

1. 15
BIBLIOTECA
LANCISIANA



MALATTIE DELLA DONNA

STORIA

DI

PERDITA INVOLONTARIA DELL'ORINA

PER

FISTOLA VESCICO-VAGINALE

OPERATA E GUARITA

PER

Il Dottore CARLO PRELLI

Con brevi cenni sul valore dei vari e precipui metodi operativi
della detta fistola.

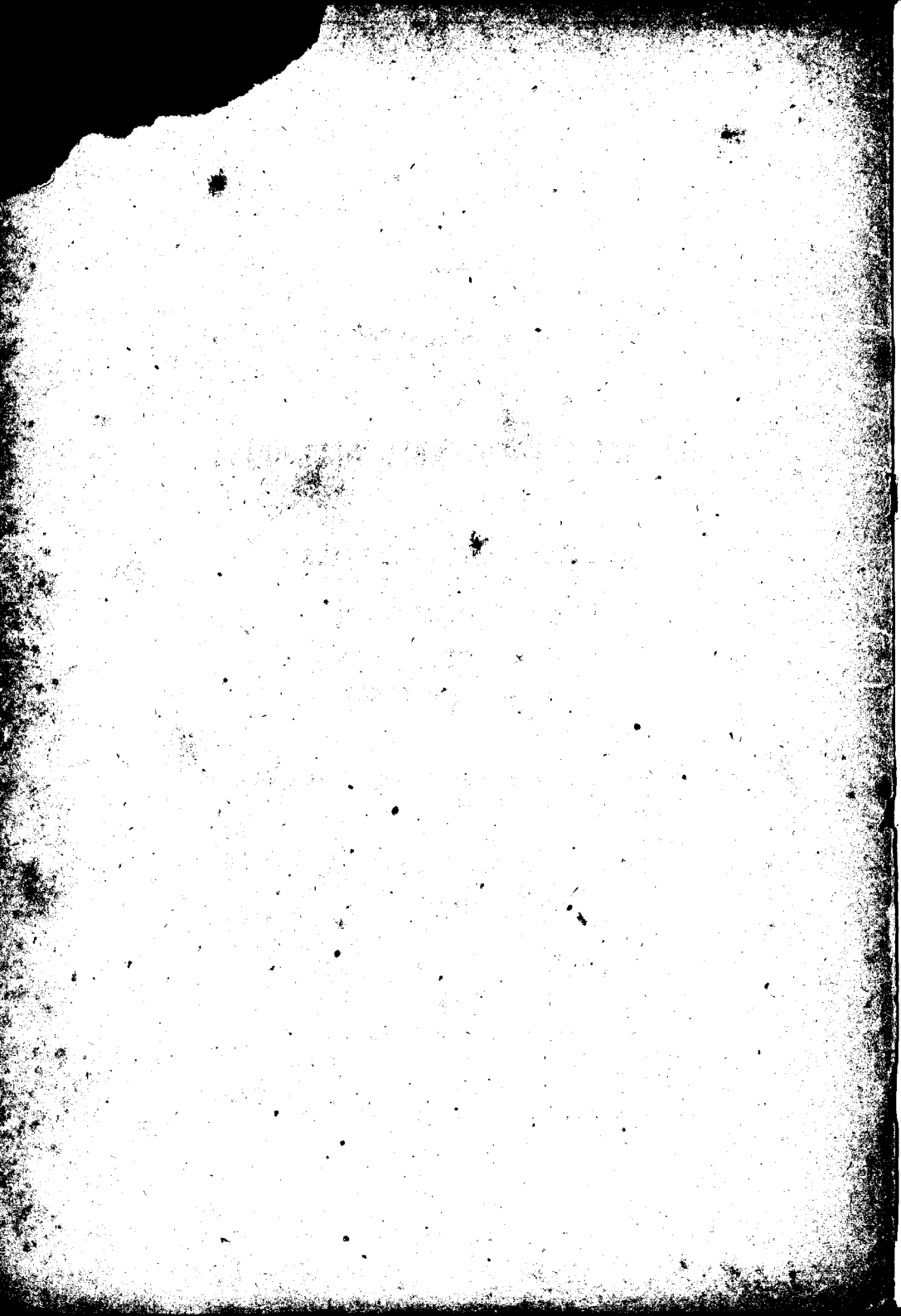


TORINO

TIPOGRAFIA C. FAVALE E COMPAGNIA

1868.





MALATTIE DELLA DONNA

STORIA

DI

PERDITA INVOLONTARIA DELL'ORINA

PER

FISTOLA VESCICO-VAGINALE

OPERATA E GUARITA

PER

Il Dottore CARLO PRELLI

Con brevi cenni sul valore dei vari e precipui metodi operativi
della detta fistola.

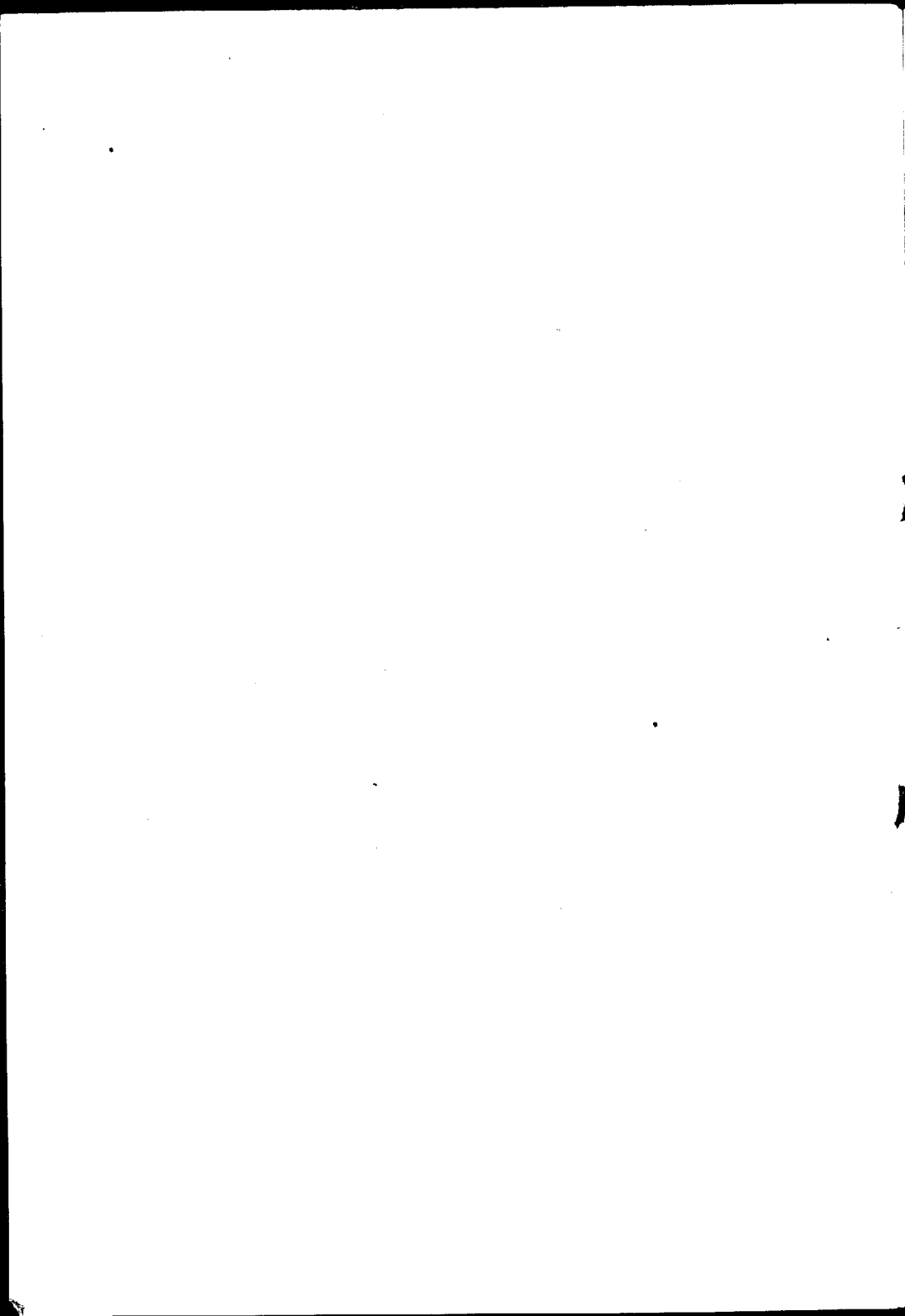


TORINO

TIPOGRAFIA C. FAVALE E COMPAGNIA

1868.





AL LETTORE

È noto il profondo scisma che ancora divide molti e valenti pratici intorno al migliore e più sicuro mezzo di curare le fistole orinarie della donna.

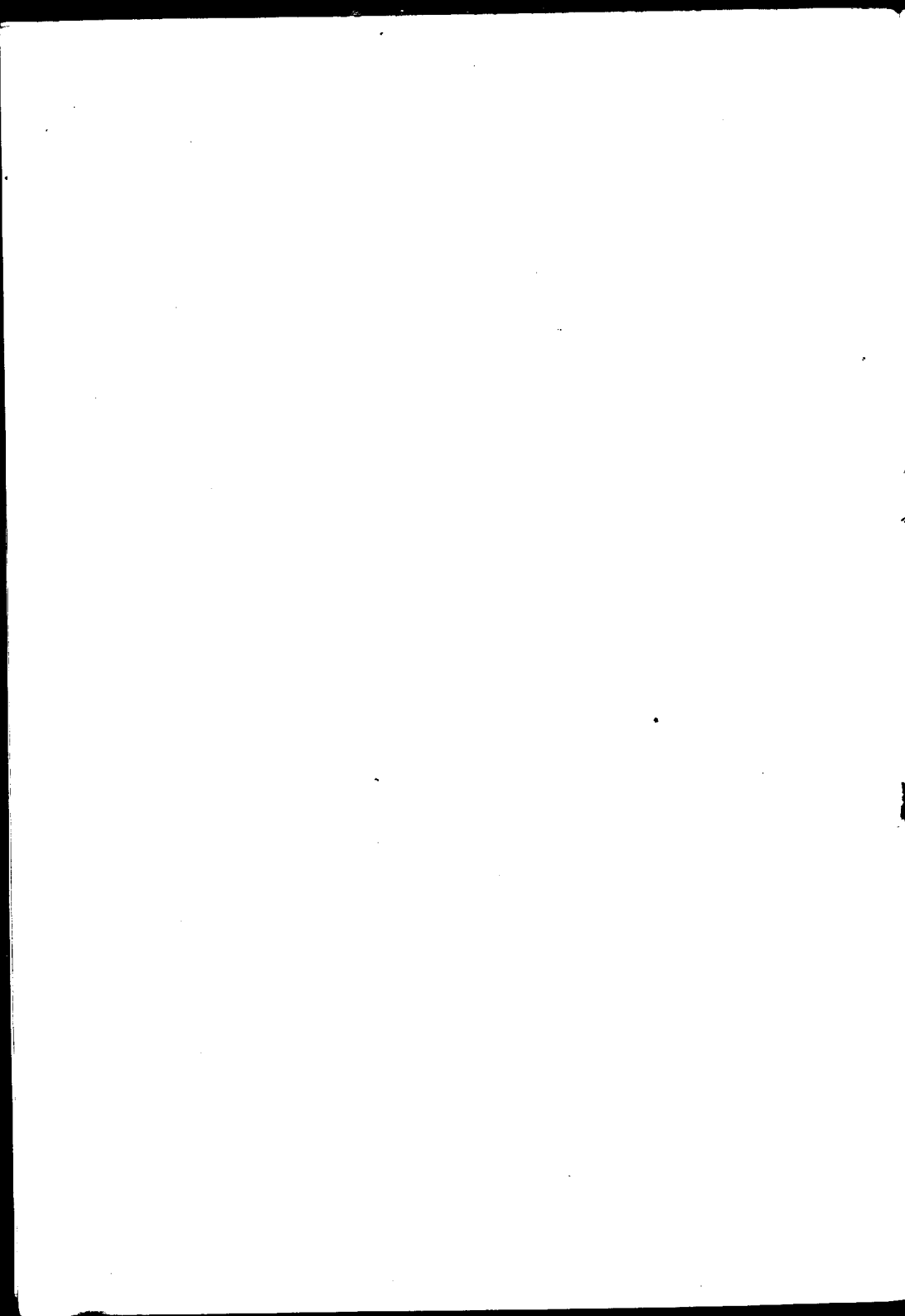
Sono note le diffidenze che ancor regnano intorno alle clamorose loro guarigioni che la stampa sì estera che nazionale va ogni dì pubblicando.

In mezzo a codeste radicali divergenze di opinioni, ed a queste estreme dubbiezze di risultati, io vengo a portare il peso di fatti severamente studiati, e fedelmente narrati.

Io non so, per quanto vivamente il desideri, se arriverò a trasfondere in altrui quel profondo convincimento che ora io ho sulla sanabilità di una tra le più affliggenti ed umilianti infermità che possano colpire la donna, non che sul valore dei varii suoi metodi curativi. Ma comunque possa essere il risultato di questo mio tentativo, di una cosa io son certo ed è che il mio successo sarà un eccitamento ed un conforto a ritentare coraggiosamente la via che io ho percorso, per coloro almeno che hanno fede nel progresso della nostra nobile arte.

Torino, giugno 1868.

PRELLI C.



Fistola vescico-vaginale, lunga tre centimetri larga due e mezzo, distante centimetri tre e millimetri cinque dal collo dell'utero.

Operata col metodo americano (pratica di Spencer Wells) il 26 maggio del 1866.

Accidenti secondari gravissimi. Insuccesso.

Rioperata col metodo Alemanno (pratica di Simon Gustavo), li 11 del dicembre 1867, successo completo, per il Dottore C. PRELLI.

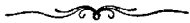
Je dirai ce que j'ai vu et ce que je pense actuellement.

ARMAND VERNEUIL.

On ne doit jamais désespérer de la guérison, car la persévérance dans l'emploi d'une suture méthodique et la combinaison des moyens variés conduisent tôt ou tard à une cure radicale.

E. FOLLIN.

STORIA



La Signora Emilia P...co è giovine sposa, sui 20 anni, di Casale Monferrato, di tempra sanguigno-biliosa, di statura media, di bacino largo e normale.

Sul principio del 1865 viene a marito, e rimane incinta nell'aprile dello stesso anno. La gestazione è penosissima, malgrado ciò essa giunge al termine. Alle ore 10 del mattino del 30 dicembre 1865 i dolori del parto si dichiarano. La testa di un feto si presenta. Ma malgrado le più violente e le più prolungate contrazioni essa non avanza che lentissimamente nell'escavazione; infine dopo venti ore di immani sforzi l'attraversa, ma è un cadavere. Poco dopo i dolori ripigliano più violenti ancora. È il sopraparto? Così è creduto dalla levatrice, ma il medico che arriva più tardi riconosce la presenza di un altro feto e ne fa l'estrazione manuale. Era un altro feto morto.

Le conseguenze di un parto così disastroso erano facili a prevedersi. Ad una metrorragia immediata successe ben presto una metro-ovarite di cui le tracce non erano ancora spente molti mesi dopo. Ma ciò che forse non si prevedeva era la grave infermità che poco dopo doveva la povera Emilia incontrare, infermità che fu a lei cagione di così grandi e pericolose conseguenze, la perforazione cioè del tramezzo vescico-vaginale, e la successiva totale e involontaria perdita dell'orina.

Diecinove giorni difatti dopo il parto, e dopo avere sofferto immani dolori e trafitture e cocciore acerbissimo entro la vagina, sia prima che dopo svuotata la vescica, la Emilia è tutt'ad un tratto sorpresa dal sentire i suoi lini pregni di acqua qualunque sia la posizione che prende, sia prona, sia supina, o giaccia sui fianchi.

Invano la si tenta di ingannare facendole credere es-

sere quelle le ultime fasi dei suoi lochi, chè ben tosto l'odore caratteristico dell'urina e la perduta possibilità di orinare di per sè la rendono avvertita della terribile infermità che veniva ad incontrare. L'escara cancerenosa del tramezzo vescico-vaginale era caduta, una larga via all'uscita continua involontaria dell'urina era aperta. L'Emilia trovavasi colpita da una delle più vaste e spaventose perforazioni vescicali.

Il lettore comprenderà facilmente quale doveva essere l'effetto morale e fisico che su una giovine sposa così affliggente ed umiliante male doveva produrre. Io vedeva la prima volta l'Emilia nei primi giorni di febbraio, ed ecco quale era il suo stato, quale io lo trovo dipinto nelle mie memorie.

Cloroemia avanzata.

Ventre tumido.

Gonfiezza circoscritta alla regione ovarica destra.

Lingua fecciosa, sete, diarrea, polso vuoto, celere.

Temperatura elevata,

Animo abbattuto, triste, sfiduciato.

Le parti genitali esterne rosse ed escoriate.

Le pareti della vagina qua e là coperte di larghe escare di color grigio-biancastro, aspre alla superficie, e come coperte di uno strato di solfato di calce.

Cinque centimetri circa distante dal meato urinario il dito esploratore riscontra lungo la parete vagino vescicale una larga perforazione che mette ampio accesso nella cavità della vescica. I suoi bordi sono gonfi, frastagliati, facilmente sanguinanti e in parte coperti di so-

stanza calcarea. Tutta l'orina in qualunque posizione si trovi l'ammalata è per la detta perforazione involontariamente e continuamente emessa.

Il collo dell'utero è spinto molto in basso, in dietro ed alquanto più a sinistra che a destra, è evidentemente ingrossato ed assai indurito. Le trazioni operate su di questo nello scopo di accertarci se l'utero era locomovibile ci da risultati negativi, e nello stesso tempo un vivissimo dolore eccheggianti tosto sull'ovaio e lungo la coscia destra ci fa avvertiti come probabilmente oltre ad un'ovarite di cui si notavano ancora le tracce, l'ammalata avesse dovuto soffrire una vera ed estesa pelvi-peritonite.

Le indicazioni cui dovevamo soddisfare erano non meno semplici che urgenti. L'ammalata fu sottoposta ad un regime ricostituente generale, e disinfiammante locale. E poichè come già bene avvertivano Verneuil, e Nélaton tutto il segreto della guarigione di codeste fistole in questo periodo sta nell'impedire per quanto si può la saldatura della mucosa della vescica con quella della vagina, noi abbiamo con una costanza che toccava quasi la pervicacia per il lungo spazio di tre mesi insistito sui bagni e sulle iniezioni detersive e specialmente sulle cauterizzazioni dei bordi dell'apertura fistolosa. Quanto vantaggio si abbia ritratto da questa cura io non potrei dirlo; quello che è certo si è che per nulla poteronsi verificare i miglioramenti tanto meno poi le guarigioni che con sì semplici mezzi alcuni scrittori, certamente fedeli, ci dicono di avere ottenute e che il Monteros re-

centissimamente nella sua bellissima tesi *Sulle fistole orinarie della donna* con grande cura raccoglieva.

L'apertura fistolosa che misurava tre centimetri e più di lunghezza, e due e mezzo circa di larghezza, poco o nulla scemò da ciò che era primitivamente, solo i suoi bordi si fecero più lisci, più rosei, più sottili, ma come largo compenso di danno noi abbiamo poco dopo avuto una non piccola procidenza della mucosa vescicale che a mo' di un molle fungo veniva a sporgere fuori della detta perforazione.

Le condizioni tuttavia generali dell'ammalata si erano grandemente migliorate, e questa cagione, e l'insistenza con cui ci scongiurava di liberarla con una operazione da così grande ed affliggente infermità quale è quella di una continua ed irremediabile perdita d'orina, benchè con una certa renitenza ci ebbe indotti a tentare una cura radicale mercè un'operazione cruenta.

Era un tempo in cui con unanime entusiasmo si proclamava superiore a tutti il metodo Americano. E benchè allevati alla scuola del celebre e sventurato Jobert, pur tuttavia non abbiamo potuto schermirci dal fascino che le maravigliose operazioni di Bosman, di Marion Sims, di Bacher Brown, di Simpson doveano esercitare sugli animi di tutti i ginecologisti.

Il metodo Americano pertanto, o di M. Sims alquanto modificato da Spencer Vells fu il metodo che si decise di praticare nel nostro caso.

Il 26 maggio 1866, coll'aiuto dell'abilissimo mio amico il Cav. Berti, e coll'assistenza del Cav. Pollini,

e del giovane Dottore Rey è stata intrapresa l'operazione (1).

1° Tempo o cruentazione.

L'ammalata fu collocata su di una tavola molto elevata nella posizione *pelvi sacro dorsale*. Le coscie furono vivamente divaricate e flesse sul bacino, le gambe distese sui lati del petto.

La più larga valva di uno specolo del Sims fu introdotta nella vagina e affidata ad un'assistente che doveva tenerla in posizione verticale e ben ferma. Con ciò la parete posteriore vagino-rettale è stata fortemente abbassata, e l'anteriore o vescico-vaginale portata molto innanzi. Una sonda di Récamier è fatta passare per l'uretra entro la vescica di dove spingendo la punta della sonda all'innanzi col rovesciarne il manico sul ventre si giunge a portare quasi a livello dell'ostio vaginale la larga perforazione del tramezzo vescico-vaginale.

È inutile il dire come la procidenza della mucosa vescicale abbia dovuto con tal spostamento del setto-vagino vescicale sparire. Allora noi abbiamo dovuto pensare alla cruentazione della fistola che si era così resa accessibile alla vista ed agli strumenti.

La cruentazione fu eseguita parte colle cesoie curve di M. Sims, parte coi bisturi incurvati di Backer Brown. Essa è stata minutissima, e praticata colla massima diligenza e pazienza. Una zona di tessuto vaginale della

(1) Io sono lieto di qui attestare a ciascuno la mia riconoscenza.

larghezza di un buon centimetro fu così tutt'ingiro alla perforazione vescico-vaginale dissecata ed escisa. La sua spessezza era di due millimetri al più ed esso non comprendeva precisamente che lo strato mucoso e il cellulo-fibroso della vagina. La mucosa vescicale fu affatto rispettata, e solo sugli angoli della breccia abbiamo esteso la cruentazione un mezzo centimetro al di là di questi. Con ciò era nostro pensiero di dare alla perforazione vescico-vaginale una forma lungamente ellittica, la forma che si presta di più ad una esatta coaptazione.

In questa dissezione che fu oltremodo lunga, minuta, e difficile nessun vaso cospicuo fu aperto. L'emorragia è stata lieve, e prontamente domata con iniezioni vaginali diacciate. L'operata però era molto stanca, e prima di procedere al passaggio dei fili od alla sutura le abbiamo concesso qualche minuto di riposo. Debbo ancora dire che se la cruentazione del labbro inferiore della fistola fu relativamente facile, fu poi oltremodo difficile quella del labbro superiore nascosto in parte al di dietro del pube e di una piega falcata della mucosa vaginale.

Questa difficoltà si sarebbe certamente evitata se dopo cruentato il labbro inferiore avessimo pensato a cangiare la posizione dell'operanda, dandole cioè la posizione sul fianco sinistro o il decubito laterale sinistro secondo l'uso di M. Sims. Non è che più tardi che come per azzardo giunsi a riconoscere come mentre la posizione pelvi-sacro dorsale rende oltremodo facile la cruentazione del labbro inferiore della fistola, il decubito laterale sinistro

mette quasi sotto il taglio degli strumenti il labbro superiore di detta fistola.

2° Tempo o passaggio dei fili.

È prescelto il filo metallico d'argento.

Invece degli ordinari porta aghi di Jobert di Lamballe, di Marion Sims, di Startin io adoperei l'ago tubulato di Simpson.

Io l'aveva veduto adoprarsi successivamente da Nélaton e dall'assistente del compianto Velpeau all'ospedale della Carità per fistole, e perineo-raffie, e la facilità e la prontezza con cui aveva visto far passare per entro vaste breccie ben molti fili col detto ago di Simpson aveano infuso nell'animo mio una grande confidenza in questo strumento. L'ago di Simpson di cui mi servii era per quanto poteva desiderarsi perfetto, la sua punta ben acuta e solida, l'asta intera molto sottile e formante un sesto di cerchio verso la sua estremità pungente. Il filo d'argento infine ridotto allo stato di massima mollezza mercè il fuoco, era stato tagliato in pezzi di venti a trenta centimetri affatto lisci, privi cioè di nodi e di angoli. Afferrato per tanto con una pinza a denti il labbro superiore della fistola, l'ago di Simpson è impiantato perpendicolarmente entro il medesimo alla distanza di *un centimetro circa dal suo confine cruento*, e quindi spinto dal davanti all'indietro attraverso la spessore del tramezzo vescico-vaginale fin contro la mucosa vescicale: qui giunto il manico viene a poco a poco raddrizzato mentre la punta dell'ago continua ad essere spinta direttamente in basso e in dentro al davanti della mucosa vescicale,

finchè viene a raggiungere il labbro inferiore della fistola che trapassa dal di dietro in avanti di alto in basso per sortire alla distanza di un centimetro e più sotto il suo margine sanguinolento. Trapassati così i due labbri in distanza pressochè eguale in alto e in basso, un filo d'argento è passato nella tubulatura dell'ago e fatto uscire un buon pollice al di là della sua punta, poi l'ago vien ritirato mentre con una pinza si tiene ben ferma la estremità del detto filo che rimane così tosto collocato a sito attraverso i due labbri fistolosi.

Con eguale meccanismo, e con eguale precauzione sono impiantati otto fili d'argento alla distanza di quattro millimetri l'uno dall'altro, ed arrestata la piccola emorragia, si procede alla sutura.

3° Tempo o sutura.

Convinto che un metodo è altrettanto più commendevole quanto più è semplice, invece delle suture complicate con placche di piombo come usa Bozman, ed Illiard di Glascovia, invece del fanone di Sympson, e della placca fenestrata di M. Atlee, invece di riunire i due capi di ciascun filo metallico con granelli di piombo perforati, o con i tubi del Galli, i due capi di ciascun filo furono afferrati con una lunga pinza a morsi e mercè cinque o sei giri fatti semplicemente rotare intorno al proprio asse finchè si videro i bordi della soluzione di continuità perfettamente combaciare fra di sè, quindi con cesoie robuste recisi alla distanza di due centimetri circa dalla breccia così riunita.

Ad assicurarci ancora del perfetto contatto dei bordi

cruentati un'iniezione di acqua tepida fu fatta entro la vescica, nè si potè vedere goccia alcuna migrare per la vagina. Tutto adunque ci riprometteva un'esatta coadesione. Rimaneva a stabilire se fosse o no conveniente il portare e mantenere entro la vescica un catetere a permanenza come vuole M. Sims, o se non fosse più saggio partito il praticare il cateterismo intermittente o non farne alcuno, e lasciare all'arbitrio dell'operata l'orinare di per sè ogni volta ne aveva stimolo, qualunque fosse la posizione in cui avesse ciò ad esserle possibile o più facile, come attualmente pratican Gustavo Simon, e Spencer Wells. Prevalse il partito del cateterismo intermittente e l'ammalata fu ricollocata in letto, non obbligata ad alcuna posizione fissa, volesse cioè stare coricata sul dorso, o rivoltarsi sui fianchi, ad ogni due ore le si pratica il cateterismo, e ad acquetare la profonda scossa che un'operazione così faticosa e così lunga, avendo durato per ben tre ore, aveva dovuto imprimere su tutto il di lei sistema nervoso, le viene somministrata una pillola oppiata, di $1\frac{1}{4}$ di grano di oppio a quattro ore di distanza l'una dall'altra.

Nessun fenomeno notevole si è rimarcato nei primi tre giorni successivi alla operazione. L'orina continuò a mantenersi limpida e la vagina perfettamente asciutta, per quanto l'operata giaccia pressochè continuamente sul dorso. Nel mattino però del quinto giorno l'ammalata accusa un senso di rumor fragoroso nella vescica ogn qual volta sta per cessare l'orinazione.

Nel mattino del quarto giorno le urine si mostrano sanguigne.



L'operata è più inquieta, accusa delle trafitture ed un senso di cocciare all'ano; allontanando le grandi labbra uno scolo siero sanguigno abbondante prenunzia un qualche rovescio. Collocata col bacino sul bordo del letto ed esaminata collo specolo si vedono qua e là sulla mucosa del canal vaginale, delle larghe placche difteriche.

Su i bordi della breccia cruentata, ed ovunque all'intorno dei punti di immersione e di emergenza dei fili eguali chiazze grigiastre pultacee. Edotti pur troppo della rea natura di queste, la nostra fiducia nella buona riuscita dell'operazione rimase perciò profondamente scossa. Tentammo tuttavia un estremo rimedio.

Le escare furono profondamente cauterizzate col nitrato d'argento, ed uno stuello di cotone cardato posto sopra gli estremi dei fili ad evitare che il loro contatto concorresse ad aggravare la già grave condizione della mucosa vaginale.

Il 5° giorno le urine ritornarono citrine, l'operata era alquanto più rassicurata. Le trafitture e il cocciare all'ano scemati. Abbondanti evacuazioni alvine furono ottenute con semplici clisteri. L'uragano pareva scongiurato.

Nella notte però dello stesso giorno (5) le urine ritornarono più rossigne, il cocciare si fa più vivo.

Il mattino del 6° giorno l'ammalata è molto abbattuta e la sua fisionomia di color giallo terrigno, le urine decisamente sanguigne. Allora è decisa l'estrazione dei fili. Quest'operazione così semplice in apparenza durò un'ora; L'anse dei fili avviluppati dalle escare difteriche e riem-

piute dal sangue e dai detritus della mucosa si rendevano oltremodo difficili a riconoscere ed ogni momento correavamo il rischio di recidere i due capi del filo lasciando entro i tessuti la loro ansa. In fine ogni filo fu interamente estratto, e come era facile il prevedere la coadesione dei bordi fistolosi doveva essere stata affatto interrotta.

Estratti per vero i fili noi abbiamo visto prima nel centro, poi verso gli angoli distaccarsi la tenue adesione della mucosa vaginale, poi della vescicale e l'apertura fistolosa se non ingrandita certamente poco accorciata.

Dopo un così grande e completo rovescio, noi avevamo ragione di credere che nessun altro nuovo accidente sarebbe venuto a farci ancora viemmaggiormente pentire dell'intrapresa operazione. Ma ciò non fu.

Il 7° giorno dopo l'operazione ad un'ora di notte l'operata chiede il bicchiere per urinare, ma mentre s'alza sui ginocchi per urinare, un getto di sangue arterioso getta lo spavento nell'animo suo ed in quello della persona che la assiste.

Chiamato in fretta, trovo l'ammalata esangue. Le pudente, gli inguini, la parte superiore delle coscie è coperta da uno denso strato di sangue coagulato. Trammezzo a questi coagoli larghe striscie di sangue rutilante e fluente indicavano come l'emorragia fosse lungi dall'essere cessata. Ma era d'essa vescicale o vaginale? Esplorata con un catetere la vescica, la trovo ripiena di poca orina perfettamente citrina. Manca d'altronde il tenesmo vescicale, manca la gonfiezza do-

lorosa all'ipogastrio, l'emorragia non poteva dunque derivare che dalla vagina. Le iniezioni fredde a nulla giovando, e la perdita del sangue facendosi ognor più copiosa, io imbevo diverse pallottole di cotone con una eccellente preparazione di percloruro di ferro, e le porto profondamente entro la vagina. In pochi minuti la perdita del sangue è arrestata.

Ma al cessare dell'emorragia comincia un tenesmo vescicale e rettale indomabile prodotto dai grossi coaguli di sangue che si ereno prodotti entro la vagina; prevedendo l'impossibilità di vedere cessato di per sè tale spasmo, mi decido a frantumare colle dita la parte più sporgente del coagolo, e solo lascio in sito i coagoli più profondi ed aderenti alla vagina. L'emorragia è così definitivamente arrestata.

Nei tre giorni successivi a questo grave accidente la operata rimase relativamente calma. Le orine ripresero un carattere di limpidezza ordinaria e tutto dava a sperare che si avrebbero ben presto potuto riparare i danni della sofferta emorragia.

Ma pur troppo ancora questa volta dovevamo ingannarci. — Quattro giorni dopo la avvenuta perdita di sangue l'operata si duole di dolore ai reni, di punture all'ano, le orine cominciano ad apparire rossigne.

Ben tosto una nuova e più violenta emorragia ha luogo. Le pallottole con percloruro di ferro che aveano recato così grande aiuto la prima volta, riescono ora perfettamente inefficaci. Allora mi decido di portare il dito indice contro la breccia vescico-vaginale e vi esercito

contro la medesima una forte e prolungata pressione. Io sentiva le pulsazioni delle arterie vescico-vaginali scorrenti sui lati della vagina così vive e così forti come fossero state le radiali. Tre ore e mezzo dopo un'assidua pressione, l'emorragia pare definitivamente arrestata. Io era però ben lungi dall'essere tranquillo.

Lo stato dell'ammalata già anemica era così grave che io dovevo prevenire ogni possibile rinnovarsi di emorragia. La cauterizzazione col ferro rovente là ove la vagina si doveva trovare erosa era la sola capace di tanto. E malgrado il terrore che inspira sempre un cotal mezzo emostatico, e lo stato gravissimo dell'ammalata e il timore di possibile infiammazione violenta della vescica o del peritoneo, dietro maturo avviso del mio amico dottor Berti che in questa gravissima circostanza si mostrò ben degno della stima e della reputazione in cui è giustamente tenuto, l'ammalata fu portata sul tavolo dell'operazione per essere dopo attenta esplorazione profondamente cauterizzata.

Ecco che cosa abbiamo riscontrato nell'esame.

A destra ed in alto sull'estremo dell'angolo destro dell'apertura fistolosa un'escara grigiastra, molle, pultacea, coperta in parte da uno strato di sangue coagulato cui distaccato ricomincia tosto un'abbondante perdita di sangue. Debbo notare che il sangue benchè rutilante non usciva a balzi ma in modo continuo e rapido. Con due bottoni di ferro scaldati a bianco, tutta l'escara è profondamente cauterizzata. L'emorragia è qui arrestata. Ugual cauterizzazione è poi praticata sull'estremità si-

nistra e sul labbro posteriore della fistola ove si scopre una larga e profonda erosione difterica.

Dopo ciò abbondanti iniezioni fredde vengono praticate, e l'ammalata la quale per quest'operazione soffrì orribilmente è ricoricata nel suo letto.

Larghe e generose preparazioni oppiate riescirono però ben presto a calmare il dolore, e i fenomeni nervosi che quelli e l'anemia avevano prodotti. D'allora in poi nessuna emorragia si rinnovò, e poco a poco la difterite vaginale essendo cessata, l'operata poté rimpatriare dopo di avere attraversati così grandi pericoli, e dopo di avere compiutamente fallito nel successo di un'operazione che era stata intrapresa con tanta fiducia per parte dell'operatore, con tanto coraggio per parte dell'operanda.

Cotanti e così inaspettati rovesci avrebbero dovuto certamente allontanare l'idea d'ogni nuovo tentativo operativo se la confidenza dell'ammalata per me fosse stata men grande, o la mia fede nelle risorse dell'arte meno viva o meno profonda.

Egli è perciò che dopo trascorsi pressochè due anni di continue cure, la Emilia faceva ritorno in Torino, ed io ne ritentava l'operazione. Dirò più tardi la ragione per cui io abbandonai completamente il primitivo modo di operare, e le ragioni per cui io abbracciai il nuovo metodo alemanno, o di Gustavo Simon i cui risultati di già splendidissimi non potranno a meno di ottenere un eco di approvazione presso tutti i ginecologisti.

L'11 dicembre del 1867 scorso alle ore due pomeridiane col concorso validissimo del mio ottimo amico cav. Berti, che ancor quì mi fu largo de' suoi lumi, e della sua opera e coll'assistenza intelligente del distinto e giovane studente il sig. Ravelli, io incominciai la operazione.

L'ammalata cioè è posta di traverso col bacino fisso sulla sponda del letto. Le coscie sono ben flesse sul bacino, lo specchio di Sims introdotto, e l'apertura fistolosa resa così chiaramente visibile. La sua figura era irregolarmente ovale, il suo maggior diametro era di tre centimetri circa, di due centimetri e più il diametro minore. La mucosa vescicale sporgeva attraverso la detta breccia a mo' di un fungo, per l'angolo inferiore della fistola si vedeva di quando in quando zampillare l'orina. Era l'uretere che qui si apriva? È ciò che la cruentazione dei bordi fistolosi doveva rilevare.

Nello scopo di allontanare la mucosa vescicale, e rendere più sporgente e più teso il labbro inferiore della fistola una larga spatola di avorio è per l'apertura fistolosa introdotta entro la vescica, e quindi inclinandone il manico sul ventre è portato all'innanzi e reso così ben teso il detto labbro inferiore della fistola. Allora con un bisturi articolato di M. Sims io praticai sul labbro inferiore della fistola e distante 1½ centimetro dal suo margine vescicale un'incisione curvilinea profonda fin presso la mucosa vescicale, ed appena appena obliqua dall'esterno all'interno verso la vescica, quindi con un uncino afferrai l'uno degli estremi della fatta incisione

e sollevatolo vi passai sotto la punta di una lunga cesoia curva, e con lievi e sospesi tratti in pochi minuti potei recidere una lunga lista del detto orlo fino al di là dell'estremo opposto della fistola, risparmiando, non però sempre, la mucosa vescicale che veniva continuamente a sporgere contro il tagliente della cesoia. Non altrimenti operai sul labbro superiore od anteriore il quale come il primo rimase così cruentato appena di sbieco fin contro la mucosa vescicale e per la larghezza di 5 o 6 millimetri.

Alcuni punti di mucosa non abbastanza cruentati sono ripresi coll'uncino di Marion Sims, e recisi ora con le cesoie, ora con il bistori.

Così cruentati i bordi sanguinanti presentavano il più perfetto parallelismo cioè offrivano la forma di due labbri tagliati alquanto di sbieco dall'esterno all'interno, dall'avanti all'indietro, a forma cioè di cono profondo poco *évasé*. La mucosa vescicale è stata in gran parte risparmiata. Gli estremi infine della fistola furono il più esattamente possibile cruentati ad angolo molto acuto.

Afferrato poscia con una pinza il labbro superiore e tirato in fuori e a sinistra onde mettere bene a nudo il suo angolo destro e tenerlo teso, io impiantai a pochi millimetri lontano da questo, e 1/2 centimetro al disopra della sua linea di cruentazione un ago pochissimo curvo ed assai piccolo, di M. Sims munito di un filo di seta finissimo e terminante con un'ansa. La direzione che gli diedi fu in prima perpendicolare alla superficie vaginale come se dovesse da questa penetrare entro la vescica.

Giunto presso la mucosa vescicale io gli feci tosto cambiar direzione dirigendone la punta in avanti ed in basso.

Allora con una pinza estraggo l'ago e l'impianto di nuovo sul bordo cruentato inferiore facendolo passare prima a perpendicolo tra la mucosa vescicale e la spessore del detto bordo poi facendone uscire la punta per la faccia vaginale di quello coll'imprimere all'ago un movimento di inclinazione dall'indietro all'innanzi alla distanza di 1½ centimetro esattamente dalla sua linea di cruentazione.

Sette fili furono così fatti passare usando la massima circospezione a che abbracciassero sempre la massima spessore di lembi.

Ai tre fili di seta, ai due angolari, cioè ed al centrale furono sostituiti tre forti fili di argento nel modo praticato da Mario Sims.

I fili di seta vennero con poca difficoltà annodati contro i labbri cruenti con doppio nodo.

I fili d'argento vennero prima ben avvicinati col *suture adiustere* e quindi con una pinza contorti sul loro asse finchè i lembi non combaciassero esattissimamente.

Si i fili di seta che quelli d'argento non vennero recisi a poca distanza *dalla ferita* ma raccolti in fascio si lasciarono pendenti fuori della vulva.

Un catetere infine a doppia curva di Marion Sims è introdotto in vescica e lasciato a permanenza.

L'operazione durò tre ore circa. Malgrado un così lungo e laborioso atto operativo, l'ammalata non si trovò relativamente troppo stanca.

Il 2, 3, 4 e 5 giorno l'operata presenta una calma completa. La vagina è asciutta. Una grande quantità di orina citrina sgorga dal catetere il quale è perfettamente tollerato.

6. Lieve emorragia vescicale, l'orina è un po' torbida ed ammoniacale. Il catetere estratto è coperto di urati entro e fuori. Si lava con una forte soluzione di potassa caustica e si reintroduce.

7. L'emorragia è cessata senza alcun rimedio. Continua l'apiressia.

8. Sintomi di irritazione gastro-epatica. Polveri di Ipecaquana.

9. Si procede ad un esame del canal vaginale. La vagina è ovunque pallida. Non è però asciutta come nei primi giorni, benchè non si veda gemito di orina.

10. L'operata è collocata col bacino di traverso sul bordo del letto, ed esaminata. Le coscie sono ben flesse uno specolo di Sims è lentamente introdotto. Una iniezione vaginale è praticata onde mettere ben a nudo lo stato della parte operata.

Ecco che cosa riscontriamo; non esiste più traccia dell'antica e larga perforazione; i suoi margini sono perfettamente e solidamente riuniti sia negli intervalli dei fili, sia nei punti occupati da questi come lo dimostra l'estrazione di uno dei fili metallici. Nel timore però che la coadesione non sia ancor bastevolmente forte, è rimandata al giorno dopo l'estrazione degli altri fili.

La consolazione grandissima che io non meno che l'ammalata ebbero a provare per così grande successo fu però

tosto l'11 amareggiata dalla comparsa di uno scolo d'orina per la vagina, scolo che dal primo giorno dell'operazione non si era più manifestato. Il catetere è otturato? la breccia si è riaperta? L'assistente sostituisce al catetere metallico una cannula elastica, e il corso dell'orina è di nuovo ristabilito per la via del catetere.

12. Un po'd'orina esce dalla vagina.

Verso le tre tutti i fili vengono estratti.

La cicatrizzazione pare la più perfetta possibile, però qualche gramma d'orina si raccoglie nel fondo cieco della vagina mentre si esplora ed alcune piastre d'ifetichie si notano sull'angolo sinistro della parte cicatrizzata.

Vengono fatte abbondanti iniezioni d'acqua ed è collocata entro la vagina una piccola spugna impregnata di una forte soluzione di nitrato d'argento.

L'operata è collocata col tronco ben eretto onde l'orina che si crede rigurgiti per l'uretra paralizzata non possa offendere la mucosa vaginale. Vedremo quanto grande fosse stata per noi questa illusione.

13. È sospeso definitivamente il catetere a permanenza.

L'operata orina di per sè ogni ora. La quantità di orina evacuata ogni volta può valutarsi in media a un quarto di bicchiere.

14. La mestruazione si annunzia con dolore ai reni e scolo di sangue per la vagina.

L'operata continua ad orinare di per sè abbastanza facilmente. Essa mi assicura con animo giubilante che può evacuare e ritenere anche per qualche minuto l'orina

in corso di uscita, e sempre poi in letto sia che giaccia sui fianchi, sia prona o supina.

15. L'operata si alza di letto, ma mentre può contenere tutta l'orina se assisa, la perde tosto appena tenta qualche passo.

16. La mestruazione è cessata. L'operata è sottoposta ad una più minuta disamina.

I bordi della cicatrice si trovano di già ben disenfati. I tagli lineari cagionati dai fili sono in parte cicatrizzati. Il lato destro ed il centro della breccia sono solidamente riuniti; verso l'angolo sinistro e per l'estensione di un mezzo centimetro, lo specillo si addentra in una specie di seno nel cui centro si apre un forellino capillare, tale cioè a capire a stento la punta del più sottile specillo, e da cui si vede con istupore in pochi minuti sgorgare tanta quantità d'orina a riempire quasi esattamente il fondo cieco della vagina.

Egli è da questo foro appena distinguibile da cui tutta o quasi tutta l'orina della vescica veniva a smarrirsi non appena la Emilia si attentava di fare qualche passo, mentre che non una goccia usciva per il detto meandro allorchè si trovava coricata sul dorso, o seduta sul tronco.

Poteva ancora ritenersi che l'enuresi fosse il prodotto di una perduta contrattilità del collo della vescica?

17, 18. Nessun cambiamento. La perdita dell'orina è sempre presso che totale a posizione eretta.

19. Un piccolo cauterio del diametro di due millimetri è scaldato a bianco, e portato contro il foro fistoloso;

un'escara è così prodotta tutt' in giro sulla faccia vaginale della fistola per la larghezza di una lenticchia. È rimesso il catetere di Sims a permanenza.

20. Ogni gemitio d'orina per la vagina è perfettamente cessato. Riposo. Catetere a permanenza. Nella notte l'orina diviene un po' rossigna e lascia un abbondante deposito di muco; però l'operata non ha alcun dolore vescicale, o ventrale.

21. La vagina è perfettamente asciutta. Continua il catetere a permanenza.

1° gennaio 68. Eguale stato. La vagina è assai più pallida. Nessuna traccia di chiazze d'iferiche. L'ammalata non perde più una goccia d'orina qualunque sia la posizione che prende.

Tale stato continua fino al 10 in cui si alza da letto. L'orina è ben ritenuta nella vescica, ma l'operata se può contenere l'orina per due ore nella posizione orizzontale, o seduta sul tronco, non può rattenerla se cammina. L'orina esce solo per il meato orinario? o per il superstite foro capillare?

Il 19 ritorna la mestruazione.

Il 20 continua abbondante e quale da tre anni non era più comparsa.

Il 23 la mestruazione è cessata. L'operata nel camminare si sente bagnata. Si esplora. La cicatrice è perfetta; il foro capillare è appena visibile nel fondo di una cicatrice ombellicale; si cauterizza largamente la superficie vaginale di questo.

Il 28 l'operata riparte per Casale avendo acquistato

la facoltà di ritenere l'orina nel letto o seduta, perdendola però quasi tutta a posizione eretta per quanto minimo potesse dirsi il detto foro superstite.

Il 3 febbraio l'operata scrive che dal foro fistoloso esce ancora quasi tutta l'orina.

Il 20, il gemitio dell'orina continua ancora e copioso per il primitivo foro capillare.

Sui primi di marzo io tentai una cauterizzazione non più superficiale o vaginale, ma profonda, estesa cioè a tutto il tramite fistoloso. Resi perciò acutissimo un pezzo di nitrato d'argento, ed introducendolo entro il foro capillare della vagina lo spinsi attraverso di questo quanto più profondamente fin entro la vescica. La cauterizzazione rimase perciò molto profonda; d'allora in poi ogni gemitio d'orina cessò affatto ed un mese dopo l'ammalata pieno l'animo di riconoscenza mi annunziava con infinito giubilo la sua completa guarigione (30 maggio 1868), la quale ben lungi dallo smentirsi si conferma ogni di più.

Considerazioni.

Io ho narrato nella sua rude semplicità il fatto. Io ho fatto assistere il lettore a tutti i minimi atti operativi, a tutte le varie e fortunate vicende che ho dovuto attraversare per giungere ad ottenere la guarigione di una così larga perforazione vescicale quale era quella della Emilia..... Io non so se perciò avrà a ridondarmene rimprovero. Spero tuttavia che il vantaggio che ei potrà

ricavarne lo compenserà largamente della noia e del tempo speso in questa lettura. Ciò premesso, io debbo tosto entrare in un campo assai più spinoso ed arduo, ed è quello dell'apprezzamento del valore comparativo dei diversi metodi diretti a guarire una sì grave infermità.

Io non parlerò delle antiche cure quali la sonda a permanenza (1) il tampone, la cauterizzazione attuale o potenziale praticata da Dessault, da Chopart, da Dupuytren, da Delpech, rimessa in onore nei nostri giorni da Follin (2), da Hergot (3), da Rizzoli (4), l'avvivamento dei bordi e la loro unione colle *serres fines* di Vidal ecc., che non ottengono mai o per eccezione una guarigione radicale. Così io non parlerò della cura statica o del decubito ventrale permanente che ideava testè quel bell'ingegno che è (5) il prof. Giordano, e cui ognuno che apprezzi l'onore dell'arte e del proprio paese dee affrettare co' suoi voti il favorevole verdetto dell'esperienza che ancora gli manca, per entrare tosto a parlare di quelle pratiche che già diedero un

(1) V. Bertrandi, *Opere cerusiche* 1758. — Vidal, *Traité de pathologie externe*, 5^e édit. tom. V, pag. 40. Paris, 1861. — Nélaton, *Eléments de patol. chir.*, t. V, pag. 508.

(2) Follin, *Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour la guérison des fistules vésico-vaginales*. Paris 1860.

(3) Hergot, *Etudes historiques sur l'opérat. des fistules génito-urinaires chez la femme*. Paris 1864.

(4) Rizzoli, *Della causticazione*. Bologna 1867. Giornale medico.

(5) Giordano, *Perdita involontaria dell'orina nella donna*. Torino 1867.

numero abbastanza grande ed accertato di guarigioni, io voglio dire le operazioni cruento, le quali possono oggiogiorno ridarsi a tre pratiche speciali, la francese, cioè l'americana e la tedesca.

Jobert di Lamballe (1) che diede alla Francia il primo metodo operativo della fistola vescico-vaginale, stabiliva in principio la necessità assoluta di mettere a nudo la fistola abbassando ad ogni modo l'utero sia colle pinze, sia distaccandolo dalla sua inserzione superiore colla vagina, di cruentare a tutta spessorezza e direttamente gli orli fistolosi, di impedire la soverchia distrazione dei bordi riuniti con incisioni sulla vagina nei punti i più tesi del canale, infine di usare pochi ma grossi fili nella sutura. E come per incoraggiare i pratici a seguirlo su questa via pubblicava non poche e maravigliose guarigioni ottenute con tale pratica (2).

Testimone io stesso delle bellissime guarigioni da lui ottenute nell'Hôtel-Dieu nel 64, 65, in cui ho potuto seguire la sua clinica, io provai e provo tuttora un vivo ribrezzo pensando alle rivali gelosie, alle ingiuste ed interessate accuse onde venne fatto segno un uomo che illustrò cotanto col suo nobile ingegno la sua scienza e la sua patria. Forsechè i suoi successi furono pur sempre giustamente ed onestamente contestati? Forsechè le me-

(1) Jobert, *Traité de chirurgie plastique*. Paris 1849. — *Traité des fistules vescico-vaginales*. Paris 1852.

(2) V. Monteros, *Essai sur le traitement des fistules chez la femme*. Paris 1864, pag. 216, 217.

diocrità della medicina sono eguali nel male sotto ogni latitudine , e longitudine ?

Si rimproverarono al Jobert le trazioni violente sull'utero, tanto più poi il suo distacco dalla vagina , e le incisioni liberatrici di questa siccome cagione di pelvi-peritonite , di flebite, di pioemia, ecc.

Posso però assicurare che negli ultimi anni il Jobert avea abbandonato affatto le trazioni violente e il distacco della vagina dal collo dell'utero, e quasi mai o raramente praticava le incisioni liberatrici sulla vagina.

Si rimproverò al Jobert la cruentazione diretta e a tutta spessore degli orli fistolosi, cagione questa d'insuccesso per il facile infiltrarsi dell'orina attraverso i labbri avvicinati. Ebbene ! Ciò che valse cotanto a gettare lo scredito sul metodo di Jobert, è ora presochè la norma di una grande scuola, la scuola tedesca di cui verrò a parlare fra breve. Così cambiava la fortuna di un metodo che se avea frequenti rovesci non era certamente per le accuse che gli venivano mosse da' suoi contemporanei. Ad assicurargli un quasi sicuro trionfo bensì mancavagli una condizione che pochi dei suoi patrioti venivano a toccare, ed era la mutua , perfetta, e permanente coadesione dei bordi cruenti della fistola , coadesione a che i suoi grossi e radi fili mal potevano soddisfare. Fu il soddisfacimento di questa condizione che fece la fortuna del nuovo metodo od americano così detto, che per molti è ancora tuttodi il metodo modello , e che siccome è ben noto, poggia sui principii fondamentali seguenti :

Cruentare cioè largamente ed obliquamente i bordi fistolosi ;

Risparmiare assolutamente nel taglio la mucosa vescicale ;

Praticare il massimo numero dei punti di cucitura (1).

Però a chi s'addentra alquanto a studiare quest'argomento, non può a meno di restare tosto colpito dalle grandi modificazioni che vennero portate al metodo primitivo. Mentre Bozman (2) taglia appena appena lo strato mucoso della vagina con il celluloso fibroso sottostante : Marion Sims taglia a tutta spessorezza i labbri della fistola fin contro la mucosa vescicale che rispetta gelosamente. Mentre Baker Brown, Sympson e Attee si affannano nella ricerca di una placca di piombo che valga a mantenere unita la sutura, Marion Sims, Spencer Vells si limitano a torcere semplicemente i fili sul proprio asse. Mentre il genio ferace di Marion Sims inventa la sua sonda a doppia curva, altri rinunzia definitivamente ad ogni catetere e ad ogni cateterismo.

Tutte queste innovazioni, tutte queste modificazioni

(1) M. Sims, *On the treatment of vesico-vaginal fistula*. Americ. Jornal 1852. — Bozman, *Remarks on vesico-vaginal fistul*. North Americ. 1857. — Baker Brown, *On vesico-vaginal fist*. London 1858. — Simpson, *Clinical lectures on the diseases of Women*. 1859.

(2) Vernueil, *Notes sur deux fistules vesico-vaginales opérées et guéries par le procédé américain*. Gazette hebdomad. 1860, tom. VII. — Carlo Mazzoni, *Due fistole vesico-vaginali operate col metodo americano*. Giornale medico di Roma, 1867, fasc. 7.

racchiudono in segreto altrettanti rovesci avuti dall'una e dall'altra pratica. Tutte dimostrano come i successi non sieno poi così frequenti e così completi come i giornali van pubblicando, accogliendo con forse troppo precipitato giudizio come casi di guarigione i mezzi successi, e talvolta gli insuccessi stessi che susseguon più tardi le eseguite operazioni.

Io ho veduto operatori espertissimi fallire nel risultato di quest'operazione più o meno completamente. L'amico mio, il dott. Berti, mi assicurava di avere visto ed operato un numero discreto di fistole vescico-vaginali col metodo americano, e che malgrado la grande ed incontestabile abilità dell'operatore ei non vide che qualche rara volta sortire un esito fortunato. Ora nessuno al certo vorrà attribuire l'insuccesso a mancanza di destrezza o di diligenza operativa, ma sarà più giusto l'attribuirlo alla grande difficoltà di avere le condizioni necessarie per il successo del suddetto metodo.

Un semplice sguardo su questo basterà per dimostrare il fondamento della nostra asserzione.

Nel processo americano, come si disse, noi cruentiamo largamente e superficialmente, meno nel metodo di Bozman (1) più profondamente nel metodo di Sims (2) ma sempre largamente a cruentare cioè un centimetro almeno di tessuto tutt'in giro alla perforazione fistolosa. I punti di immersione dei fili debbono essere per lo meno alla

(1) Bozman. Opera citata.

(2) Sims. Opera citata.

distanza di un centimetro dal margine cruento. Ora è evidente come non possano affrontarsi così larghe superficie cruenta senza notevolmente accorciare in senso longitudinale o trasversale il sacco della vescica; e poichè nei casi di fistola la capacità della vescica è di già grandemente diminuita, noi diminuiamo così operando ancora di due o di tre centimetri di più la già scarsissima sua capacità; quindi è che l'orina la quale verrà dopo l'operazione a raccogliervisi entro, farà una viva ressa contro le pareti del sacco vescicale le quali resisteranno meno là ove furono sciolte e di fresco risarcite ove cioè già era la sede della perforazione; quindi si comprende facilmente come quivi i punti di sutura si trovino fortemente distratti, come facile per ciò riesca la loro sdruscitura, l'allontanamento delle due mucose raddrizzate, la filtrazione dell'orina, la distruzione della coadesione, l'insuccesso infine completo dell'operazione.

Egli è forse mirando a queste possibili contingenze che si cercarono tutti i mezzi per assicurare e rinforzare la sutura; quindi forse l'origine della sutura metallica che M. Sims in un accesso di entusiasmo americano proclamava la più grande scoperta che la chirurgia di oggi abbia fatto, e che ormai è dimostrato non essere guari superiore ad un'eguale sutura fatta con fili di seta *lisci* e *finissimi* (1).

Egli è forse per ciò che Bozman, Atlee di Filadelfia,

(1) Sims, opera citata.

Baker Brown di Londra, Sympson di Edimburgo spiegarono un talento d'invenzione straordinario onde assicurare la sutura con piastre metalliche, con fanoni di fili di ferro, con tubi di piombo, ecc.

Malgrado ciò gli insuccessi sono ancor molti e numerosi, ed io porto intimo convincimento che perchè il metodo americano sortì un esito felice si richiedano delle condizioni di tale vitalità di tessuti che sia poco comune il trovarla, più difficile ancora l'ottenerla.

Più facile nell'esecuzione, più felice nei risultati è il metodo che da pochi anni è sorto nella pensosa Germania e che è dovuto al serio ingegno di Gustavo Simon (1).

Mettere a nudo la fistola tirando in basso l'utero quando ciò sia necessario e possibile.

Cruentare i bordi fistolosi direttamente od appena obliquamente, a tutta spessorezza sia o non sia compresa la mucosa vescicale.

Praticare il massimo numero di punti di sutura possibili.

Rinforzare la sutura con doppio ordine di fili se i bordi avvicinati sono troppo tesi, ecco i principii che hanno guidato l'illustre ginocologista dell'Alemagna, e che per la fortuna de' suoi risultati minaccia di balzare dal trono il metodo rivale od americano, quasi a dimostrare come nella nostra scienza nulla resiste alle instancabili ricerche del dotto, e come subito dopo sortì un metodo

(1) *Ueber die operation der Blasenscheiden fisteln*, 1854 e 1862, von G. Simon.

un altro venga a collocarsi rivale a fianco del medesimo e non rade volte giunga a soverchiarlo, lasciando sempre a chi dee seguirci nel faticoso cammino dell'indagine un largo campo all'attività ed alla potenza del genio umano.

Non è necessario un grande dispendio di parole perchè la immensa superiorità del metodo tedesco sull'americano venga tosto compresa.

Nel metodo di Gustavo Simon noi non cruentiamo più i labbri della fistola per la loro semplice superficie vaginale, ma bensì in tutta la loro spessezza vescico-vaginale.

Non cruentiamo più secondo un piano quasi orizzontale o leggermente inclinato verso il foro vescicale, ad *entonnoir superficiel très-évasé*, ma bensì a cono molto profondo colla base ristretta dal lato della vagina, coll'apice rivolto verso la mucosa vescicale; di qui avviene che nel metodo di Simon non si richiedono più delle così larghe ed estese superficie di cruentazione le quali debbono di altrettanto accorciare la capacità della vescica, ed accrescerne la distrazione dei lembi riuniti, ma bastano dei lembi spessi i quali per essere anche quasi paralleli mettono l'operazione della fistola vescico-vaginale nelle condizioni generali di tutte le autoplastie in cui cioè si esigono per la pronta coadesione superficie cruenta spesse e più o meno esattamente parallele.

Quasi infine la spessezza delle superficie cruenta, il loro perfetto parallelismo non bastasse ad assicurarne l'unione, una doppia sutura l'una di ravvicinamento, l'altra

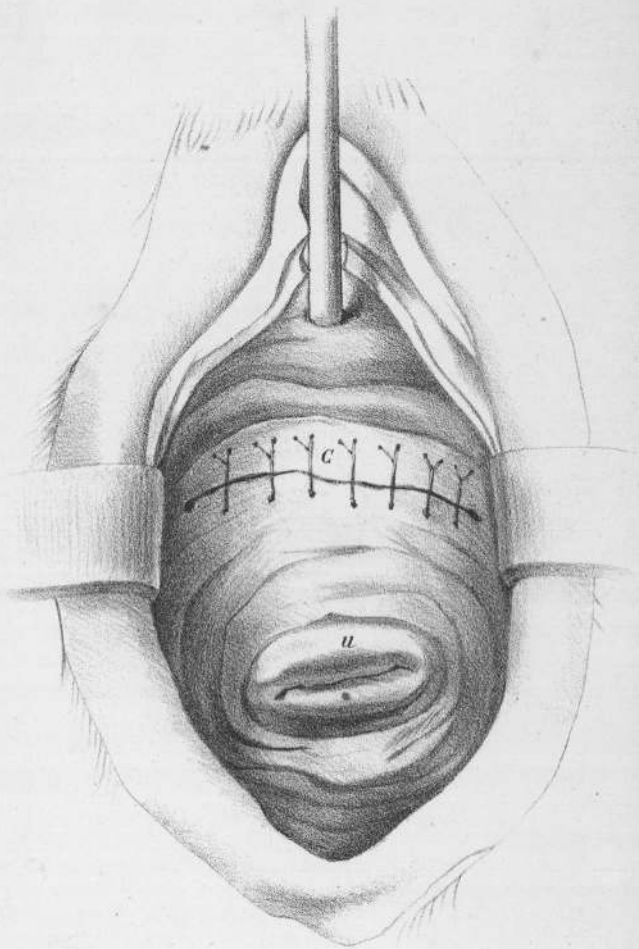
di coattazione viene ad assicurare l'ultima condizione essenziale per la perfetta coadesione, cioè il perfetto e durevole combaciamento dei lembi cruenti, nei casi i più ardui.

Ecco le ragioni per cui Simon già nei primordi dei suoi tentativi otteneva quattro successi su sei operazioni, successi che oggidì nella Germania e fuori son ridotti a pressochè nove su dieci.

Egli è questo metodo cui noi crediamo doversi ormai attenere chi intende di operare con sicurezza la fistola vescico-vaginale.

Io deploro sinceramente di non potere per ora pubblicare un numero maggiore di osservazioni. Ciò però non toglierà che la storia che io presento non sia una delle più eloquenti dimostrazioni della superiorità del metodo alemanno su tutti quegli che ora più sono in voga. Del resto io ho fede nell'avvenire della scienza e del mio paese, e non temo che, cresciuta un po' più la fiducia nei medici, e il coraggio nelle ammalate pelle grandi risorse dell'odierna chirurgia uterina, non abbia presto a consegnare al pubblico nuovi e non meno splendidi risultati di questa ardua bensì, difficilissima, ma pur sempre la più benefica fra le operazioni.

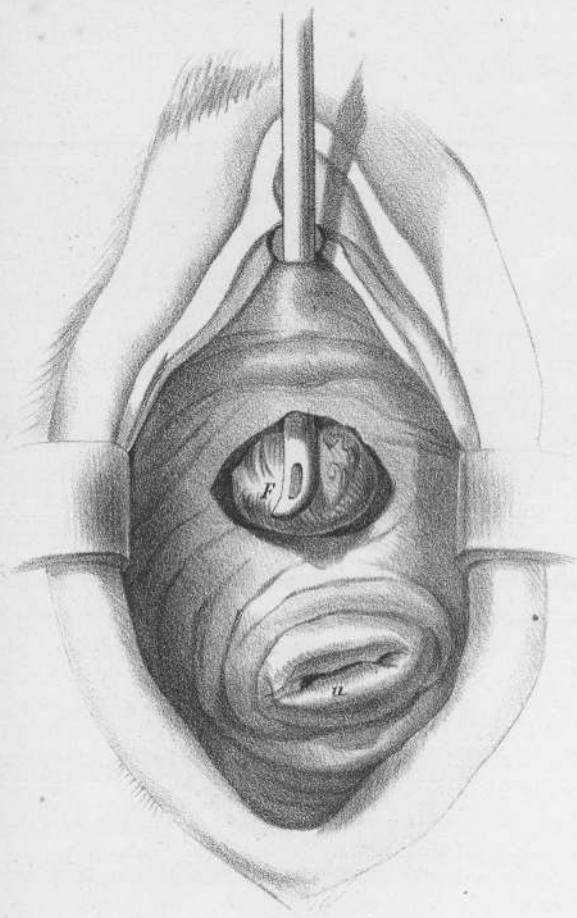




Lit. Gio.

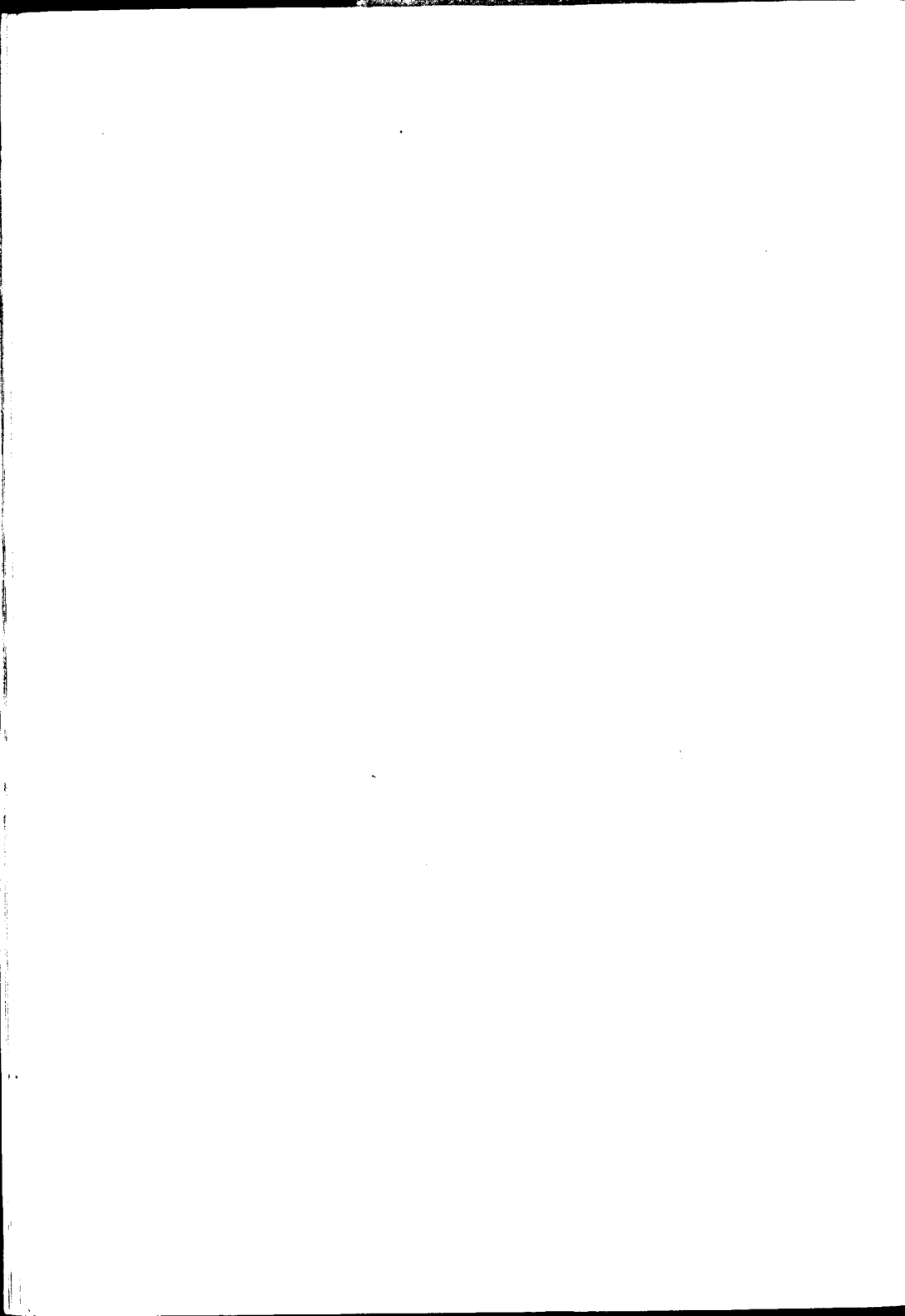
G. Cicatrice della fistola

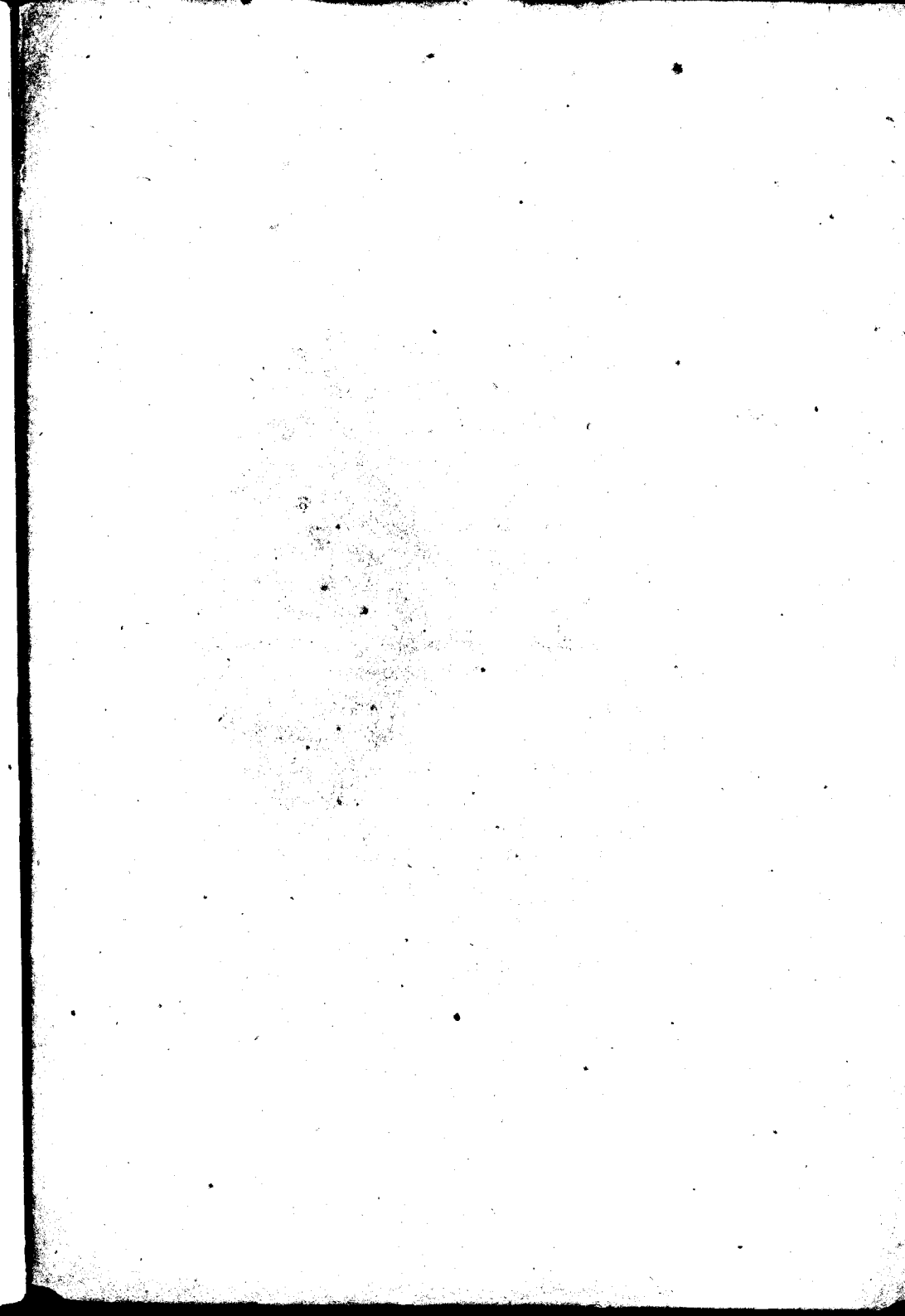
U. Utero



dana e Salustiana

F. Fistola vescico-vaginale
la mucosa vescicale sporge attraverso il foro fistoloso
U. Utero deviato a sinistra





ALTRI LAVORI

Sulle malattie della donna

pubblicati dallo stesso Autore.

Sovra i disordini della mestruazione in rapporto colla sterilità. — Torino 1865 coi tipi di Bottero Luigi.

Menorragia e tumore fibroso intra-uterino. — Torino 1867 cogli stessi tipi.

Menorragia e metrite, ecc. — Torino 1867 coi tipi G. Favale e Comp.