovi due saccoccie in gomma ripiene di ghiaccio. L'operazione durò un'ora. Il feto pesava 2580 gr., lungo 48 centimetri e 112. L'utero ed annessi 765 gr. — La donna dopo di essersi lagnata di vivi dolori nelle prime 24 ore entrò in uno stato di calma ed al 4° giorno era quasi in stato di completa euforia. Al 7° giorno dopo aver aumentata la costrazione dalla catena vi fu accesso di febbre con brivido e dolori vivi. Rinnovata più volte la medicazione ritornò tranquilla. Al 40° giorno benchè non completamente chiusa la breccia lasciata dalla caduta del peduncolo tuttavia dopo un'ultima cauterizzazione si credette bene di lasciarla uscire per restituirsi al marito ed alla famiglia. Due mesi dopo era in ottime condizioni ed allattava il suo bambino. L'A. fa seguire delle ottime considerazioni su questa nuova risorsa dell'arte ed approvandola pienamente applaude al genio italiano che seppe concepirla ed attuarla.

XII. **Caso.** — *Prof. Carlo Braun Fernwald di Vienna (10 maggio 1878), madre e bambino salvi (1).*

Donna primipara, d'anni 26, nubile, rachitica, coniugata vera 50 millimetri, arco pubico ristretto, microcorda sinistra quasi abolita. D'accordo coi professori Späeth e Gustavo Braun fù decisa l'amputazione cesarea utero-ovarica. Aperto il ventre sulla linea alba per 14-15 cent., non fù possibile ad onta di ripetuti tentativi far uscire l'utero gravido da tale ferita e si dovette incidere in sito per non estendere di troppo e con evidenti pericoli la ferita addominale. Il feto di sesso femmina era lungo 47 cent. pesava 2600 gr. e vagi appena estratto. Sul cono formato dalla regione inferiore dell'utero e dal suo collo venne collocata la catena dell'ecraseur modificato dal Billroth e si strinse sino a completa emostasi. Si amputò

---

(1) *V. Sperimentale, Fasc. 6 giugno 1879 ed. Op. del Welponer, contribuzione alla statistica della ovaro-isterotomia cesarea, metodo Porro, Firenze tip. Cenniniana 1879.*

utero ed ovaja a 2 cent. sopra la catena. Il moncone lasciò uscir sangue e si dovette ripetere la costrizione della catena. Fatta la pulitura del moncone e del cavo peritoneale con spugne impregnate di una soluzione di timol si procedette alla sutura dell'addome con sette punti di seta fenicata, parte superficiali e parte comprendenti il peritoneo. I due punti inferiori furono condotti vicino al moncone per fissarlo fuori dell'addome. Infine si praticò con accuratezza la medicatura alla Sculteto con flanella fenicata. Alla prima medicazione che ebbe luogo il giorno dopo per impedire che il moncone rientrasse fù applicato sopra l'ecraseur un clamp alla Spencer Wells. La donna soffrì peritonite asettica ed al 45° giorno (23 Giugno 1878) si alzò per la prima volta dal letto. Il 20 Luglio lasciò la clinica munita di una ventriera in tela. Ad ogni periodo mensile si lagna di pienezza al bacino, dolori ai lombi e di malessere generale.

**XIII. Caso.** — *Prof. Chiara di Milano (22 maggio 1878),  
donna morta, feto vivente (1).*

Donna multipara, ebbe 2 aborti, uno provocato a 6 mesi, l'altro spontaneo; d'anni 23, con bacino ristretto, rachitico: C. V. 52 mm. Incisione dell'addome di 14 centimetri cominciando dal pube a distanza di 4 cent. e prolungando a 6 cent. sopra l'ombelico. Precauzioni antisettiche rigorose. Volendo seguire i consigli del Müller tenta e riesce a sgusciare l'utero. Ne succede la fuoruscita di anse intestinali che si riducono e si mantengono in sito colla garza fenicata. Si apre l'utero col coltello termo-caustico del Paquelin. Estratto il bambino dà pronti segni di vitalità. Alla sezione istmica del collo infigge un grosso tre quarti nella cui cannula fa passare 2 fili metallici che legarono in due parti distinte il peduncolo per mezzo di due serranodi del Cintral. Amputato l'utero a 2 centimetri sopra la legatura, applica il drenaggio addomino-vaginale e compie le toiette peritoneale. Fissa il peduncolo inferiormente e procede alla sutura con 10 punti metallici profondi e 4 superficiali di seta fenicata. Sotto la legatura il moncone fù trafitto e sostenuto per mezzo di un'ago lanceolato piatto. L'operazione durò 42 minuti. Il feto maschio pesava 2750 grammi, l'utero vuoto 650 grammi. Nonostante tutti i presidii ed i sussidi antisettici e terapeutici la donna muore per collasso in quinta giornata. Il Chiara in questa storia si appalesa non troppo propenso alla estrazione dell'utero gravido prima di inciderlo (Müller), per la estesa incisione addominale che richiede e per la facile lacerazione e scollamento del peritoneo senza poter con ciò rigorosamente ed assolutamente evitare gli spandimenti peritoneali.

---

(1) *V. Osservatore, maggio 1879, pag. 310, note del Prof. Calderini e fatti e commenti clinici del Prof. Chiara, Milano, 1878.*

XIV. **Caso.** — *Prof. Tibone Domenico di Torino (28 mag. 1878).  
donna morta, feto vivo (1).*

Donna nubile, d'anni 27, accolta in clinica il 15 aprile 1878, rachitica, coniugata vera 57 mm., bacino totalmente ristretto, asimmetrico, scoliotico; microcorda sinistra 40 mm. statura mm. 112. Per rottura spontanea delle membrane il 27 maggio si iniziò il travaglio di parto. Alle 8 ant. del giorno seguente fù fissata l'operazione cesarea coll'intendimento di amputare utero ed ovaja secondo il metodo Porro. Per gentile invito del Professore potei presenziare l'atto operativo. Avendo intenzione di estrarre l'utero gravido, il Professore incise le pareti addominali per 18 cm., tuttavia nei tentativi di estrazione attraverso quest'ampia breccia la ferita addominale si lacerò in alto e fù necessità di portar tosto due punti di cucitura provvisori. L'estrazione non fù possibile per cui decise di tagliarlo in sito. Ne seguì fuoriuscita di anse intestinali, che tosto rimesse vennero mantenute con flanella e garza fenicata. Aperto l'utero ne seguì lieve emorragia. Estratti prontamente feto e placenta coll'intenzione di affondare il peduncolo, dopo avere stretto il cono uterino alla zona cervicale ed istmica con filo di ferro cotto ed il serranodi del Maisonneuve, col portarefe curvo del Péan cercò di portare sotto la legatura metallica due robusti fili di catgut (n° 3.) per dividere e legare in due parti il moncone; ma non vi riuscì: allora abbandona l'idea di affondare il peduncolo e con robusta ansa metallica ed il costrittore del Cintrat assicura l'emostasi togliendo il serranodi; taglia l'utero a 3 cm. sopra l'ansa, passa 2 lunghi aghi lanceolati attraverso il moncone e sotto la legatura, fissandolo all'angolo inferiore della ferita. Pulito il peritoneo, cauterizzato il peduncolo col percloruro di ferro liquido, opera la sutura con semplici punti intercisi di filo in seta fenizzato e medica alla Lister. L'atto operativo durò 50 minuti. Posta la donna a letto si lagna tosto di dolorosi stiramenti al moncone, ed è colta da nausea e vomiti. Si rilascia e si toglie l'ansa per darle sollievo, ma insorta peritonite grave la donna soccombe il giorno dopo. L'A. fa seguire a quest'osservazione delle importanti riflessioni sopra l'indicazione all'atto operativo, sul momento opportuno di praticarlo e sul metodo migliore che dall'esperienza viene sancito.

---

(1) V. *Annali di Ostetricia, ginecologia, ecc. Milano 1879, ed Opus. del Professor Tibone. Ricordi sopra 4 casi di taglio cesareo e clinica esposizione di un caso di iste. o-ovariotomia cesarea, ecc. Milano 1879.*

**XV. Caso.** — *Prof. Lizmann C. Th. in Kiel (14 giugno 1878),  
morte dell'operata, feto vivo (1).*

Donna di anni 29, secondipara, bacino totalmente ristretto, asimmetrico, piatto, coniugata vera 70 mm. Il primo parto che ebbe luogo due anni prima a termine fù compiuto col forcipe e la craniotomia. Scolo spontaneo delle acque amniotiche il 12 giugno. Cinque ore dopo fu portata nell'ospizio di maternità. I dolori proseguirono deboli e presero solo nel mattino seguente il carattere espulsivo. Da pochi centimetri sopra il pube condusse il taglio fin sopra l'ombelico per tentare, come gli riuscì difatti assai facilmente, l'estrazione dell'utero gravido. Stretta fortemente la cervice con un'ansa di gomma, aprì l'utero in tutta la sua lunghezza; il taglio cadde sulla inserzione placentare e ne ebbe assai emorragia. Estrasse un feto femminile di 2590 grammi di peso e lungo 34 centimetri, in stato di morte apparente ma che richiamò prontamente in vita. Esportata placenta ed utero, con undici punti di seta carbolizzata riunì la ferita addominale che medicò e fasciò con ovatta salicilata e benda di flanella. L'operazione durò 2 ore avendo dovuto fare la legatura a parte del legamento largo destro e nuova legatura in due parti del peduncolo che dava sangue dopo l'escisione dell'utero. Al 6° giorno la puerpera soccombette per peritonite. L'A. attribuisce l'insuccesso e la consecutiva infezione per non aver fissato il peduncolo alle pareti addominali e conseguentemente chiusa per bene all'angolo inferiore la ferita addominale.

**XVI. Caso.** — *Prof. Breisky di Praga (10 luglio 1878),  
madre e figlio salvi (2).*

Donna di 32 anni, alta 1,43, con nessuna deviazione alle estremità; scoliosi destra dorsale inferiore; lordo-scoliosi sinistra al sacro; bacino piatto, asimmetrico; distanze sacro cotiloidee da 3 a 4 cm. coniugata vera 6,2 cm. Precauzioni listeriane; grande incisione sulla linea alba; utero estratto prima di aprirlo. Legatura con 2 fili di rame alla regione sopra vaginale del collo col costrittore del Cintrat. Aperto l'utero ne segue lieve emorragia. Il bambino è estratto asfittico ma si rianima tosto; pesa 3305 grammi. A tre centimetri circa sopra l'ansa si amputa utero ed ovaja. Le anse dei fili di rame sdruciolano e lasciano la presa; lieve emorragia del peduncolo, nuova le-

---

(1) *V. Centralblatt für Gynaekologie*, n. 1. 1879, e *Gazzetta delle Cliniche* n. 4, 28 Gennaio 1879, pag. 50.

(2) *V. Arch. für Gynaek. Bd., XV. Volume 1. pagina 102 e Centralblatt für Gynaek. numero 6. 1879.*

gatura, cucitura addominale e drenaggio a lato del moncone fissato inferiormente. Guarigione completa. L' A. facendo onore al genio italiano dichiara l'operazione del Porro indispensabile quando vi ha assoluta necessità del taglio cesareo. Anzi secondo lui l'aborto provocato per stenosi pelvica, dopo la prognosi favorevole dell'operazione del Porro, dev'essere abbandonata. Ritiene pure la modificazione del Müller raccomandabile, sconsiglia le successive costrizioni sul peduncolo e raccomanda frequenti medicazioni.

XVII. **Caso.** — *Prof. Ad. Wasseige di Liege (3 agosto 1878),  
morte della madre e bambino salvo (1).*

Donna primipara, alta un metro, affetta da rachitismo grave scoliotico, d'anni 21, con grave deformità degli arti inferiori. Vizio gravissimo di bacino. C. V. 25 mm: microcorde 18 mm. Non essendovi altra via di scampo, che l'operazione cesarea questa venne compiuta col metodo Porro il 3 agosto a travaglio confermato, alla presenza di 23 colleghi e vari allievi. Aperto l'addome dall'ombellico a 4 cm. sopra il pube, cioè per l'estensione di 16 cm., riesce tuttavia impossibile di estrarre l'utero gravido e viene aperto in sito. L'incisione cade sulla inserzione placentare. Estratti il feto e l'utero vuoto, viene circondata la regione del collo colla catena dell'ecraseur. Mentre questa funzionava l'operatore s'accorge che il tessuto uterino cedeva e veniva tagliato. Ne seguì emorragia imponente. Si cercò di frenare prontamente il getto di sangue colle spugne e portando rapidamente al di sotto della catena un filo metallico che venne stretto col costrittore del Cintrat. Tagliato l'utero colle ovaja a 2 cm. sopra l'ansa si fece una minuta pulitura del cavo peritoneale. Viene fissato il peduncolo all'angolo inferiore della ferita con un filo d'argento che lo univa alle pareti addominali. Si applica il drenaggio allo spazio del Douglas e si compie la sutura con 5 punti profondi e molti superficiali. Infine si cauterizza il moncone col termocauterio del Paquelin, e si medica alla Lister. Nonostante tutte le cure la donna soccombe 48 ore dopo l'operazione per peritonite infettiva. L' A. di fronte a questo insuccesso che ritiene dovuto all'azione dell'ecraseur a catena il quale tagliò l'utero e provocò grave emorragia e spandimento peritoneale ha ideato e fatto costruire uno schiacciatore a nastro metallico che a suo parere dovrebbe riuscir meglio a stringere il peduncolo senza pericolo di lacerare il tessuto uterino. Finora non ci consta che questo nuovo strumento sia stato adoperato per cui non si può dare di esso un giudizio.

---

(1) V. Bull. de l'acad. royale de med. de Belgique T. XII. n. 8 e l'opus. del Wasseige, d'ancienne observation d'operation césarienne suivie de l'amputation utero ovarique et description d'un nouveau constricteur. Bruxelles, 1878.

**XVIII. Caso.** — *Perolio Dott. Carlo di Brescia (23 Agosto 1878),  
madre e figlio salvi (1).*

Donna d'anni 25, primipara, rachitica, con bacino pseudo-osteomalacico e lordosi lombare, diametro sacro-pubico mm. 65, obliquo destro 50 mm. Incisione addominale a 5 cm. sopra il pube estendentesi a 5 cm. a destra sopra la cicatrice ombelicale. Aperto l'utero in sito non s'ebbe emorragia; estrazione di feto sano; legatura dell'utero alla regione del collo col costrittore del Cintrat. Tagliato a 3 cm. sopra l'ansa metallica l'utero con forbici curve sul piatto venne applicato il drenaggio vagino addominale. Non fu necessaria la toilette del peritoneo. Cucitura profonda delle pareti addominali con 4 punti di filo d'argento portati cogli aghi del Simpson e superficiale con sutura attorcigliata. Assicurato il costrittore alla coscia sinistra e trafitto il moncone con ago venne canterizzato col percloruro di ferro. Penelazioni di laudano sul ventre, medicazione della ferita con fili asciutti, falde di cotone, compresse piramidali ai lati e bendaggio a corpo; durata dell'operazione 38 minuti. Peso della bambina 2600 gr. Al 5° giorno si tolgono i fili d'argento, al 7° il serranodi, al 12° il tubo a drenaggio, al 20 giorno la cicatrice è quasi completa; un mese dopo l'operazione la donna lasciava il letto; due mesi dopo era affatto risanata. Non ebbe evoluzione lattea. In questo caso vennero puntualmente seguiti i consigli ed il metodo del Porro.

**XIX. Caso.** — *Prof. Uberto Riedinger di Brunn (16 sett. 1878),  
esito favorevole per la madre e figlio (2).*

Donna primipara, d'anni 33; 1<sup>a</sup> mestruazione a 17 anni, ultima ai 25 dicembre 1877. Esame fatto il 13 settembre 1878; distanza delle spine iliache cm. 25, delle creste 26, dei trocanteri 29,3. Coniugata esterna cm. 14, circonferenza del bacino cm. 74,5. Vagina rigida, ristretta, nessuna presentazione, collo sollevato e chiuso. Coniugata vera mm. 55, microcorde raccorciate. Parte superiore del sacro leggermente deviata, coccige articolato ad angolo retto col sacro. Il 17 settembre a 10 ore di notte comparvero i primi dolori del parto calmati colla morfina; a tre ore ant. del 16 rottura dell'amnios per inavvertenza della levatrice. Alle ore 4 si constatò prima posizione, *caput succedaneum*; alle nove il Riedinger con altri 4 chirurghi si decide pel taglio cesareo, ed alle 12 si compie. Incisione dall'ombellico a 3 cm. sopra

---

(1) V. la memoria: *Un'altra guarita di operazione cesarea con amputazione utero ovarica per Perolio, Brescia 1879.*

(2) *Wiener Medic. Wochenschr.* n. 20, 1879 e da comunicazione privata che gentilmente l'A. volle fare al compilatore di questo lavoro.

il pube. Aperto il peritoneo si prolunga l'incisione per 2 cm. a sinistra dell'ombellico. Inciso l'utero si estrae il feto col piede destro; afferrato il fondo dell'utero ed estratto ne succede prollasso delle anse intestinali che vennero ridotte e mantenute in sito colle spugne. Legato l'utero presso il cono coll'ansa elastica ed in seguito coll'ecraseur, ciò che richiese difficoltà e tempo (mezz'ora) si esportò colle ovaie a 3 cm. sopra la catena. Per fissare il moncone all'angolo inferiore della ferita, si fecero due suture comuni con filo doppio di seta. Pochissimo fu il sangue versato nel cavo peritoneale; si applicò un tubo di drenaggio che usciva fra il 2° e 3° punto. La ferita addominale fu chiusa con 8 punti profondi e 6 superficiali. L'operazione durò 2 ore. Sul moncone fu posto un sacchetto pieno di gesso in polvere. La medicazione fu fatta alla Lister. Il feto sanissimo era a completo sviluppo. La ferita addominale guarì per prima intenzione. Nei primi 5 giorni le cose procedettero regolarmente. Al 6° giorno comparvero i sintomi di gravissima setticemia tanto che l'operatore si decise di riaprire la ferita addominale; il dito introdotto rilevò delle aderenze fra le anse intestinali ma non ne uscirono essudati. Solo dopo molte manipolazioni scollò poco liquido sporco e fetente. Chiusa di nuovo la ferita e somministrò analettici. La donna andò gradatamente migliorando. Il 30 settembre si aprì all'angolo superiore della ferita un ascesso grosso come un uovo di piccione che dopo cinque giorni si chiuse. A mezzo ottobre lo stato della donna era soddisfacente. Al principio di dicembre lasciò il letto ed il 16 febbraio 1870 fu licenziata col bambino dopo 5 mesi di cura. Il Riedinger crede che i fenomeni peritoneali si svilupparono solo al 5° giorno ed in conseguenza delle manovre fatte per ridurre nell'operazione il prollasso intestinale. Ritene che la riapertura della ferita abbia salvato la donna.

**XX. Caso.** — *Prof. Fehling di Stoccarda (7 ottobre 1878),  
madre morta, feto vivo (1).*

Accolta la gestante nella scuola ostetrica delle levatrici venne operata col metodo Porro e colla modificazione introdotta dal Müller. Donna di anni 30, primipara, alta m. 1.32. Bacino pseudo-osteomalacico, coniugata diagonale cent. 4, distanza sacro-cotiloidea sinistra mm. 22. Feto in presentazione trasversa, seconda posizione. Precauzioni e metodo antisettico. Aperto l'addome dall'ombellico a 4 cm. sopra la sinfisi pubica. Per riuscire allo sgusciamiento dell'utero gestante, dovette prolungare l'incisione di 4 cm., sopra la cicatrice ombelicale. Legato il cono coll'ansa elastica di Esmark e spaccato prontamente l'utero nel suo massimo diametro si cadde sulla placenta. Estratto il feto lungo cm. 51 e del peso di gr. 3560 si riebbe tosto a buona vita. Es-

(1) *Centralblatt für Gynaekologie*, n. 24. 1878, e *Gazzetta delle Cliniche* 1879.

sendo il tessuto uterino friabile non si riuscì ad applicare il costrittore del Cintrat. Fu invece applicato un klammer di Wells e riunita la ferita con 5 punti. L'operazione durò 75 minuti. La donna soccombette in quinta giornata di peritonite settica come lo dimostrò l'esame necroscopico fatto dal Prof. Schüppel. Il Fehling contrariamente a quanto veniva insegnato dallo Schröder e dall'Olshausen sull'affondamento o rientramento del peduncolo non volle procedere alla cucitura del medesimo colle pareti addominali. Costata che la vita del feto è punto minacciata col metodo Müller e che il klammer di Wells si applica facilmente e stringe fortemente il peduncolo.

**XXI. Caso.**—*Prof. Chiara Domenico di Milano (19 ottobre 1878), successo per madre e bambina (1).*

Donna di anni 43, pluripara, osteomalacica, alta m. 1.35, ricoverava la sera del 19 ottobre 1878 nell'ospizio di S. Caterina a Milano, in travaglio di parto da 24 ore. Acque scolate, impossibilità di partorire anche con l'aiuto dell'arte, essendovi gravissima viziatura pelvica. Fra le branche ischiopubiche, misuravasi appena 23 mm.; nessuna dilatabilità della cintura pelvica; impossibile la versione o l'embriotomia. Feto vivo in presentazione di spalla sinistra, dorso anteriore. Funicolo procidente; decisa l'istero-ovariotomia cesarea venne compiuta con tutte le precauzioni antisettiche. Incisione delle pareti addominali per 14 cent., dall'ombellico ad un centimetro sopra il pube col l'intendimento di sgusciare l'utero gravido. Nei tentativi si lacerò una tuba, ma l'estrazione riuscì impossibile. Aperto allora l'utero nella sua sede, l'incisione cadde sul centro della placenta. Estrazione del feto per rivolgimento, tratti fuori utero ed ovaia si portò la catena media dello schiacciatore del Chassaignac verso l'apice del cono e stretta fortemente si esportò l'utero a 2 cm. sopra la catena. Il moncone anemico è cauterizzato col percloruro di ferro. Compiuta la toelette peritoneale con pezze di garza e flanella fenicata si compie la sutura con sei punti metallici profondi e 4 superficiali con filo di seta fenizzato. Il moncone viene fissato con un lungo ago trafitto sotto l'ansa dell'ecreaseur e colla sutura a cifra 8 secondo i consigli di Péan. Credette far senza del drenaggio avendo rigorosamente curata la profilassi listeriana. L'atto operativo durò 32 minuti. La bambina pesava 3300 gr.; l'utero ed annessi 1070 gr.; ovaia integre. Medicazione alla Lister, ghiaccio sul ventre, chinino, vino, oppio. Edema risipelaceo alla gamba destra; al 30° giorno lascia l'ospizio quasi guarita. Il moncone cadde dal 7° all'8° giorno. Nessun fenomeno peritonitico grave venne a turbare il processo di cicatrizzazione.

---

(1) *V. Gaz. delle Cliniche n. 1 e 2, gennaio 1878; e fatti e commenti clinici del Professor Chiara, Milano, 1878, e giornale dell'Accademia medica di Torino, dicembre 1878.*

**XXII. Caso.**—*Prof. Gustavo Braun di Vienna (13 dicembre 1878),  
morte dell'operata, bambino salvo (1).*

Il 13 dicembre 1878 alla clinica ostetrica del prof. Gustavo Braun veniva accolta una donna nubile d'anni 30, primipara, che dicevasi in travaglio di parto da 19 ore e da 9 ore scolate le acque. L'ultima mestruazione era comparsa alla fine di aprile; di abito schiettamente rachitico, con microsomia consecutiva. Le misure esterne diedero questi risultati: distanza dei trocanteri cm. 22,5; delle spine iliache anterior-superiori cm. 22,5; delle creste iliache cm. 22,5; Coniugata esterna cm. 17; circonferenza del bacino cm. 86; distanza dal processo xifoide all'ombellico cm. 19 e da questo alla sinfisi pubica cm. 19. L'esplorazione interna ha constatato una dilatazione dell'orifizio interno di 2 cm. La microcorda destra misurava cm. 5,5, la sinistra cm. 6,5. Coniugata vera cm. 5,5. Il polso fetale sensibile a sinistra segnava 110 battiti. Venne deciso di terminare il parto col taglio cesareo, metodo Porro. Con l'aiuto di 10 assistenti il professore, dopo prese le dovute precauzioni, procedette al taglio esterno cominciando a 5 cm. sopra il pube e prolungandolo a sinistra dell'ombellico per qualche centimetro. Aperto l'addome flui un 30 grammi di liquido citrino e l'utero venne a chiudere la ferita addominale. Afferrato il fondo lo trasse fuori, mentre due assistenti mantennero le pareti addominali adossate alla matassa intestinale per impedirne la fuoriuscita. Riesci facile portare la catena dell'ecraseur attorno al peduncolo o regione istmica dell'utero. Ricondotta all'esterno l'estremità libera della catena per mezzo di una pinza del Péan e fissata all'uncino del corsoio, si spinse la vite dell'ecraseur in modo che il feto rimaneva perfettamente libero fra le mani degli assistenti; stretta sufficientemente la catena, il Braun aprì l'utero; lievissima fu l'emorragia e rotto l'amnios estrasse prontamente il feto afferrato per un ginocchio. Senza occuparsi della placenta, l'operatore strinse meglio la catena dell'ecraseur da produrre la completa ischemia ed esportò l'utero colle trombe e colle ovaie. Trovandosi la catena troppo in basso si osservò uno stiramento eccessivo dei legamenti larghi. Fatta la pulitura del cavo peritoneale si chiuse la ferita con 12 punti pro-

---

(1) *V. Opus. di Gustavo Braun: Uber amputation des uterus und der ovarien als Ergänzung des Kaiserschnittes (Methode nach Porro). Vienna 1879. L'opuscolo mi venne gentilmente trasmesso dal professore G. Braun accompagnato da queste gentili parole:*

*Vienna 12 luglio 1879.*

*Stimatissimo signor Collega:*

*«Eccole in estratto la relazione sul caso di amputazione utero-ovarica col metodo Porro.  
«Spero di aver con ciò pienamente soddisfatto ai suoi desideri.»*

*Con distinta osservanza mi professo suo devot.mo*

*Prof. GUSTAVO BRAUN.*

fondi e superficiali. Tra il penultimo e l'ultimo punto fu assicurato un tubo di drenaggio che pescava nello spazio del Douglas. Il moncone inferiormente fu assicurato con 3 punti di sutura. La donna medicata e riposta nel suo letto era in buone condizioni, il bambino nato asfittico dopo 10 minuti respirava liberamente. Era lungo 47 centimetri e pesava 2500 grammi con diametri della testa alquanto maggiori del normale. La donna sulla fine del 2° giorno ebbe reazione febrile (39), dolori vivi al basso ventre, secrezione muco-purulenta abbondante dalla vagina, poi singhiozzo, vomito, collasso e nella notte del 3° giorno morì. L'autopsia constatò una peritonite purulenta diffusa, meningite sieropurulenta alla convessità dei grandi emisferi.

**XXIII. Caso.**—*Tibone Prof. Domenico di Torino (17 gennaio 1879), madre e bambino salvi (1).*

*Esempio* Caterina, sarta, di anni 30, d'abito rachitico, costituzione gracile. Ebbe la prima mestruazione a 15 anni e continuò sempre regolare per durata e per periodo. Bacino piatto, rachitico, generalmente ristretto. Coniugata vera valutata in 60 mm., statura m. 1,10, primipara. Soffersse di nausea nei primi mesi, del resto la gravidanza decorse sufficientemente normale e senza gravi incomodi sino al suo termine. Appena entrata in clinica si riconobbe all'esplorazione che il collo è completamente dilatato con sacco integro, e venne constatato il grave vizio del bacino. Deciso l'atto operativo questo venne compiuto con tutte le precauzioni antisettiche dal Lister raccomandate e senza che sieno sopravvenute complicanze od accidenti salvo la fuoruscita di alcune anse intestinali, che furono riposte e mantenute colla garza fenicata. L'atto operativo ebbe luogo il 17 gennaio alle 2 pomeridiane e per gentilezza ed invito dell'egregio prof. Tibone potei presenziare e coadiuvare. Il metodo tenuto fu quello del Porro; l'operazione durò 35 minuti; la medicazione listeriana. Il feto maschio del peso di 2230 grammi, e della lunghezza di 43 cm. era sano e ben conformato con diametro biparietale anatomico di 90 mm. ed ostetrico di 88 mm. Nei primi 4 giorni la donna fu incolta da leggiera peritonite con T. che non superò i 38°,6. Al 5° giorno il meteorismo e tutti i fenomeni peritonitici sono in remissione. Nella fiducia che la ferita fosse chiusa per prima intenzione, si tolgonò i punti di sutura. Ma poco tempo dopo scioltesi le deboli aderenze della parte profonda, molte anse intestinali fecero ernia e fu necessario ridurle e rifare la sutura con punti metallici profondi ed intercisi. Ma questi stirati dal meteorismo tagliarono i margini della ferita induriti dalla infiltrazione adesiva e le labbra ro-

---

(1) Questa comunicazione mi venne fatta per iscritto dall'egregio dottor Iaverardi assistente della clinica, col consenso del prof. Tibone, il quale ad esito compiuto renderà pubblici l'interessante storia in tutti i suoi particolari.

vesciate all'esterno lasciarono i fili a guisa di ponte comprimenti le anse intestinali che necrosarono in due punti e crearono due perforazioni fistolose le quali benchè di molto ridotte dalle cure, persistevano ancora il 29 giugno, epoca in cui mi fu trasmessa per gentilezza del professore questa comunicazione preventiva. Lo stato generale della donna andò progressivamente migliorando e tutto lascia sperare che pel processo di cicatrizzazione le residuanti fistole si chiuderanno spontaneamente.

XXIV. **Caso.**—*Dott. A. Fochier di Lione (2 febbraio 1879),  
successo per la madre e pel figlio (1).*

Giuseppina L., di 33 anni, entrò alla maternità di Lione alla fine di novembre 1878, bassa di statura, m. 1,35, deformata per osteomalacia abbastanza rara in quelle regioni. Sinfisi publica proiettata molto in avanti per la grave introflessione dei cotili: diametro sacro-sotto-pubico mm. 75, microcorda sinistra 40 mm., destra 40 mm. Il sacro contorto, contorte pure le branche ischio-pubiche che sono talmente ravvicinate da passarvi con difficoltà la punta dell'indice. Bacino con tutti i caratteri tipici della pelvi osteomalacica. Lordosi lombare e cifosi con scoliosi dorsale della colonna vertebrale. La donna era gravemente disturbata dalla gravidanza nelle funzioni digestive respiratorie e del circolo. Il Fochier la ritiene alla maternità sino al termine della gestazione, tentando di migliorarne le condizioni fisiche. La sera del 1° febbraio 1879, compaiono le prime doglie; a 10 ore e mezza del giorno successivo viene operata. Addormentata in una camera a 15°, con tutte le precauzioni Listeriane, viene praticata una incisione da 12 a 15 centimetri, sulla linea alba. Inciso il peritoneo sfugge un'ansa intestinale che è ridotta e mantenuta con una spugna. Incisione in sito dell'utero, che cade sull'inserzione della placenta. Rotte le membrane si estrae prontamente il feto che dà segni di vita vigorosa (pesa 3700 gr.). Fatto sortire, coll'espressione sulle fosse iliache, l'utero, si cinge verso la regione cervicale coll'ansa metallica del serranodi Cintrat, la quale è stretta sino a completa emostasi. Il sangue perduto non superò i 40 grammi Trafitto il peduncolo, sopra l'ansa metallica, con l'ago di Péan viene a questo fissato con due fili pure metallici laterali. L'utero ed i legamenti colle ovaie e tuba sono esportati mediante sezione fatta col termo-cauterio, a 3 cm. sopra la legatura. Estratti i coagoli ed il sangue con accuratezza dal peritoneo: fissato il peduncolo all'an-

---

(1) V. *Notes d'obstétrique: Un cas d'amputation utero-ovarienne comme complément de l'opération césarienne; guérison par A. Fochier, Lyon, 1879.* Questa memoria con alcune altre, venivami gentilmente trasmesse dall'egregio chirurgo capo della Carità di Lione, accompagnata da una lettera così affettuosa ed onorifica per gli italiani che terrò carissima e di cui lo ringrazio sentitamente.

golo inferiore della ferita per mezzo dell'ago di Péan e di un ultimo ago che attraversò peduncolo e pareti addominali, non fu necessario lasciare il costringitore. L'operazione durò 25 minuti. Dolori vivi, come quelli del parto subito dopo l'atto; al 3° giorno meteorismo grave, unico sintomo che lasciò temere della vita dell'operata, sino al 10° giorno. I fili superficiali furono tolti al 5° giorno, i profondi al 15°. La cicatrice fu completa al 35° giorno. La T. non superò mai i 39°. L'evoluzione lattea fu molto marcata ed avrebbe potuto la donna far la nutrice se le condizioni generali l'avessero permesso. Per questo dovette due mesi rimanere all'ospizio. È uscita con una ventriera, e 5 mesi dopo godeva buona salute. Anche il bambino dato a nutrice trovasi in stato di perfetta salute.

**XXV. Caso.**—*Dottor Paolo Coggi di Cremona (11 Febbraio 1879), morte dell'operata, feto vivo (1).*

Trascrivo esattamente la nota che l'egregio dottor Coggi mi ha inviata. « Donna nubile, di anni 30, alta m. 1,29 con segni palesi di rachitismo. Bacino uniformemente ristretto. Coniugata vera centimetri 6. Gravidanza uterina semplice, al nono mese. Da 20 ore insorto il primo periodo del travaglio di parto. Collo scomparso: bocca uterina dilatata di pochi centimetri. Integre le membrane. Metodo rigoroso listeriano. Narcosi cloroformica. Incisione delle pareti addominali lungo la linea alba per 12 centimetri, 3 dal pube, due dall'ombellico; dieresi uterina nel cavo peritoneale. Estrazione contemporanea dell'utero dal ventre e del capo fetale dall'utero, mentre un'assistente circonda con una spugna fessa il collo dell'utero ed ottura la ferita addominale. Manovra riescita perfettamente, perchè nel cavo peritoneale non cadde goccia di liquido amniotico o di sangue. Feto vivo, del peso di grammi 3,800. Applicazione dell'ansa metallica col serranodi del Cintrat, subito al di sopra della regione cervicale dell'utero. Amputazione con spatola tagliente del peduncolo a 2 cm., sopra l'ansa. Emostasi perfetta. Cinque punti di sutura nodosa metallica comprendente il peritoneo, negli intervalli punti con seta fenicata. Moncone attraversato coll'ago di Péan, tenuto in sito con filo di seta girante attorno il moncone a cifra 8, medicazione alla Lister; durata totale dell'operazione, dalla narcosi alla medicazione compiuta, minuti 50.

(1) Nella sua comunicazione il Coggi mentre promette di stampare prossimamente l'interessante storia, chiude la lettera colle seguenti parole di cui gli esterno dice grazie per la parte che mi riguarda e per la gentilezza usata nel soddisfare alla mia domanda. « Nel fare a Lei Egregio collega le mie congratulazioni pel caso felicemente riuscito, mi preme dichiararle che, sebbene il mio abbia avuto esito infuasto, pure ha lasciato in me tale impressione favorevole, da rendermi, introdotte alcune modificazioni la metodo, ardente fautore dell'innovazione del Porro. Mi creda colla massima stima di Lei abb. dottor P. Coggi. Cremona 30 Giugno 1879 ».

Dopo l'operazione la donna era tranquillissima. In terza giornata insorgenza di peritonite parziale circumpeduncolare; indi progressiva diffusione. Morta in ottava giornata per setticoemia fulminante. Ferita addominale adesa in totalità. Mancata completamente l'adesione del peduncolo ».

XXVI. **Caso.**—*Prof. Tarnier di Parigi (14 febbraio 1879),  
morte dell'operata e del feto (premorto) (1).*

Signora X... primipara, di 33 anni, costituzione buona, salute discreta; da due anni soffre di ernia inguinale sinistra, mantenuta da un bendaggio. Menstruata a 12 anni, lo fù regolarmente sino in aprile (17-21) 1878. Alla fine di maggio sono manifesti i sintomi della gravidanza. Il dottor Reinwiller, medico della signora avendo constatato l'esistenza di un tumore fibroso nell'escavazione pelvica, chiede il consiglio del collega Prof. Tarnier che esamina il 16 gennaio 1879 la prima volta la signora e manifesta dei dubbii serii sul parto naturale. Il 18 gennaio Reinwiller, Tarnier e Depaul in consulto rilevano una gravidanza all'ottavo mese; utero che tocca nel fondo la regione epigastrica, feto in presentazione cefalica; testa situata in una specie di loggia sopra ed in avanti del pube. Battito cardiaco distinto. Il riscontro vaginale fà riconoscere la presenza d'un enorme tumore fibroso poco mobile che riempie tutta l'escavazione e respinge il collo dell'utero in alto ed in avanti dietro il pube, difficilmente accessibile al dito. Un secondo tumore fibroso meno voluminoso occupa la parete laterale sinistra dell'utero ed è distintamente sentito attraverso l'addome. Di comune accordo fu stabilito di attendere il travaglio del parto colla speranza che le contrazioni uterine avrebbero spostato il tumore ed aperto una via all'espulsione del feto. Lasciando l'ammalata il Prof. Tarnier per essere preparato a qualunque evento, prese tutte le disposizioni per l'operazione del Porro. La signora fu accolta a Reuilly in una casa di salute sotto la cura del Reinwiller. Il 17 febbraio a termine di gravidanza, si ruppero le membrane amniotiche e l'amnios tinto di meconio scolò abbondante; apparvero lievi contrazioni uterine per cessar tosto: stesse condizioni il 18, 19 e 20. Il 21 cessarono i moti attivi del feto. Il 22 e 23 qualche brivido, vomiti, malessere. Il liquido che scola dalla vagina è fetido. Il polso raggiunge 120 battiti, feto morto. Il 24 non muta lo stato della gestante,

---

(1) *V. Materieux pour servir à l'Histoire de l'amputation utero-ovarique, deux observations. L'une suivie de mort; l'autre de guérison, par M. Tarnier chirurgien en chef de la maternité de Paris. A. Parent. 1879.*

*Richiesto di alcune nozioni sulle due operate, il Prof. Tarnier con quella cortesia che lo distingue, si fece premura di trasmettermi il suddetto lavoro in bozze, prima ancora che fosse pubblicato. Di tanta gentilezza, che torna a vantaggio dell'Opera da me intrapresa e che la completa, in esprimo all'illustre ostetrico di Parigi le più vive manifestazioni di gratitudine.*

la lingua è secca, gaz escono dalla cavità dell'utero, il tumore è immobile nell'escavazione, tutti i segni d'infezione putrida sono evidenti, e la donna è in pericolo. Nello stesso giorno a 2 ore pom. Tarnier pratica l'operazione cesurea in presenza di Reinwiller, Dumont, Pallier, Gueniot, Duplay, Léon Labbè, Polailion, Lucas Championniere, Pinard, Budin, Charpentier, Maygrier. Cloroformizzata la signora, prese tutte le precauzioni antisettiche, sotto la polverizzazione fenica, aperto ampiamente l'addome si tenta lo sgusciamiento dell'utero secondo i consigli di Rein e Muller, ciò che riesce facilmente. Un grosso cordone venoso che corre dall'utero ad un legamento largo, è reciso e legato ai due capi. Per maggior garanzia una legatura è portata da ciascun lato sul leg. largo. L'utero viene allora tagliato; dei gaz fetidi sfuggono abbondanti dal cavo uterino. Il tessuto congiuntivale dell'utero è verdastro ed infiltrato. Il feto maschio pesa 4500 grammi, ne segue malgrado le legature emorragia abbondante dalla ferita dell'utero che è frenata con pinze emostatiche. Con moderate trazioni si tenta far uscire dall'escavazione pelvica il tumore fibroso ma inutilmente. Colle dite si riconoscono delle aderenze fittissime al fondo del bacino che non si possono rompere. Essendo il tumore fortemente immedesimato colla parete posteriore dell'utero il Tarnier credette bene, invece di portar un'ansa sul cono uterino, di svotare il tumore lasciando in sito la sola parte corticale o periferica. Incidendo il tumore si trovò un tessuto rammollito e disseminato di cavità contenenti un liquido putrido. Un filo di ferro stretto col costringitore del Cintrat, fù portato sul collo dell'utero, ed al disotto trafitto da un'ago lanceolato d'acciaio. Il moncone che racchiudeva pure parte dell'inviluppo del tumore fù mantenuto all'esterno e ad un centimetro sopra furono escisi utero ed ovaja. Le ferite addominale fù chiusa con fili d'argento e medicata alla Lister. Tre giorni dopo la signora soccombeva per infezione settica. Questo fatto ha richiamato al Tarnier alcune considerazioni che riguardano il momento ed il metodo operativo; conchiude che appena morto il feto bisogna operare se vuolsi avere qualche speranza di successo nei casi gravissimi di complicità della gestazione con enormi tumori dell'escavazione pelvica.

XXVII. **Caso.**—*Prof. Tibone Domenico di Torino (1° marzo 1879),  
donna morta, feto vivo (1).*

Egitto Maddalena, cucitrice, d'anni 39, abito rachitico, costituzione gracile. Prima mestruazione a 17 anni. Bacino piatto, rachitico, assolutamente ristretto. Coniugata vera, 45 mm.; statura m. 1,22, primipara. Sofferse nella gravidanza nevralgie lombo-addominali. Gestazione giunta alla metà del 9° mese. Presentazione cefalica. Pel grave vizio pelvico, giunta in sopra parto il 1° marzo 1879, alle 2 pomeridiane con membrane integre, collo quasi completamente dilatato, venne sottoposta all'amputazione cesarea utero ovarica. Il metodo fù lo stesso adoperato nel XXIII caso e dietro gentile invito del Professore potei anche presenziare l'atto operativo che fù il terzo compiuto dal direttore della Clinica di Torino in meno di un'anno. In quest'ultimo caso però un grave incidente venne a disturbare e ad aggravare l'operazione ed il pronostico, cioè la fuoruscita di molte anse intestinali, appena estratto l'utero dal ventre. Rimesse con non poca difficoltà nel cavo peritoneale, si sviluppò immediatamente dopo la sutura, una gravissima peritonite traumatica che si fece quindi di natura settica e trasse a morte la donna al secondo giorno dell'operazione. Feto di sesso femminile, sano ben confermato, del peso di 2850 grammi, lunghezza 46 cm. diametro biparietale anatomico 93 mm. ostetrico 90 mm. L'atto operativo durò 35 minuti.

Dal cadavere dell'operata si presero le seguenti misure.

Diametri: C. V—49.	millimetri per la coniugata vera
» C. D—76.	» » diagonale
» C. E—130.	» » esterna
» O D—98.	» il diametro obliquo destro
» O. S—86.	» » sinistro
» B. I—105.	» il trasverso o bis-ischiatico
Altezza dell'osso iliaco destro	millimetri 168.
» » sinistro	» 162.

---

(1) Anche quest'osservazione finora inedita mi venne comunicata dall'egregio Professore Tibone e redatta dall'ottimo suo assistente dott. G. Invernardi, cui mi è grato esternare qui pubblicamente i miei vivi ringraziamenti. E alla esperienza acquistata nell'assistere a questi tre casi operati nella Clinica Ostetrica di Torino, che debbo in parte il felice esito della mia operata, poichè alcuni inconvenienti gravi, per le conseguenze, osservati, quali la fuoruscita di anse intestinali e le manovre richieste per riportarle e mantenerle in sito, vennero con la pazienza e con cura eccitati.

XXVIII. **Caso.**—*Prof. Tarnier di Parigi (20 marzo 1879)*  
*madre guarita, feto premorto (1).*

Marie Coudat, cucitrice, di 36 anni, entra nell'ospizio di Maternità il 20 marzo 1879 alle 11 ant. Presenta tutte le tracce del rachitismo; è alta m. 1,23, colle estremità inferiori gravemente deformate che la obbligano a camminare colle grucce. Mestruada la prima volta a 14 anni ebbe l'ultima in ottobre a quanto essa riferisce. In travaglio di parto da due giorni ebbe rottura spontanea del sacco amniotico 48 ore prima di entrare alla maternità. All'esplorazione si riconosce la presentazione cefalica in 1<sup>a</sup> posizione. La ascoltazione constata il silenzio del battito cardiaco fetale. La coniugata vera misura 60 mm., con schiacciamento considerevole antero posteriore del bacino, più marcato a sinistra. Si tratta di bacino pseudo-osteomalacico, con arresto di sviluppo e ristretto in tutti i suoi diametri. Decisa l'operazione cesarea si prendono tutte le precauzioni antisettiche. Cloroformizzata la donna a 3 ore e 1/2, Tarnier incide sulla linea alba per 19 cent. dall'ombellico a 3 cent. sopra il pube. L'utero viene aperto in sito: si estrae prontamente un feto femmina, morto, del peso di 3320 gr. e lungo 51 cent. Esala odore fetido; la morte risale a due o tre giorni prima. Scollata la placenta (peso 600 gr) si fa un'iniezione ipodermica di ergotina sulle pareti addominali. A questo punto si decide di esportare l'utero secondo il metodo Porro, per l'emorragia uterina importante (400 gr. di sangue circa). Attratti fuori utero ed annessi, circonda il cono alla regione istmica con un'ansa metallica montata sul costrittore del Cintrat; sopra l'ansa fa passare un ago in acciaio e sopra l'ago applica una seconda ansa metallica. Si ottengono così due legature metalliche sovrapposte. L'utero è tagliato sopra la 2<sup>a</sup> ansa. Il moncone è tenuto fuori e si fa la sutura della ferita addominale con fili d'argento, 4 profondi e 2 superficiali. La medicazione è fatta secondo i consigli del Lister. Le pareti amputate pesano 800 grammi; parte dell'ovaia sinistra è aderente al peduncolo ma sopra l'ansa metallica. Coricata ed isolata la donna in camera a T. costante di 16° ebbe un puerperio relativamente buono. Nessun fenomeno di peritonite si è manifestato. La T. raggiunse una sera sola i 39°: ebbe qualche accesso di isterismo; tenesmo vescicale: soffrì di nevralgia alla coscia e gamba destra; al 5° 7° e 9° giorno furono tolti i punti di sutura, ebbe ascesso con perdita di sostanza alle labbra della ferita sopra il peduncolo che cadde essiccato senza fenomeni di suppurazione. Dopo la caduta del moncone il piccolo infundibulo cicatrizzò con somma lentezza. Al sesto e

(1) Debbo alla squisita gentilezza del Prof. Tarnier l'invio del lavoro in corso di stampa col titolo: *Matrince pour servir à l'histoire de l'amputation utero-ovarique: deux observations l'une suivie de mort, l'autre de guérison, Paris, Imp. Parent, 1879.* Mi è grato rinnovare all'egregio Professore i miei vivi ringraziamenti.

settimo giorno ebbe evoluzione lattea. La cicatrice completa e la guarigione non ebbe luogo che il 20 luglio. L'ammalata lasciò il letto la prima volta il 1° maggio, cioè 40 giorni dopo l'operazione. Rimase isterica come era prima. L'operata fu presentata all'Accademia di medicina il 29 luglio 1879.

**XXIX. Caso.**—*Dott. Peyretti Giovanni di Torino (20 marzo 1879), donna morta, feto vivo (1).*

Nella sezione Nubili dell'ospizio di Maternità in Torino veniva accolta il 1° marzo 1879 certa Domenica N. N. sarta, al n.° 41596 di matricola. Soffrì di rachitismo fino al 12° anno; con una grucciona cammina ora assai speditamente. Fu mestrata la prima volta a 15 anni e l'ultima il 18 luglio 1878. Non è indicata l'età. Di statura bassa, m. 1,09, faccia e testa di stampo eminentemente rachitico; scoliiosi dorso-lombare; insellatura molto pronunciata, torace carenato, sinfisi pubica angolosa, ischi ravvicinati. Coniugata esterna 150 m.m. diametro bis-ischiatico 60 mm.; circonferenza pelvica mm. 80. Vertice allo stretto superiore; diametro retto interno mm. 67; microcorda destra 45 mm.: sinistra abolita completamente; spazio utile 40 mm. Gravidanza uterina semplice al principio del 9° mese. Deciso il taglio cesareo col metodo Porro, questo venne compiuto alle 11 ant. del 20 marzo, essendo la donna in travaglio di parto da 24 ore. Precauzioni antisettiche, incisione sulla linea alba, dal lato sinistro dell'ombelico a 2 centimetri sopra il pube, per la lunghezza totale di 13 cent. Caduto il tagliente sull'utero prima di essere aperto, questo ruota sul suo asse e si nasconde dietro le pareti addominali. Portato in sito con una pinza di Museaux che afferrò le labbra della ferita uterina si poté compiere l'isterotomia. Le pareti addominali mantenute a perfetto contatto colle uterine impedirono all'amnios ed al sangue di penetrare nel cavo peritoneale. Estratto prontamente il feto maschio, vagisce tosto. Non vi fu emorragia. Estratto l'utero e mantenuto perpendicolare fu circondato dal dottor Margary con un'ansa di filo metallico doppio di cui era armato un serranodi del Cintrat, ansa che cade per brevità del legamento laterale destro sull'ovaja e tromba destra. Strozzato il peduncolo fu reciso a 2 cent. sopra l'ansa. Aderente al moncone rimase porzione dell'ovaja (1½ circa). Non fu necessaria la pulitura del peritoneo. Fissato il moncone inferiormente venne chiusa la breccia con sutura nodosa, sei punti di seta e due suture di catgut tra il peduncolo ed il pube e due suture di catgut per fissar il moncone alle pareti addominali. Cauterizzato il moncone col percloruro di ferro si sospese il cloroformio. Fissato il serranodi alla coscia destra e medicata alla Lister, la donna fu trasportata nel suo letto di puerperio il quale proseguì regolare, salvo il vomito ed i sudori abbondanti seguiti da

(1) V. Opus. del dottor Peyretti: *Taglio Cesareo con amputazione utero-ovarica per gravissima ristrettezza pelvica, ecc. Torino, Tip. Fodratti, 1879.*

eruzioni miliari, sino alla sera del 28 in cui apparve un senso di disfagia con difficoltà ad inghiottire; il mattino seguente si aggiunge il trisma, a mezzodì l'opistotono, quindi la sera ed il mattino seguente 30, contratture delle estremità e convulsioni tetaniche. Alle 6,30 di sera la donna soccombe di tetano. L'autopsia ha constatato l'assenza d'ogni lesione infiammatoria grave o settica locale.

**XXX. Caso.**—*Prof. Carlo Braun-Fernwald di Vienna (2 apr. 1879),  
madre e bambino salvi (1).*

Donna d'anni 25, nubile, da bambina soffersse di rachitismo, cominciò a camminare a 9 anni. Il bacino ha la forma caratteristica del vizio rachitico. Ha la circonferenza di 820 mm. con coniugata esterna di 160 mm. Antiversione marcatissima dell'utero. Gravidanza a termine, presentazione vertice, collo dilatato due centimetri. Il bacino presenta il promontorio doppio, frequente nel rachitismo. Il 1° fatto da una piega angolare della prima colla seconda vertebra dorsale, misura 60 mm. dal pube; la microcorda sinistra 50 mm.; la destra 60. Fu dubbio di scelta fra l'embriotomia su feto vivo od il taglio cesareo. Il Braun s'accostò al 2° partito con espressa intenzione di seguire il metodo Porro. Il giorno dopo l'esame, la donna era in pieno travaglio di parto; nella notte erasi spontaneamente rotto il sacco amniotico. Allora il Prof. passò tosto all'operazione in presenza di un grande numero di colleghi invitati. Fatta l'incisione dell'addome non riuscì ad enucleare l'utero: lo incide in sito; emorragia lieve. Il collo dell'utero enormemente dilatato racchiudeva in se tutta la testa del feto per cui lo si dovette incidere a parte. Il feto vivo estratto pesava 2700 gr. lungo 47 cent. Nell'estrazione del tronco anche l'utero fece ernia dalla ferita addominale e la catena dell'ecraseur poté facilmente circondare il cono utero-cervicale. Costrizione ed amputazione dell'utero ed ovaja. Per assicurare l'immobilità del peduncolo è trafitto con lungo ago. Pulizia del peritoneo, drenaggio profilattico, sutura della ferita addominale, medicazione alla Lister ed irrigazioni fenicate vaginali compiono l'atto operativo. Il puerperio fu relativamente buono. Solo 3 volte la T. superò i 38°: i dolori cessarono al 2° giorno; non vi fu meteorismo. L'emissione delle urine spontanea. Al 6° giorno si tolgono alcuni punti e si escide parte del moncone; al 9° e 10° si allontanano altri punti ed i due drenaggi. L'incisione addominale è guarita per prima intenzione, meno un punto in cui si formò un piccolo ascesso alla parte superiore. Al 13° giorno si toglie la catena: ne rimane un'infundibolo profondo 4 cent. che è riempito da ovatta antisettica e glicerina fenicata. Tutte le

---

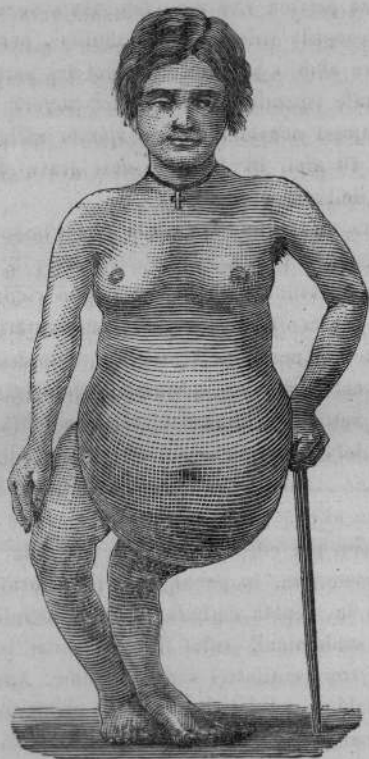
(1) *V. Lo Sperimentale*, Fasc. 6, Giugno 1879 e l'Opuscolo del dottor Egidio Welponer assistente alla Clinica ostetrica e ginecologica in Vienna diretta dal Prof. Braun Carlo. Firenze, Tip. Cenniniana, 1879.

condizioni generali ottime. Il 17 maggio la donna poteva passeggiare nei giardini dello spedale. Questo caso viene ritenuto tipico dal relatore.

**XXXI. Caso.** — *Dottor Berruti Giuseppe di Torino (16 maggio 1879), madre e bambino salvi (1).*

B.... Teresa, d'anni 31, nubile, orfana di padre, primipara, rachitica, fu mestrata la prima volta a 17 anni, l'ultima in fine di Agosto 1878. Alta metri 1,62, non potè camminare prima del 12° anno ed anche oggidì per le gravi deviazioni degli arti inferiori è obbligata ad appoggiarsi al lato sinistro con un bastoncino per poter camminare. In condizioni generali discrete, vivace ed intelligente, attende tuttavia alle sue occupazioni benchè sia entrata

Fig. 4.<sup>a</sup>



Donna a termine di gravidanza, tolta dalla fotografia

nell'ultimo mese di gravidanza e sia non poco inceppa'a la deambulazione

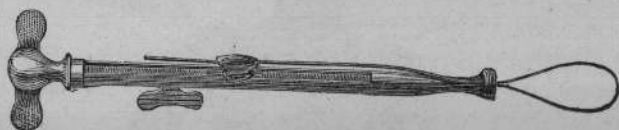
(1) *V. l'opus. Operazione cesarea con amputazione dell'utero e delle ovaie, Torino tip. Roux 1879 e Gazzetta med. di Torino fasc. 19, 5 Luglio 1879.*

dall'enorme sviluppo del ventre e dalla forma a bisaccia che prese per l'arrovesciamento esterno dell'utero. Gli arti inferiori sono gracili e convergenti ad arco; i femori e le tibie contorte, deformate, siccome puossi chiaramente rilevare dalla Figura 1<sup>a</sup>. La colonna vertebrale è doppiamente incurvata per scoliosi destra dorsale e sacrale sinistra; v'ha rilevante insellatura lombare; il bacino è abbassato a sinistra per cui il tronco inclina fortemente da questo lato e richiede un'appoggio per mantenerlo in posizione verticale. Questa disposizione si rileva meglio ancora nella fig. 6<sup>a</sup> che rappresenta la donna dopo l'operazione. L'osso sacro è corto, la base proiettata in avanti; il coccige sporgente. Sinfisi publica sporgente ed inclinata in basso; l'ultima falsa costa a destra trovasi a contatto colla cresta iliaca, a sinistra dista 3 cent.; diametro sacro-pubico esterno mm. 152; obliquo destro esterno 160, obliquo sinistro 140, pube-coccigeo 155, bisischiatrico 55 mm.: circonferenza pelvica 730 mm. Coniugata vera 55 m., microcorda destra 30 mm., microcorda sinistra quasi abolita, per cui la metà sinistra del bacino puossi dire abolita pel meccanesimo del parto. La proiezione dell'angolo sacro-vertebrale (spondilolistesi) riduce ancora di molto i diametri del bacino per cui puossi considerare uno *spazio utile* per la metà destra del bacino dai 30 ai 40 mm. Di fronte a così grave deformità non vi era dubbio per la scelta dell'atto operativo.

Il taglio cesareo era un'assoluta necessità che s'imponeva all'ostetrico ed in esso convenni seguendo l'innovazione del Porro. L'esplorazione vagino-uterina riesce difficile, nessuna parte fetale si può riconoscere, il collo imbutiforme, socchiuso. Si fa diagnosi di gravidanza uterina, semplice, di 34 settimane, feto vivente, in posizione trasversa (esplorazione esterna), con bacino rachitico pseudo-osteomalacico, gravemente deformato (vizio di 3<sup>o</sup> grado). Benchè mancasse una settimana almeno al termine della gestazione, tuttavia, in conseguenza forse delle manovre esplorative, il travaglio si iniziò spontaneo la notte del 15 maggio, cui seguì rottura spontanea del sacco amniotico. Fu decisa l'operazione alle 5 pom. del 16. Prese tutte le precauzioni antisettiche, che riuscirono più efficaci essendo la donna accolta in una casa fuori dell'Ospizio di maternità, in pochi minuti il cloroformio l'addormentò tranquillamente. Sotto la nebbia carbolica di due nebulizzatori, vennero a strati incise le pareti addominali sulla linea alba dal lato sinistro della cicatrice ombelicale a tre centimetri sopra il pube. Aperto il peritoneo ne uscì poco siero. Le labbra della ferita vennero mantenute con molta ocularietà e pazienza a completo combaciamento coll'utero. Inciso in un punto l'utero, prima di completare il taglio, colle robuste pinze del Péan furono afferrate le labbra della piccola incisione ed attratto l'utero a pieno contatto colla ferita addominale. In questo modo riescì facile ampliare in alto ed in basso la ferita uterina ed evitare i versamenti nel peritoneo tanto più che l'incisione cadde sul punto di inserzione della placenta. Il feto che trovavasi di fatto atteggiato in posizione trasversa fu rapidamente estratto per rivolgi-

mento podalico e consegnato ad un'aiuto diede pronti segni di vitalità. Staccata la placenta ed annessi, avvicinando le pinze del Péan venne chiusa la ferita dell'utero che facilmente fu tratto fuori e sostenuto perpendicolarmente alla ferita addominale nel modo indicato dalla fig. 1<sup>a</sup> nella parte che tratta del manuale operativo. In questo momento con un trequarti molto curvo trafissi il cono cervico-uterino e nella cannula feci passare due robusti cordoncini in seta di colore differente per dividere e legare in due parti distinte il moncone e fissarle alle pareti addominali, colla intenzione di far senza dei costrittori. Compiute le due legature, col coltello falceiforme recisi utero ed ovaia, ma una delle arterie utero-ovariche diede un sottilissimo getto di sangue. Allora fu necessità portare prontamente un'ansa metallica che strinse in massa il peduncolo per mezzo del piccolo costrittore del Köberlé e l'emostasi fu completa. Preferii questo leggiero, e ad un tempo robusto strumento per le ragioni addotte parlando del 3<sup>o</sup> tempo dell'operazione, la cui lunghezza è di 14 m. appena ed il peso di 35 grammi compreso il filo ad ansa annesso allo strumento come puossi rilevare dalla seguente (1).

Fig. 5.<sup>a</sup>



Fatta la pulitura del peritoneo, toccato il moncone anemico col percloruro di ferro liquido, e portato alla commissura inferiore della ferita addominale si procedette alla sutura di questa con punti intercisi che interessarono tutto lo spessore delle pareti compreso il peritoneo. L'ultimo punto ha attraversato le labbra della ferita ed il moncone al di sotto dell'ansa costrittrice allo scopo di fissare meglio ed evitare il rientramento del peduncolo. Non ritenni necessario di applicare il drenaggio. Il costrittore fu adagiato sulla piega inguino-crurale destra. Nessun accidente impreveduto accadde durante l'atto operativo che fu compiuto in 35 minuti, dal momento in cui cominciò l'anestesia a quello in cui la donna si trovò coricata nel suo letto. Nel puerperio la T. ha raggiunto i 39° solo in terza e settima giornata. Vi fu peritonite traumatica il cui acme corrispose al 3<sup>o</sup> giorno, con rapida defervescenza al sesto giorno. Al 7<sup>o</sup> la T. ripresè un'aumento che corrispose alla evoluzione lattea la quale continuò regolare sino al 10<sup>o</sup> giorno. La medicazione fu rigorosamente listeriana. Il peduncolo cadde completamente al 9<sup>o</sup>

(1) Dopo l'ultima modificazione portata al costrittore del Cintrat che rende possibile l'attorcigliamento dell'ansa metallica e dopo la costrizione può liberarsi del manubrio, questo ha acquistato dei reali vantaggi sopra quello del Köberlé e del Roux.

giorno. La ferita addominale è completamente adesa per prima intenzione. Al 15° giorno la donna lascia il letto, ed al 20° potè scendere le scale ed essere presentata alla seduta dell'Accademia medica di Torino che ebbe luogo la sera dei 20 giugno 1879. Un risultato più splendido non si poteva ottenere. Tutto l'atto operativo quanto il consecutivo decorso puossi francamente dire quasi tipico. Or sono trascorsi dieci mesi e la donna attendendo alle sue occupazioni non ebbe a soffrire il menomo incomodo per la grave mutilazione subita. La seguente figura lascia scorgere le condizioni fisiche della donna e la risultante cicatrice ridotta ad un tessuto inodulare biancastro, lineare di pochi centimetri. Nessuna trazione pelvica dolorosa come nessun disturbo ebbe nei periodi mestrui i quali non fa d'uopo il dirlo, furono assolutamente negativi. Difatti l'amputazione essendo stata completa tanto dell'utero

Fig. 6.<sup>a</sup>



che delle ovaie ne deve necessariamente succedere la precoce menopausa e la sterilità. Ciò che è una gran ventura per questi esseri disgraziati (1).

(1) Or son pochi giorni (22 febbrajo 1880) rividi l'operata e la trovai in floridissime condizioni di salute. Ingrassata, allegra, contenta, par ringiovanita di più anni.

Par mi non sia fuor di luogo che nella presente osservazione clinica (nella quale cercai di essere più completo poichè delle 31 pubblicate ritengo sia

[Fig. 7.<sup>a</sup>

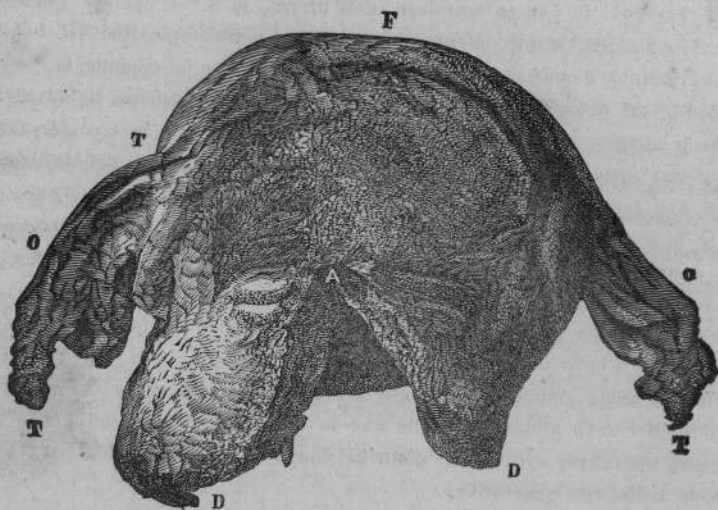
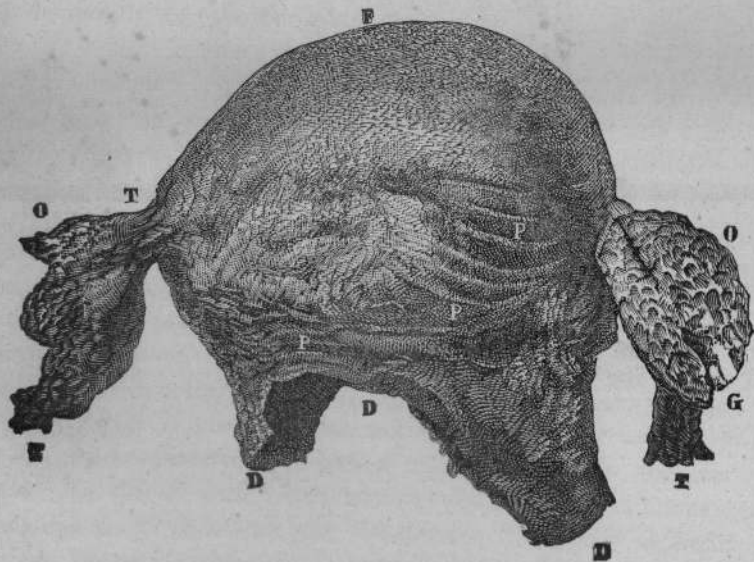


Fig. 8.<sup>a</sup>



AD. — Taglio longitudinale dell'utero.  
DDD. — Taglio circolare sopra la legatura.  
FF. — Fondo dell'utero.  
FFO. — Tragitto della tromba Falloppiana.  
PPO. — Pieghe peritoneali risultanti dall'involuzione uterina.  
G. — Follicolo del Graaf discente d'onde uscì l'ovolo fecondato.

quella che meglio sia riuscita) io faccio seguire le due figure, riprodotte dalla fotografia, delle parti amputate, poichè dalle medesime puossi d'un colpo d'occhio rilevare i risultati della completa mutilazione. La fig. 7.<sup>a</sup> rappresenta la parete anteriore dell'utero, la 8.<sup>a</sup> la parete posteriore, FF. il fondo, DD. la circonferenza del cono nel punto amputato: AD. l'incisione longitudinale d'onde venne estratto il feto; T. le tube falloppiane, OO le ovaia coi padiglioni delle tube; PPP le pieghe peritoneali risultanti dal raggrinzamento o meglio dalla involuzione uterina. Nella fig. 8.<sup>a</sup> in G osservasi l'ovaia destra spaccata e l'ovisacco che diede luogo all'uscita del follicolo di Graaf che servì alla fecondazione. Sulle parti molli si riconoscono chiaramente le disposizioni microscopiche dei tessuti che per metamorfosi regressiva vanno gradatamente riprendendo il loro stato ed il modo da tutti ben noto col quale va costituendosi la cicatrice del follicolo dopo la sua discesa e dopo il fatto della fecondazione. Benchè l'amputazione sia stata fatta molto in alto tuttavia le ovaia e le tube distano assai per correre pericolo che siano comprese nell'ansa dei costrittori e lasciate totalmente od in parte nel cavo addominale, ciò che io ritengo sempre come grave complicanza operativa, e causa di disturbi locali e generali anche per tutto il periodo della vita generativa.

VII.

**Brevi Considerazioni critiche e Conclusioni.**

Per tutto ciò che riguarda il metodo operativo e le modificazioni più o meno importanti introdotte dal Porro a noi, abbiamo diffusamente parlato nel capitolo che tratta del manuale operativo. Ora ci limitiamo a delle considerazioni generali che nascono spontanee, fuori del campo operativo, dalla breve esposizione dei 31 casi osservati in questo quadriennio, dal maggio 1876 al maggio 1879. Quest'importante innovazione ostetrica d'origine italiana, si mantenne italiana anche nell'esecuzione. Sopra 31 casi di operazione, l'Italia ne annovera 14, l'Austria 9, il Belgio 2, la Svizzera 1, la Francia 3, la Germania 2. Torino, Milano, Vienna, sono le città che contano il maggior numero di operate. L'utilità del metodo si può anche dedurre dal suo progressivo sviluppo, mentre nel 1876 non contavasi che il caso del Porro, sette ne seguirono nel 1877, quattordici nel 1878, e nove già ne conta il 1879 nei primi quattro mesi. L'atto operativo fù compiuto in ogni epoca dell'anno. Il maggior contingente è dato però dai mesi di febbrajo, marzo, aprile e maggio.

Il rachitismo e quello che domina su vasta scala fra le cause delle gravi stenosi pelviche che determinarono gli atti operativi. Su 31 casi se ne contano ben 22 di deformità rachitiche più o meno avanzate. L'osteomalacia contribuì, nel quinto dei casi, cioè in sei operazioni. I tumori della piccola pelvi due volte. In un caso nessun vizio v'era al bacino ma lo stato imminente di morte della madre decise l'operazione. Delle forme speciali di pelvi rachitiche abbiamo il bacino pseudo-osteomalacico in 5 casi, il rachitico piatto in otto, l'uniformemente ristretto cinque volte; l'assimetrico tre volte, due lo scoliotico ed uno il microsomico.

Il grado di viziatura venne confermato per 20 volte nei diametri antero-posteriori ed obliqui, in uno solo nei diametri trasversi, in cinque casi tutti i diametri erano ridotti ed allora anche con una C. V. di 60-70 mm. l'ostetrico fu forzato al taglio cesareo. Del resto la media delle ristrettezze pelviche in questo campo operativo fu di 40-50 millimetri nella coniugata vera.

Il tempo impiegato per compiere l'atto operativo non venne da

tutti indicato e varia dai 30 ai 60 minuti nei 17 o 18 casi nei quali si tenne conto.

L'esito dell'operazione per la madre fu di 14 guarite e 17 morte sopra 31; e pei bambini di 26 salvati sopra trentuno o per dir meglio furono salvati tutti quanti erano vivi al momento dell'operazione. I sei che si estrassero morti lo erano da più giorni o da 24 ore almeno prima dell'atto operativo. Il risultato per le madri è quanto mai soddisfacente sia pel numero delle salvate sia per le radicali guarigioni che susseguirono. Se dalle 31 operate si togliessero 3 o 4 casi che non ponno e non debbono fare bilancio in questa statistica noi avremmo il seguente risultato.

Operate	N° 27
Madri salvate	» 14
» morte	» 13
Bambini salvi	» 24
» premorti	» 3

ossia sopra 54 esseri 38 salvi e 16 perduti cioè il 75 0/0 circa di successi ed il 25 solo p. 0/0 di mortalità. Ciò che è straordinario per una operazione di tanta gravità che trovasi nel suo esordire. Pensando al solo fatto che dal febbrajo 1878 a noi in Parigi nessuna delle 40 operate di taglio cesareo potè salvarsi, benchè gli operatori portassero i nomi di Baudeloque, P. Dubois, Depaul, Bèclard, Moreau, Malgaigne, Tarnier, ec. i risultati ottenuti dal metodo Porro ci danno ragione di maggiormente gioire perchè così felice ispirazione sia sorta in Italia. È vero che anche qui, in questa terra, la gastro-isterotomia operata secondo le norme primitive non ha dato grandi successi specialmente negli ospizi di maternità. Pur qualche caso fortunato qua e là si conta anche col metodo dei padri e maestri nostri (1).

L'esportazione dell'utero e della ovaja è razionale, di incontestabile preminenza sugli altri procedimenti, togliendo le cause precipue degli insuccessi che sono le emorragie interne, e conse-

---

(1) Mi basti citare il Giordano di Torino, il Benedini di Brescia, l'Araldo di Savigliano, il Duse di Salò, il Grandesso-Silvestri (col suo processo di legatura elastica), il Raffaele Novi, il Maioni di Vercelli, lo Scarlini di Radicofani, il Belluzzi di Bologna (legatura dell'utero), ed altri di cui ora non ricordo il nome.

cutive peritoniti letali, le infezioni, i versamenti d'ogni natura, lo stato puerperale ed ogni recidiva avvenire. Dessa è di gran lunga superiore al metodo proposto dal Ritgen nel 1871, alla gastro-eliotomia ora richiamata in vigore dagli americani, essendo questa operazione più grave, o meno sicura e pericolosa almeno quanto il taglio cesareo (1). Già il Dubois la diceva una delicata, paziente, difficile preparazione anatomica in cui la vescica, il peritoneo ed i vasi cospicui (iliaca esterna) ponno essere lesi (2). Il Jacquemier la dice impraticabile in molti casi, più dannosa dal metodo ordinario, più lunga, difficile e che richiede un'abilità operativa somma (3). E benchè ultimamente il Gaillar Thomas e lo Skene l'abbiano compiuta felicemente, tuttavia unendo i 2 casi del Baudeloque, i 2 del Thomas ed i 3 del Skene si hanno i seguenti risultati: operate 7, morte 4. Delle 3 guarite una rimase affetta da fistola urinaria per ferita della vescica durante l'atto operativo. Somma totale: mortalità del 60 p. 0/10.

Anche il taglio cesareo seguito dalla legatura non offre grandi speranze di miglior riuscita. Il Barnes medesimo che è autore di un metodo speciale e che ne raccomanda caldamente l'esecuzione trae dei corollari poco consolanti sulle conseguenze della legatura elastica o non dell'utero. Lo stesso Belluzzi che l'ha praticata ultimamente (4) con esito felice deve convenire che la sua operata fortunatamente scampò ad uno degli esiti più frequenti di setticoemia per la avvenuta mortificazione parziale dell'utero, in corrispondenza del punto inferiore (Ved. pag. 15 della memoria Belluzzi) della sutura, gangrena che si aprì una via allo esterno e mise allo scoperto la piaga, precisamente come nel peduncolo nell'operazione del Porro. che potè essere medicata e guarì per seconda intenzione essendosi ordita attorno la medesima delle aderenze fitte, dei coaliti che preservarono il peritoneo dalle infiltrazioni e dai versamenti infettivi.

In caso la ferita addominale si fosse chiusa per prima intenzione sarebbe accaduto al Belluzzi ciò che avvenne allo Spath il 1° marzo 1875 in donna osteomalacica, d'anni 26, operata di taglio

---

(1) Dubois dictionn. en 30 vol. tom. VII, p. 148, 1874.

(2) Velpeau : trarté de l'art. des accuch. tom. II. pag. 465.

(3) Jacquemier : manuel des accouch. tom. II. pag. 505.

(4) Belluzzi Cesare : Operazione Cesarea seguita da sutura uterina con esito felice per la madre e pel figlio; Bologna Tipi Gamberini, 1879.

cesareo e cucitura della ferita uterina col catgut (intestino di gatto). L'operata morì 9 ore dopo. L'autossia fece rilevare emorragia peritoneale prodotta della sezione avvenuta del tessuto uterino in quattro punti della sutura. Nel caso del Belluzzi alla peritonite emorragica sarebbesi sostituita la peritonite settica.

Dalla casistica, per finire, rileviamo ancora che in media le donne operate di istero-ovariotomia cesarea guariscono completamente nello spazio di 30 a 60 giorni, anzi io ritengo che la convalescenza s'abbrevierà di molto a misura che le pratiche nel compiere l'operazione e nel modicare saranno più perfette. Fra le cause di mortalità trovasi ancor troppo segnata l'influenza settica dei versamenti peritoneali poichè sopra 17 morte, 13 sono dalla peritonite settica o purulenta determinate. Anche da questo lato l'avvenire dell'operazione ha molto a guadagnare. Prova ne sia che delle prime quindici operazioni in cui la medicazione antisettica o non venne applicata o lo fu con meno rigore abbiamo un quinto appena, 5 su 15 di guarigioni mentre nelle sedici che tengon dietro dal luglio 1878 al maggio 1879 abbiamo 9 guarite cioè i termini quasi invertiti. E notisi che nella seconda metà le medicazioni alla Lister stanno al drenaggio : : 13 : 3 mentre nella prima metà il drenaggio stà alla medicazione ordinaria ed alla Lister : : 10 : 6. Ciò conferma quanto dissi già sul metodo antisettico che il drenaggio è una valvola di salvamento cui si ricorre e si deve ricorrere solo quando la medicazione listeriana non fu applicata a dovere.

Toccati così i punti principali del mio lavoro è tempo di raccogliere le vele e riassumere in corollari le naturali deduzioni che dal medesimo ne emergono. Sarà questa la miglior chiusa e la più valida perorazione che io possa fare al metodo Porro.

I. L'amputazione cesarea utero-ovarica, comunemente conosciuta sotto il nome di *Metodo Porro*, ha preso posto nella chirurgia classica, come il migliore metodo, in tutti quei casi in cui il taglio cesareo si impone all'ostetrico come un'assoluta necessità.

II. L'operazione del Porro è razionale e chiamata a rendere immensi servizi all'ostetricia.

III. Nei casi in cui non vi ha dubbio di scelta l'operazione dev'essere compiuta il più presto possibile, appena cioè la donna è entrata in travaglio di parto. Il ritardo non può che esporre il nascituro a morte e la madre in pericolose condizioni.

IV. Il metodo Porro salva tutti i bambini e la metà delle madri. L'avvenire è tutto in suo favore. Non temo di errare pronosticandone gli splendidi successi dall'ovariotomia ottenuti.

V. L'ablazione dell'utero sopprime due delle più frequenti cause della morte dopo il taglio cesareo, l'emorragia uterina e lo spandimento lochiale nel peritoneo.

VI. L'amputazione delle ovaie e dell'utero porta la sterilità che è un bene per queste sventurate inette alla riproduzione della specie ed al miglior avvenire della razza umana.

VII. L'istero-ovariotomia cesarea è assolutamente indicata in tutti i casi di restringimenti gravi del bacino che misurano meno di 60 mm., ed in tutti i casi di stenosi accidentali gravi del canale vagino-uterino.

VIII. Dessa è relativamente consigliata nei restringimenti moderati del bacino, quando è il feto vivente e la donna è in pericolo di vita per qualunque causa.

IX. Anche nei casi in cui l'embriotomia e la cefalotrisia possono riuscire, può essere preferita l'amputazione

utero-ovarica che salva lo stesso numero di operate e tutti i bambini.

X. L'operazione del Porro è superiore pei risultati e da preferirsi alla gastro-elittrotomia del Ritgen ed al taglio cesareo seguito da cucitura dell'utero.

XI. L'esperienza ha dimostrato in modo rigoroso che l'amputazione cesarea utero-ovarica non lascia conseguenze di sorta e che le donne operate godono di ottima salute.

XII. Il metodo Porro ha d'ora innanzi il suo scientifico e pratico diritto, come ogni altra operazione, che per la salvezza dell'individuo richieda il sacrificio di una parte del medesimo.

XIII. Fino al giorno d'oggi il miglior procedimento operativo è quello consigliato dal suo autore.

XIV. È desiderabile ed opportuno di trovar un mezzo sicuro che possa sostituire i costrittori di qualunque natura, assicurare il peduncolo allo esterno evitando le dannose trazioni sul medesimo.

XV. Il drenaggio dev'essere applicato nei soli casi in cui questa valvola di sicurezza può prevenire od arrestare i processi infettivi e le raccolte settiche.

XVI. Il metodo antisettico in tutto il suo strettissimo rigore deve far parte integrante dell'operazione, poichè esso concorre largamente ai grandi successi ottenuti.

XVII. Sulla guida dell'ovariotomia sarebbe forse opportuno tentare l'affondamento del peduncolo dopo l'amputazione utero-ovarica.

---

2916

