



*al Comm. Ferraro
Proc. S. - Panaggi. Distin.
C. Maggiori*

CONGRESSO NAZIONALE

DEI

MEDICI NATURALISTI TEDESCHI

TENUTO A SALISBURGO

NEL MESE DI SETTEMBRE 1881

RIVISTA SCIENTIFICA

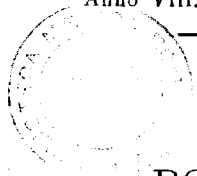
DEL

Prof. VINCENZO MAGGIOLI

con annotazioni del medesimo

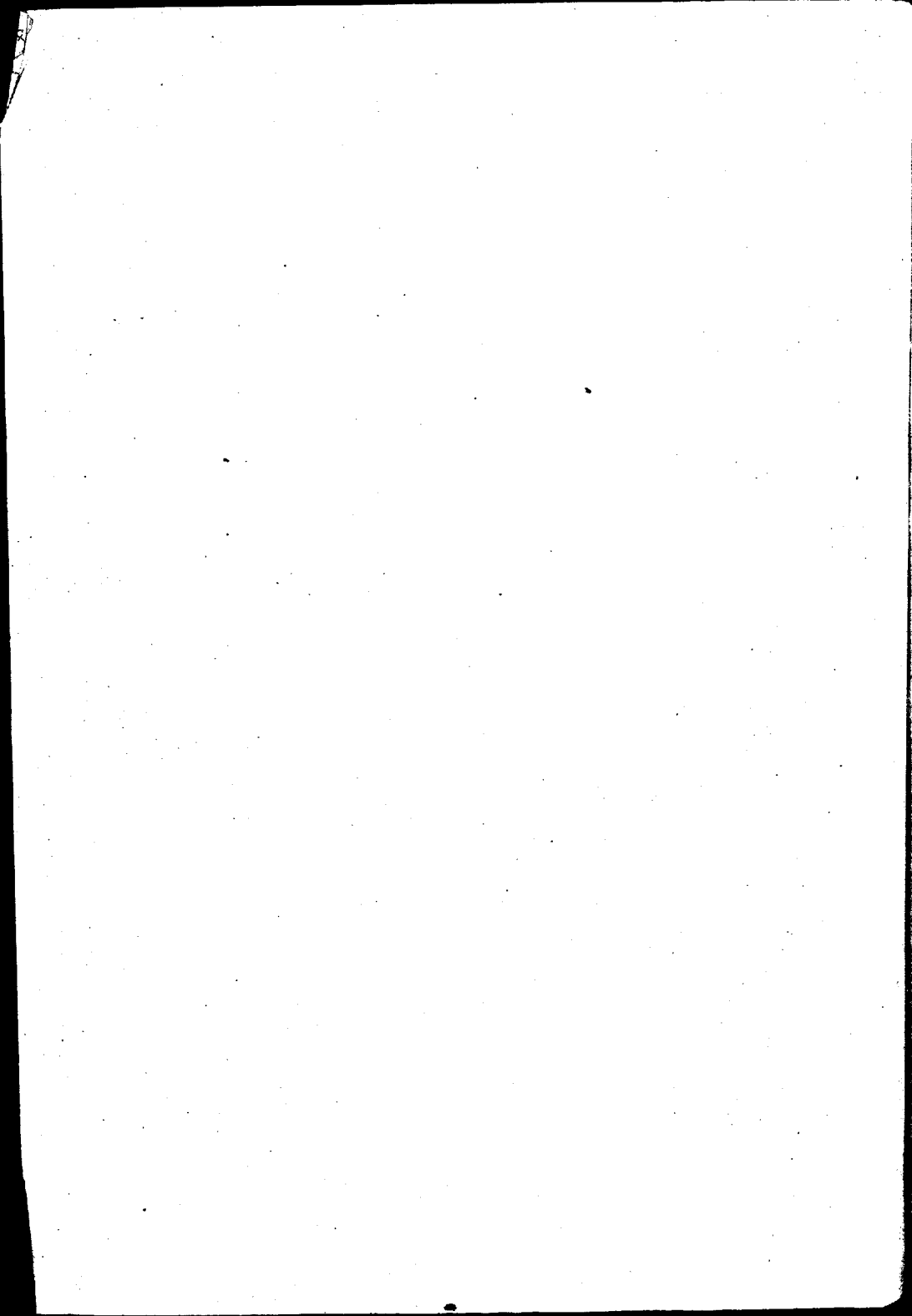


Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*
Anno VIII. N. 14 e seg.



ROMA

COI TIPI DI MARIO ARMANNI
Officina nell'Orfanotrofio Comunale
Piazza Termini N. 4
1882



CONGRESSO NAZIONALE
DEI
MEDICI NATURALISTI TEDESCHI
TENUTO A SALISBURGO
NEL MESE DI SETTEMBRE 1881

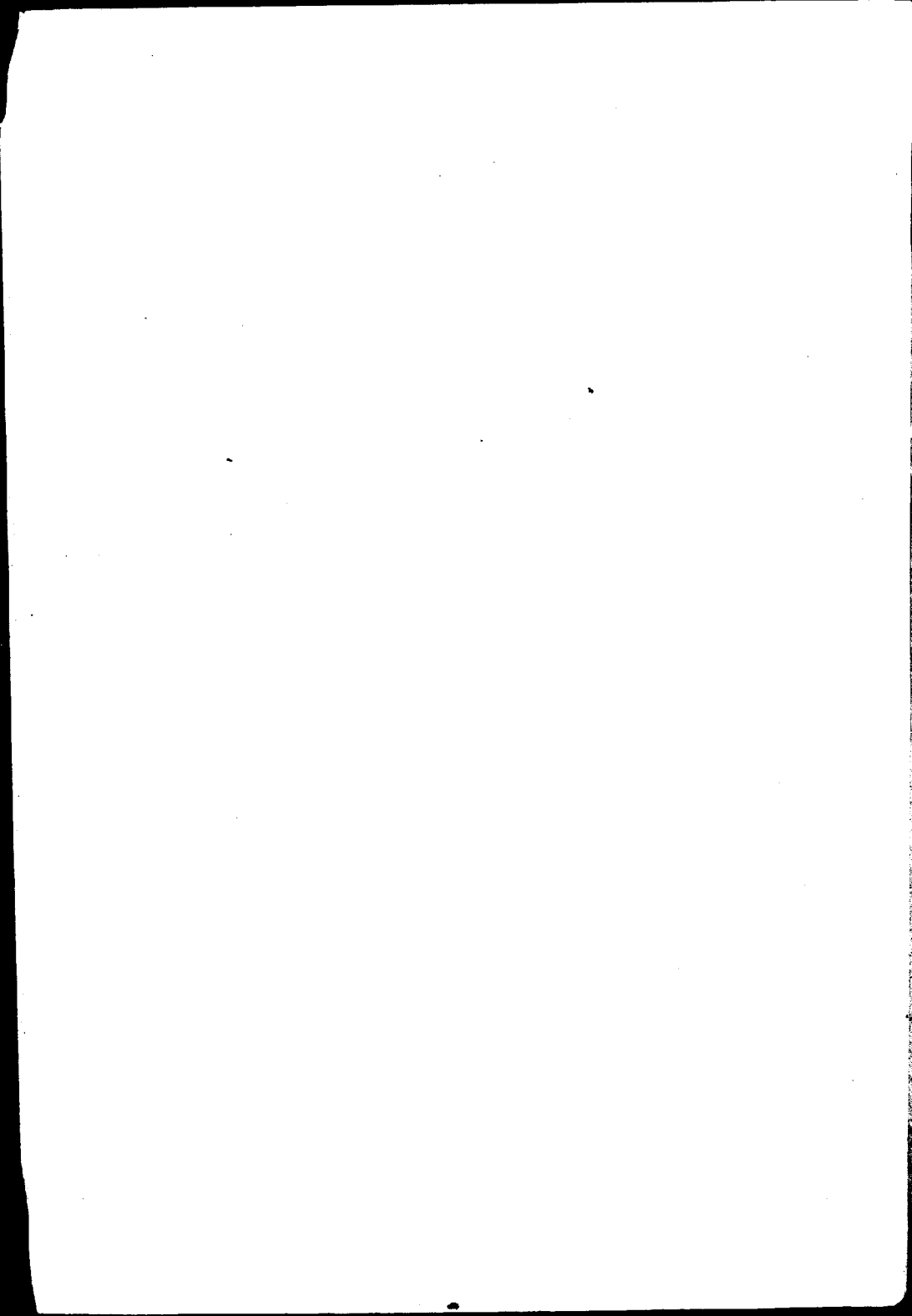
RIVISTA SCIENTIFICA
DEL
Prof. VINCENZO MAGGIOLI

con annotazioni del medesimo



Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*
Anno VIII. N. 14 e seg.

ROMA
COI TIPI DI MARIO ARMANI
Officina nell'Orfanotrofio Comunale
Piazza Termini N. 4
1882



On. Prof. Maggioli,

Sapendo ch'Ella ha assistito al Congresso dei Medici e Naturalisti tedeschi tenuto in Salisburgo nel mese di Settembre 1881 la prego volerne dare una relazione nel mio Giornale perchè è a mia cognizione che furon trattate questioni scientifiche di attualità e da uomini competentissimi. Sicuro che voglia aderire al mio desiderio, le anticipo mille ringraziamenti, e mi creda

Devotissimo Collega
DOTT. CERASI

STIMATISSIMO. SIG. DIRETTORE

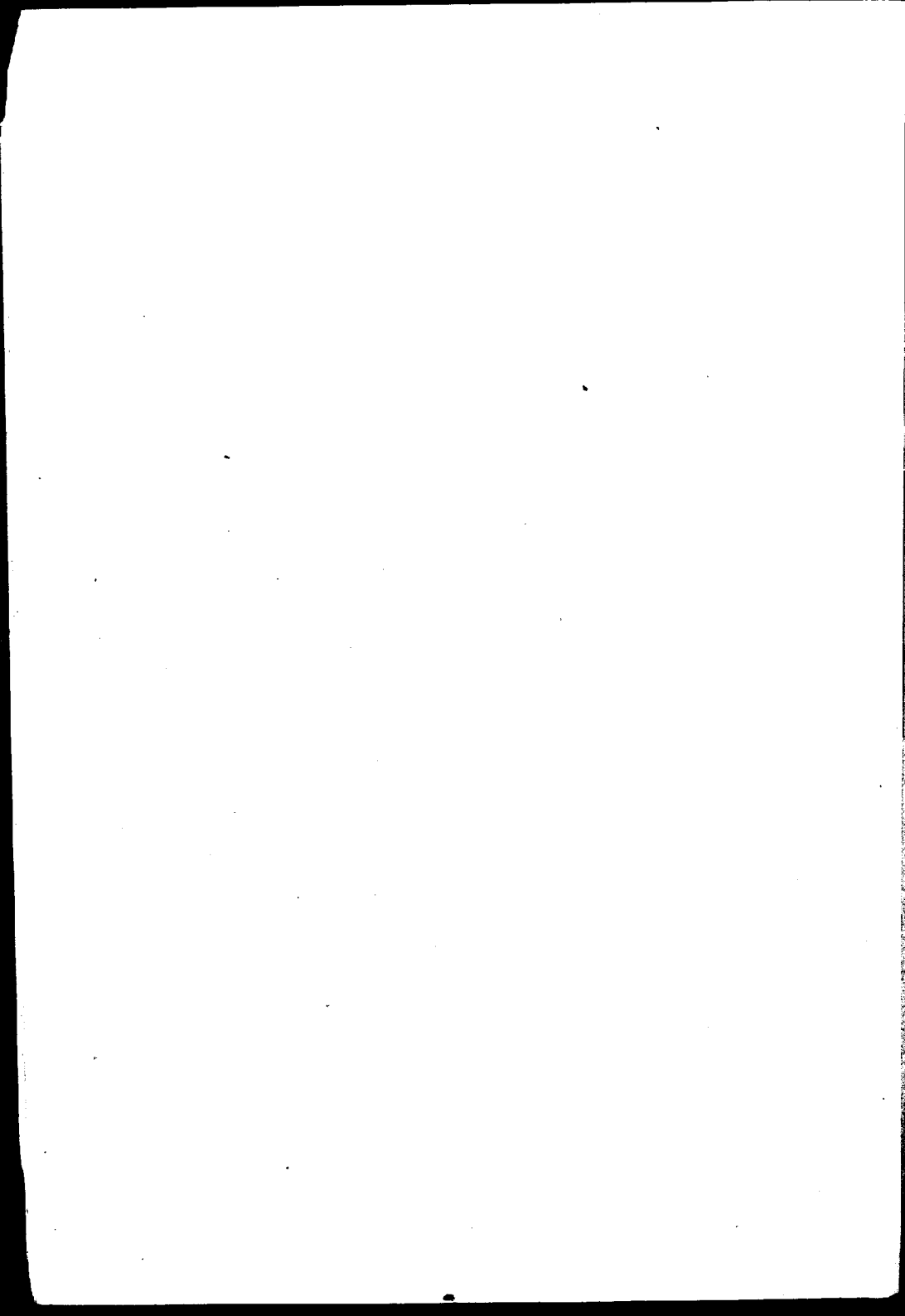
Roma li 31 Marzo 1882.

È vero che nel congresso nazionale, ultimo, dei medici e naturalisti tedeschi furono trattate questioni scientifiche importanti e di attualità da uomini competenti e convenuti in Salisburgo alla solita annuale e festevole riunione in famiglia.

Era io allora in Berlino ed avendone ricevuto gentile invito da qualche collega di colà volli trovarmi in quell'occasione fra loro. Assistei meglio che si poteva alle sedute generali del congresso e particolari delle sezioni e presi accurate note sopra soggetti ed argomenti che più destarono la mia curiosità ed interesse.

Queste note, rivedute ora e messe giù a forma di rivista, mando subito a Lei appagando così un nobile desiderio del suo animo, soddisfacendo al titolo onorifico che porto di collaboratore del suo giornale e credendo essere ancora in tempo, nel pubblicare le suddette, a render servigio e piacere ai dotti lettori del medesimo. Con stima.

Suo amico e Collega
V. MAGGIOLI



Alcune generalità credute degne di menzione.

— Il giorno 18 7mbre, domenica, fu la prima seduta generale del Congresso ed alle ore 10. 10 m. ant. il Dott. W. Guntner di Salisburgo, consigliere di governo e presidente del comitato d'azione (Geschäfts-Fuhrer) fece il discorso di apertura con parole opportune e nobili ricordando ai presenti ch'Essi trovansi convenuti nella città dove riposa un Teofrasto Paracelso.

Parlarono poi alla lor volta Sua Eccellenza il Governatore conte Thun Hohenstein ed il Sindaco della città Sigr. Rodolfo Biebl — Bisogna dire che le loro parole furono improntate a squisita gentilezza verso i convenuti ed amore infinito alla scienza libera e grande. Dopo una piccola pausa il Presidente invitò il Segretario Dott. Kuhn a dare lettura dello statuto. Questo statuto dell'associazione dei Naturalisti e Medici tedeschi consta di 21 articoli e merita secondo me di essere trascritto perchè molto semplice e pratico tanto che esiste, credo, immutato dal 1822 in poi.

Seguono gli articoli dello Statuto:

1° Un numero di Naturalisti e medici si riunirono il 18 7mbre 1822 in Lipsia in un'associazione, che porta il nome di associazione dei Naturalisti e Medici tedeschi.

2° Scopo principale dell'associazione è quello di porgere opportunità ai Naturalisti e Medici tedeschi d'imparare a conoscersi personalmente.

3° Membro dell'associazione sarà considerato qualunque scrittore sulle scienze naturali e mediche.

4° Quegli che abbia fatto semplicemente una dissertazione inaugurale non può essere ritenuto come Scrittore.

5° Non ha luogo alcuna speciale designazione per i membri nè viene rilasciato ad essi alcun diploma.

6° Vi possono entrare tutti coloro che lavorino scientificamente nelle discipline fisiche e mediche.

7° Hanno diritto al voto esclusivamente i membri presenti al congresso.

8° Tutto viene stabilito mediante votazione.

9° I congressi hanno luogo annualmente e sono pubblici; cominciano ogni volta il 18 7mbre e durano più giorni.

10° Il luogo del Congresso cambia, e la sede dove avrà luogo l'anno venturo viene prealabilmente designata dall'assemblea stessa.

11° Un presidente esecutivo ed un segretario che devono abitare nel luogo stesso dove si terrà il congresso futuro sono incaricati degli affari fino all'apertura del medesimo.

12° Il presidente esecutivo designa il luogo e l'ora delle riunioni ed ordina i lavori per cui chiunque abbia a trattare di qualche argomento deve indicarlo al suddetto.

13° Il Segretario attende al protocollo, ai rendiconti ed alle corrispondenze.

14° Ambedue gli ufficiali sottoscrivono a nome dell'associazione.

15° Essi necessariamente si riuniscono per quel tempo sufficiente a fare sì che le rispettive autorità abbiano cognizione del prossimo futuro congresso ed anche sia noto pubblicamente il luogo stabilito.

16° In ogni Congresso i due ufficiali saranno scelti

per il nuovo anno. Questi non accettando son tenuti rivolgersi ad altri: Essendo necessario, possono i medesimi scegliere un altro luogo per il congresso.

17° Se accade che uno degli ufficiali muoia, lasciassi facoltà al superstito di provvedere. Se ambedue si perdano entrano in funzione quelli dell'anno avanti.

18° L'associazione non impianta alcuna raccolta nè possiede, eccettuato i suoi archivi, alcuna proprietà. Quel quanto viene presentato viene egualmente riportato con se.

19° Le piccole spese che possano bisognare vengono coperte per contribuzione dei membri presenti.

20° Nei primi cinque Congressi non può essere fatto alcun mutamento al presente Statuto.

21° Non possono aver luogo giudizi complessivi sulle tesi scientifiche così nelle sedute generali come in quelle delle sezioni.

1ª Seduta generale del Congresso. — Terminata la lettura dello Statuto parlò il consigliere segreto Prof. Pettenkoffer e trattò il tema *« sul suolo e suoi rapporti colla salute degli uomini »* tema importantissimo in igiene e meritevole di un sunto. Eccolo in bocca stessa del Disserente:

« Certamente io non vengo a svolgere un tema nuovo; ma vi sono soggetti vecchi che presentano nuove attrattive ed ai quali appartiene un'eterna giovinezza e fra questi è principalmente il *terreno dove viviamo, muoriamo e siamo seppelliti!* Ritenevansi prima l'aria e l'acqua, ambedue essi elementi infettati che fossero, come nocivi e dannosi alla vita degli uomini. Si poneva, dunque, la sede del male nell'aria e nell'acqua senza aver riguardo al terreno: Così l'aria di un luogo rimarrebbe stazionaria nella posizione primitiva. Sostennesi ancora che l'aria stagnante sia grandemente malefica; ma più esatte ricerche hanno dimostrato che l'aria continuamente cambia di luogo; l'esalazioni provengono dal terreno. Anche l'acqua che noi beviamo cade per così dire dal cielo; appena che sia questa penetrata nel suolo cambiasi, le sostanze malefiche ven-

gono da quella più o meno ridotte e quindi deriva la diminuita od accresciuta perniciosità delle medesime. È per tal modo che al disotto Parigi l'acqua della Senna ritorna chiara e pura benchè le sue acque in Parigi siano grandemente infettate. Le sozzure si attaccano tenacissimamente al terreno; ma, se vengano dall'acqua considerevolmente assottigliate e ridotte, l'impurità ed infettibilità loro spariscono quasi.

« L'influenza del suolo sulla salute manifestasi con malattie epidemiche dominanti: malaria, cholera, tifo addominale, peste; Per il Cholera-tifo credetesi fino a questi ultimi tempi che fosse attaccato all'aria ed all'acqua, ora ricercasi la ragione della sua invasione epidemica nel terreno. Il cholera sarebbe trasportato da viaggiatori provenienti da regioni dove regna endemicamente; alcuni lo portano seco loro nel battello dove già possono presentarsene alcuni casi; ma la malattia non si comunica da uomo ad uomo e così questa principia non in maniera epidemica ma solo sporadica. Vi sono eziandio regioni dove il Cholera non domina; parlasi allora d'immunità del luogo. Così nel 1849 in Lione vi furono solo alcuni casi isolati di cholera benchè in quel tempo ivi avessero luogo tumulti, miseria e trasferimento di soldati attaccati dal morbo. Qui sorge naturale ed involontaria la dimanda: perchè Lione ne fu risparmiata? Non vi era allora il proletariato? Le acque erano buone? (fino al 1859, epoca dell'installazione del nuovo condotto, l'acqua potabile vi era cattiva): Si affermò che Lione fosse stata risparmiata dal Cholera a motivo della sua buona aria; ma niente parla in favore dell'aria se non per questo che le condizioni del terreno sono buone. In Versaglia non vi ebbe cholera sebbene che l'attivissimo commercio con Parigi, dove il cholera celebrava le sue orgie, non venisse interrotto per un momento. Anche Salisburgo, la graziosa e seducente Salisburgo dove ora ha luogo il congresso dei Naturalisti è stata fino ad ora esente dall'epidemie di Cholera; solamente nell'inverno dell'anno 1874 si presentò il Cholera in separate parti della

città. Questa possiede da dodici anni un condotto di acqua potabile che funziona ottimamente; però Salisburgo non deve ringraziare il condotto, se il cholera si mantenne ristretto, ma le piogge che vi sono frequenti ed i pendii e cascate che vi sono notevoli ed abbondanti. Certo è appena verosimile che queste condizioni di Salisburgo si mutino ma, ammesso ciò, niente più che il cholera avrebbersi qui a temere. Non è che da poco che si è cominciato ad avere riguardo al suolo come causa del cholera.

Che cosa sarà mai questo? Qual causa produce il cholera che attaccasi al suolo e dal suolo ha origine? — Sono piccolissimi organismi, milioni de' quali hanno il peso di un milligramma e penetrano nei pori del suolo; essi rimasero fino ad ora non visti ed ora sono visibili; funghi sono dessi che ad occhio nudo non giungesi a scuoprare e per questa loro spiritualità facilmente ingannano; dal suolo si elevano nell'aria. Le spore dei funghi non solamente stanno nei luoghi malati ma esistono pure nei luoghi sani, però non presentano dappertutto egualmente la istessa natura e le istesse qualità e possono diventare a così dire indifferenti; il loro medio è il terreno dove vegetano. Essi possono essere presi dagli uomini. È chiaro ora che non solo l'economia dei campi ma l'economia altresì dei corpi ha strette relazioni collo stato e qualità del terreno. A rendere libero dalla malaria il suolo di Roma per mezzo di drenaggi fu già l'intrapresa di vari tempi, molto prima che fosse preveduto dalla micologia. Altre malattie d'infezione hanno pure origine dai funghi; certamente vi contribuiscono i terreni di alluvione che sono formati dalla distruzione di ammassi di rocce. Vi sono, dunque, anche rocce dove per essere porose pullulano funghi nei loro spazi e questi funghi possono essere trasportati con se dall'aria e dall'acqua. — *L'aria del sotto-suolo (grundluft)* che entra nelle abitazioni porta con se i germi (eccitatori della malattia). Il terreno ha influenza nella nostra salute senza che noi ce ne accorgiamo. Case male aerate sono spesso la dimora di malattie e le persone che l'abitano hanno

molto a soffrire perciò. Nell'estate durante la notte, essendo che l'aria interna nelle case è più calda, queste agiscono come camini ed attraggono *l'aria del sotto-suolo* e con questa le materie malefiche. Ma non solo i tuguri dei poveri eziandio i palazzi dei ricchi lavorano in tal maniera per l'infezione dell'aria. Le antiche palafitte e le capanne di melma erano fatte secondo un principio igienico, benchè allora sconosciuto. Fabbricando in questo modo l'esalazioni del terreno venivano tenute lontano dalle abitazioni poichè queste n' erano formalmente tagliate fuori.

« In Danzica verificossi che in molte abitazioni antiche, dove per l'architettura loro speciale erano evitate l'evaporazioni del terreno, il cholera non venne, quando che inferiva invece nelle costruzioni nuove. Ora dunque più che mai ci è dato migliorare i nostri alloggi. L'architetto può rendere per questa parte grande servizio e gli abitanti di una casa non hanno bisogno di fuggire per cercar salvezza contro il cholera. A questo proposito è verissimo il proverbio inglese: « la mia casa è il mio castello » — Non solamente l'aria ma l'acqua altresì ha una grande importanza nell'economia del terreno; Nei pori del terreno trovasi aria ed acqua, l'acqua porta via l'aria ed allora non rimane che l'acqua la quale chiamasi *acqua del sotto-suolo* (grundwasser): Questa diminuisce ed ecco apparire il tifo; se al contrario cresce il tifo fa quiete; ciò è stato verificato in Monaco e Berlino (Ziemssen). L'altezza di livello dell'acqua al sotto-suolo è l'indice migliore se vi sarà il tifo: Il grado di umidità è dunque assai importante. A Berlino osservasi d'ordinario il tifo nel tardo estate ed autunno a Monaco nell'inverno: Però a Monaco vi è un estate asciutta e per questo havvi pure un'epidemia estiva. Così il cholera in Monaco ebbe principio con un terreno essiccato, dopo piogge considerevoli cessò per riapparire nuovamente colla nuova siccità. In Asburgo altresì osservossi l'istesso avvenimento.

• È stato dimostrato dal Tommasi di Roma che il bacillo della mal'aria può vivere solamente nell'aria; ne

consegue da ciò che è un organismo dell'aria; il germe infettivo non è capace di vivere che breve tempo nell'acqua. Fra le condizioni necessarie al propagamento del germe malarico in un terreno — che non fa d'uopo affatto sia a drittura paludoso — il Tommasi ammette 1° una temperatura di presso 20° C... 2° un moderato grado di permanente umidità 3° la influenza diretta dell'ossigeno dell'aria sulla materia. Basta secondo il medesimo che una di dette condizioni manchi perchè lo sviluppo delle spore e la moltiplicazione del fermento malarico facciano sosta.

« Naegeli dice: che i germi di contagio non possono mantenere la loro speciale attività nell'acqua che per breve tempo; tanto più questa è pura, e meno quelli vi trovano materia di nutrimento e di vita —

• Non è sempre o principalmente l'acqua il veicolo per cui i germi infettivi siano introdotti nell'organismo; nè l'acqua potabile, sia la più limpida vale a proteggerci assolutamente dalle malattie d'infezione. Un esempio, Basilea, la quale nell'anno antecedente fu sopraffatta da un epidemia di tifo, benchè la città sia provvista di acqua purissima che viene dai monti dello Jura per mezzo di un condotto: Gli uomini hanno bisogno di un'acqua pura non perchè ne siano protetti contro il cholera ed il tifo ma perchè l'acqua è un mezzo gradevole. Una buona gorgata di acqua fresca equivale igienicamente ad un bicchiere di buon vino. Perciò deve essere lieta Salisburgo che è fornita di un buon condotto di acqua. La micologia insegna che certe qualità di spore-funghi sono attivi ed altri nò; assottigliati che siano non portano male, ammassati ne producono molto.

« Vollesi sostenere che le sporcizie non siano per loro stesse di alcun pericolo alla salute e decisamente quando sian ammassate come avviene di trovarle spesso nella campagna. Ma in questo caso non sono le sporcizie, per loro, che tengono lontano le malattie ma è l'aria pura che ci preserva da quelle. Le materie putride nella campagna vengono assottigliate dall'aria buona, le sporcizie ammassate sono per

così dire diluite e così quelle località restano libere dalla malattia. Nella città invece vi sono fossi neri dove l'aria non può penetrare in così grandi masse, precisamente perchè quelli sono coperti e quasi chiusi ermeticamente. Perciò nelle città la formazione e propagazione di spore-funghi ne viene in tal guisa facilitata. La nettezza può ridurre le materie sozze ammassate e tenerne lontano i fermenti dalle nostre abitazioni. Un dato grado di umidità nel terreno è d'impedimento alla creazione di spore-funghi attivi mentre la siccità li favorisce.

D'altra parte i micologi hanno ancora constatato che i funghi nell'umido prosperano e formasi la muffa la quale nelle pareti asciutte non sviluppa che poco o affatto ».

Pettenkoffer cerca con buone ragioni dare spiegazione a questa apparente contraddittorietà di fatti e ritiene dannosa l'esistenza dei pozzi vicino alle abitazioni, essi formano un territorio d'inondazione creato là artificialmente e sono troppo spesso occasione a sommersione delle fondamenta della casa; rompe perciò una lancia in favore della canalizzazione della città ed anche fa vedere che in Amburgo prima e più tardi anche in Danzica la mortalità negli abitanti diminuì considerevolmente dopo un'eccellente canalizzazione. — Soggiunge poi: « Prima si era disposto apporre al genio epidemico la minore o maggiore mortalità: Sua Signoria, il genio sarebbe stato, dunque, verso Amburgo assai grazioso e con Danzica severo e vendicativo! Ora in grazia delle nuove cognizioni non possiamo più tener buono ad una simile maniera di vedere. La canalizzazione relativamente all'economia della salute dei corpi è di grande importanza poichè per essa le sostanze eccitatrici del morbo vengono assottigliate e conseguentemente rese innocue. Il terreno possiede una certa forza a purificarsi per se stesso e, purchè niente d'impuro vi sia più apportato, mantiensì netto. Si è cominciato di recente nella pratica igienica ad applicare la scienza e lo esperimento sul terreno. La scienza ci ammaestra di assoggettare porzioni di questo ad un'analisi accurata perchè suole troppo spesso avvenire che la preven-

eione ci faccia ritenere per buono ciò che in realtà non lo è, ovvero il contrario. La riprova scientifica ha un grandissimo valore nella pratica. Così per esempio al congresso degli igienisti in Vienna sarebbe stato dimostrato ultimamente dai Signori Hofmann e Siegel che l'acqua dentro le mura del cimitero è molto più pura di quella al di fuori nei contorni abitati; cosicchè potrebbesi ancora qui affermare che i viventi sono più perniciosi dei morti alla salute.

Tale fu presso a poco la somma delle cose importanti dette dallo Pettenkoffer ed affermate forse con troppa ardezza in ogni parte tanto che la critica può trovar campo a combatterne alcuni giudizi.

Seconda e terza seduta generale del Congresso —

Nella 2 seduta generale il consigliere di corte Dottor Weismann di Friburgo tenne una splendida conferenza *sulla durata della vita*.

L'argomento, come appare chiaro dal titolo, non tocca direttamente i medici tuttavia piacemi riferire alcune conclusioni che possono interessarli e sono le seguenti:

Nelle piante e negli animali la durata della vita è sotto la dipendenza di una moltitudine di condizioni esteriori; le forme più elevate o pollicellulari con divisione di lavoro e perfezione di meccanismo portano in se stesse il germe della morte mentre che in vece gli organismi più bassi, unicellulari sono *immortali* ed *eterni*. Pure negli organismi superiori è *immortale* ed *eterno* il *nucleo delle cellule di propagazione*, debole conforto questo all'individuo perchè sen va di lui tutto ciò che sente come se stesso. Bene a ragione esprimevi Giovanni Muller quando chiama ciò apparenza d'immortalità con cui un individuo continuasi nell'altro. Si è parlato di un'eterna durata della vita degli organismi *unicellulari* per una parte e per l'altra delle *cellule di propagazione*; Ma devesi con questo intendere di una *durata* quale apparisce *eterna* al nostro occhio umano, nè vuolsi in alcun modo pregiudicare la questione dell'origine tellurica o cosmica della vita terrestre. Dalla risoluzione de l'altra questione farebbesi, come è chiaro, dipendere se noi dob-

biam riguardare la capacità di propagazione di quelle cellule come realmente *eterna* ovvero solo enormemente lunga.

Resta, dunque, a decidere sulle proposizioni: la vita viene dalla vita, i corpi organici sono eterni come la materia! Gli esperimenti a poter decidere su tali proposizioni sono fino ad ora fuori luogo.

Tuttavia bisogna confessare che è sempre un logico postulato la ricerca della prima generazione. Riesce incocepibile al Disserente che il mondo organico come sostanza *eterna* sia posto accanto dell'inorganico egualmente come sostanza *eterna*; stante che l'organico continuamente e senza requie dissolvesi nell'inorganico. Se, dunque, solo le cose *eternne* ed indistruttibili non ebbero principio, quelle non eterne e *distruttibili* devono avere avuto un principio. Ora non è certo *eterno* ed *indistruttibile* il mondo organico in quell'istesso senso assoluto col quale possiamo affermarlo della materia. Spesso possiamo noi ad arbitrio uccidere qualche organica esistenza e trasformarla in massa inorganica. È niente affatto eguale se noi diamo fine ad un pezzo di creta ovvero ad un verme versandovi sopra acido solforico: in quella cambiasi soltanto la forma ma la sostanza resta nell'altro invece sparisce affatto l'essenza organica che dividesi in parti di sostanza inorganica senza dar luogo ad altro essere organico. Ma ciò che può dividersi e passare in materia inorganica deve pure necessariamente avere la sua origine e fine in essa. I corpi organici potrebbero essere ritenuti *eterni* solamente allora che fossero distruttibili nella loro forma e non nella loro essenza di organismi. Pertanto bisogna escludere negli organismi unicellulari ed alle cellule di propagazione dei metazoi e metafiti la proprietà di una durata *eterna* nello stretto senso del a parola ma invece può concedersi loro una durata *estremamente lunga* nella facoltà di propagarsi. Sebbene che in questa ardua questione possa crederci di aver toccato il giusto, sarà con ciò risoluto il problema della vita? Resti pure determinato che la prima generazione abbia avuto una volta luogo, entra subito in campo una nuova questione:

come fu ciò possibile ossia in qual modo la materia inorganica, che consideriamo *morta*, si uni per dar luogo alle meravigliose combinazioni del protoplasma vivente capace di prendere materiale dal di fuori e convertirlo in sua propria sostanza, capace di crescere e moltiplicarsi? Allora nella questione della vita e morte così come in tutti i domini dell'umane investigazioni noi urtiamo subito in problemi che per ora almeno restano insolubili. Però non il possesso pieno della verità ma la ricerca di questa è la parte che spetta a noi uomini, ne soddisfa e riempie la vita facendola felice.

Nella 3^a *seduta generale* fu il Dott. Teodoro Oppolzer di Vienna che trattò nella sua conferenza un tema astronomico dal titolo originale: « È la legge di gravitazione di Newton sufficiente a spiegare i movimenti dei corpi celesti? *Non vi ha motivo a designarla soltanto come un'espressione approssimativa?* »

Ultimo conferì il Dott. I. Kerscensteiner di Monaco e prese per argomento:

« *Ricordi intorno a Teofrasto Paracelso negli ultimi 340 giorni di sua vita* ».

Argomenti attinenti l'ostetricia e ginecologia che furono trattati e svolti nelle sezioni. — SEZIONE DI ANATOMIA. — *Sulle condizioni della circolazione nella placenta e suoi rapporti colle alterazioni anatomo-patologiche che riscontransi in quest'organo.*

Il Prof. Klebs facendo tale comunicazione si propose dimostrare falsa l'opinione accettata fino ad ora comunemente, cioè che negli spazi interposti ai villi placentari scorra il sangue della madre.

« Nei casi delle così dette *moli sanguigne e carnose* è cosa nota e frequente trovare gli spazi intra-villosi enormemente dilatati su masse di sangue aggrumato il quale perciò non può esservi entrato che sotto un'assai alta pressione. Ora questa pressione, se gli spazi suddetti fossero largamente uniti e comunicanti fra loro, avrebbe dovuto diffondersi egualmente per ogni dove, ciò che infatti non verificasi.

Nelle *idropisie* della *placenta* poi non vi ha affatto difficoltà a persuadersi dai preparati microscopici che tutti questi spazi sono riempiti di un fluido sieroso, coagulabile e contenente corpuscoli linfatici. Ancora l'esame della placenta normale espulsa per l'atto del parto lascia dubbi sulla teoria di Ernesto Weber poichè in quella il contenuto sanguigno degli spazi intravillosi è estremamente mutabile e nelle placente con poco sangue non è raro vedersi il grumo fatto perfettamente come per i liquidi sierolinfatici. Ciò dimostra che il sangue dovette nella placenta normale essere spinto in questi spazi per lacerazioni avvenute sulla superficie dell'utero piuttosto che supporre che una gran quantità ne sia sgorgata dai medesimi; infatti larghe aperture al sangue uscente mancano nella faccia della placenta materna.

Ma tutte queste condizioni messe innanzi già in parte dal Braxton Hicks non bastano a dichiarare completamente il soggetto; bisogna dimostrare anatomicamente così la connessione di questi spazi con i vasi linfatici come la separazione dei medesimi dai vasi sanguigni della sostanza dell'utero.

Il Prof. Klebs poté avere e sperimentare su circa dieci placente uterine nel corso di otto anni. Di queste parte furono (previa un'accurata legatura dei vasi ed annessi dell'utero) poste nell'alcool e preparate per l'esame microscopico, parte furono iniettate dapprima nei vasi sanguigni sotto una bassa pressione di 10 — 12 cm. Hg. e poi negli spazi intravillosi sotto una pressione più bassa ancora di soli 4 — 8 cm. Hg; la materia usata per iniezioni negli uni e negli altri era glutinosa e di colore diverso. Sotto queste condizioni non si verificò mai il passaggio della massa iniettata dai vasi sanguigni negli spazi intravillosi mentre che al contrario l'iniezione da questi ultimi diffondevasi nella sostanza uterina per vie, talvolta molto larghe, che correvano ora perpendicolari ed ora parallele agli strati muscolari. Gli spazi situati più superficialmente nella decidua appaiono circondati da forte strato di grosse cellule *deciduali* ed i canali linfatici della sostanza muscolare

sono invece rivestiti di una semplice serie di cellule piatte che hanno il carattere dell'endotelio. Simile struttura anatomica ed il facile passaggio della massa d'iniezione negli spazi intravillosi ed intertizi muscolari dimostrano che si ha qui a fare con vera formazione linfatica la quale a motivo del ricco accrescimento del tessuto deciduale dopo la fecondazione acquisterebbe enormi dimensioni e servirebbe da terreno d'impianto ai villi coriali. Il distacco della placenta ha luogo dentro questi spazi tanto che trovandosi essi nei resti, ancora in sito, della placenta non si può non avere affatto perdita di sangue dal distacco anche normale della stessa. La formazione di moli carnose e sanguigne spiegasi ora facilmente facendole derivare da emorragie negli spazi linfatici intravillosi e deciduali. La pura idrope della placenta è da mettersi affatto al parallelo coll'idrope-ascite, facendola similmente dipendere dal più forte riempimento delle cavità linfatiche per siero trasudato. Per quel che riguarda idrope placentare dobbiamo distinguerla in due specie: Nell'una sarebbe interessata solo la placenta e già da lungo tempo questa forma fu dimostrata dal Wittick come effetto di restringimenti ed ostacoli nella vena ombelicale; nell'altra all'idropisia della placenta aggiungesi quella altresì del feto. Un caso di quest'ultima specie fu osservato dal Dott. Epstein di Praga in vita e dopo morte dato per studio al Prof. Klebs. Devesi essenzialmente notare in questo caso che non esisteva alcuna malattia nella madre; adunque le cause di un idrope universale della placenta e feto non possono essere ricercati che in alterazioni dell'apparato circolatorio dell'ovo. Tanto nei vasi sanguigni che nelle grosse glandole addominali non furono trovate alterazioni manifeste; inoltre lo sviluppo del feto era completamente regolare, per cui si può soltanto ammettere che l'idrope fosse mantenuta da fini cambiamenti di struttura nei vasi ovvero difettosa funzionalità degli elementi cellulari. Il Klebs fece qui incidentalmente osservare che le degenerazioni grasse del tessuto e vasi cagionano spesso la morte intra-uterina del feto ma non si accompagnano mai ad idrope.

Laonde pare secondo l'autore assicurato che l'assorbimento del materiale necessario alla formazione e nutrizione del corpo del feto non ha luogo direttamente dal sangue della madre, ma piuttosto per via indiretta dagli spazi e tessuto linfatico. Questo fatto verificasi eziandio nell'interno degli organi del corpo adulto dappertutto là dove hanno luogo importanti processi cellulari per es: fegato, reni e cervello. Resta così spiegabile perchè un passaggio diretto del sangue arterioso nel corpo del feto guasti lo sviluppo morfologico del medesimo, come lo dimostrano i casi *d'inclusio foetalis meseraica* nei quali ha luogo una diretta comunicazione fra i vasi arteriali dell'uno ed altro individuo. Ne risulta altresì dichiarato come la quantità alta di acido carbonico contenuto del sangue fetale rappresenti una condizione niente affatto indifferente allo sviluppo normale del feto!

Infine il Dott. Klebs espone a dimostrazione de' suoi asserti i preparati microscopici dove in alcuni potevasi osservare gli spazi linfatici riempiti naturalmente del sangue placentare ed in altri gli stessi spazi e vasi sanguigni pella placenta iniettati con masse di colore diverso ». (1)

Sezione di ginecologia. — 1. *Seduta 19 settembre*
Il presidente Kuhn dopo calde parole di rimpianto e di elogio al prof. Spiegelberg defunto invita a parlare il Dott. A. Martin di Berlino « sopra gli *ematomi extra-peritoneali*. »

Questi riferisce su tre casi di *ematomi extra-peritoneali* non *puerperali* dove esegui la laparotomia perchè richiesta dallo stato generale delle pazienti:

(1) Conviene qui ricordare che l'Ercolani di Bologna già da qualche tempo descrisse una specie di tessuto glandolare di nuova formazione che trovasi fra i villi placentari e la caduca serotina e secrega un liquido speciale cui dette il nome di *latte uterino*: Questo verrebbe assorbito dalle villosità coriali precisamente come il latte materno dalle villosità intestinali.

Poichè il Patologo di Praga mantenne il silenzio sull'importante trovato dell'Ercolani valga questa nota per rendere ad ognuno il debito di merito che spetta.

1. caso — Età della donna 32 anni, ultimo parto due anni fa, la malattia cominciò nel settembre 1876 senza causa apprezzabile durante i mestruì. Alla metà circa di ottobre il Dott. M.... potè riconoscere indietro ed a sinistra dell'utero un tumore che colla sua sezione più grossa (circa un pugno) elevavasi nel grande bacino, con il resto discendeva spingendo in basso la volta vaginale sinistra e spostava l'utero in avanti ed a destra. Tutto il tumore avea il volume di una testa di bambino. Vi erano state perdite di sangue profuse e lunghe ed ora vi si aggiungevano fortissimi dolori e paralisia della gamba sinistra; laparotomia nel mese di dicembre: Fu liberato e vuotato il sacco sanguigno che stava situato nel legamento largo di sinistra e fu passato un tubo a drenaggio dall'angolo inferiore della ferita addominale alla vagina; nel quarto giorno sopravvenne peritonite ed in seguito morte sul fine della prima settimana.

2. caso. — Una donna di 52 anni ammalò nel novembre 1878 di emorragie dopo che le mestruazioni eran cessate da 9 anni. Anemia di alto grado, utero vuoto; contiguo all'utero in dietro ed a destra stava un tumore della grossezza di due pugni e più. — Laparotomia come indicazione vitale per il fatto dell'anemia. — Ematoma del legamento largo di destra; vuotamento della cavità sanguigna e coaptura della medesima coll'utero per mezzo di punti di sutura: Drenaggio di questa cavità per la via vagina; collasso e morte al terzo giorno senza alcuna reazione locale.

3. caso. — Una donna con 33 anni di età che aveva partorito da otto anni ammalò sul principio di dicembre 1880 con metrorragie e dolori in seguito ad un violento sforzo durante i mestruì. All'esame si potè riscontrare un grosso tumore nel piccolo bacino che spingeva l'utero in avanti a sinistra ed elevavasi nell'addome. Alla dilatazione ed un esame abbastanza forzato tennero dietro forte reazione febbrile e subito accrescimento del tumore. — Laparotomia stando la temperatura a 39°, 9; vuotamento del contenuto che presentavasi in parte corrotto. Chiusura del cavo san-

guigno dall'alto come nel caso antecedente e drenaggio a traverso la vagina. Guarigione in breve tempo.

Tutti tre i casi devono per la sede e sviluppo essere ritenuti quali ematomi estra-peritoneali. L'Autore pronunziò decisamente per un trattamento aspettativo in simili contingenze. Ma, quando è necessaria un'operazione crede preferibile non la punzione attraverso la vagina, come T. Kuhn consiglia ed ha eseguito, ma il processo adoperato dall'A.... nell'ultimo caso:

I dettagli sul medesimo saranno pubblicati in seguito altrove.

Il Dott. Kaltenbach di Friburgo oppone la rarità dell'indicazione d'un trattamento operativo in ematomi di tal specie. Ma, quando un'operazione sia richiesta dall'estensione e suppurazione dell'ematoma, deve decisaemente preferire alla laparotomia un'incisione sopra il legamento del Poupert, per la quale Hegar nelle esperienze sul cadavere poté con facilità penetrare fin dietro al foglietto posteriore del legamento largo, ovvero un'apertura dal cavo ischia-rettale per cui lo stesso Hegar, passandovi poi un tubo a drenaggio di vetro, ottenne ottimi risultati in casi di essudato parametrico.

Bandl di Vienna fece notare la rarità dei stravasi sanguigni estra-peritoneali fuori del tempo della gravidanza, parto e puerperio. Solamente alcuni casi di tal genere sono noti (Ott. Kuhn). Perciò inclina a credere che in tutti tre i casi del Martin abbiasi avuto a fare con tumori sanguigni intra-peritoneali, ematoceli.

Martin replica ed aggiunge che gli stravasi sanguigni al parenchima dei ligamenti larghi nei suoi tre casi non trovavansi così in alto da poter essere ben raggiunti, operando sopra il legamento del Poupert; d'altronde temette che non potesse pure lacerarsi il peritoneo. Fa osservare a Bandl che ne' casi presentati ebbe a farsi senza dubbio con ematomi estra-peritoneali; nell'ultimo caso fu potuto anche esaminare al microscopio la membrana che rivestiva in alto il tumore sanguigno.

Drenaggio della cavità peritoneale per il Dott. BARDENHEUER di Colonia. — Il relatore dice doversi riconoscere nel peritoneo una qualità eminentemente attiva e salutare quella di assorbire i fluidi che vi possono essere versati, a questa deve si se molte laparotomie decorsero favorevolmente anche senza drenaggio, se vari casi in cui nei primi giorni dichiararonsi segni manifesti di una sepsi presero di poi una buona piega e se infine dopo i segni più chiari di una peritonite settica con versamento in vita non trovasi dopo morte alcun secreto nella cavità peritoneale ma soltanto strati fibrinosi. Però quest'attività assorbente del peritoneo può venire diminuita e modificata da una quantità di circostanze inevitabili: non deve si quindi farne a fidanza bensì aiutarla e favorirla mediante il drenaggio nelle gravi operazioni addominali.

Qui l'egregio Professore espone ed analizza scientificamente le ragioni a sostegno del suo modo di procedere per venire alla dichiarazione che il drenaggio fu da lui eseguito nei casi dove si poté credere che il secreto nella cavità peritoneale sarebbe formato abundantemente e dove esisteva un gran pericolo che divenisse settico. Laonde fa il drenaggio nei casi seguenti:

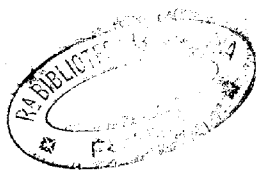
a) Se l'operazione fu di molto lunga durata, temendo la sovrabbondanza di secreto in seguito a forte irritazione peritoneale.

b) Nelle grandi estensioni di superficie lesa dentro il cavo peritoneale, essendovi allora con facilità eccesso di fluido sanguigno.

c) Nelle peritoniti preesistenti all'operazione.

d) Nell'asportazione di tumori carcinomatosi in vista del pericolo d'inficiamento del secreto peritoneale per trasporto diretto della materia infettiva durante l'operazione o trasudamento della medesima dai vasi nel cavo peritoneale.

Vuol quindi dimostrare infondato il timore che, l'operazione durando più lungo tempo, non si accresca il peri-



colo del collasso, perchè il tempo di 5 a 10 minuti che si mette a fare il drenaggio è poco o niente apprezzabile in confronto delle difficoltà e lunghezza dell'operazione medesima. L'altro timore della facilità più grande all'infezione settica per la libera comunicazione del cavo peritoneale col di fuori a traverso la vagina e per le medicazioni ripetute, che occorrono, verrebbe scongiurato dal modo di fasciatura che l'autore adopera. Accenna alle difficoltà che incontransi per il drenaggio del peritoneo al paragone di altre cavità lese o suppuranti e combatte il metodo del Sims non per la scelta del luogo (punto più basso della cavità peritoneale, spazio del Douglas) ma per il modo di fare il drenaggio. A questo proposito porta fondate ragioni anatomiche e fisiche contro il metodo del Sims ed in favore del suo processo speciale che ha pubblicato recentemente sotto il titolo « Drenaggio della cavità peritoneale Stuttgart 1881 » Rimanda i cortesi uditori a questa pubblicazione per i necessari e precisi schiarimenti.

AmMESSO che l'operazione non che la toletta e drenaggio peritoneale siano compiuti come pure sia già stretta ed annodata la fascia compressiva addominale l'operatore introduce l'indice della mano sinistra nella cavità aperta delle pelvi e comprime l'orlo sporgente, che può esistere fra la vagina ed il rimanente fondo dello spazio del Douglas, acciocchè il sangue e fluidi là sopra per caso raccolti abbiano libera uscita al di fuori; vi spinge sulla guida del dito un'iniezione leggera di soluzione fenicata (2::100), e ricuopre l'apertura vaginale e l'estremità esterna del tubo a drenaggio con gaza fenicata sovrapponendovi una compressa ripiegata acconciamente otto volte su se stessa e bagnata nel timole, poi ancora ovatta in abbondanza. Tutto questo viene fissato e stretto per una benda trasversa che attaccasi avanti ed indietro alla fascia circolare dell'addome (forma di una doppia T) allo scopo di ottenere una completa chiusura del canal vaginale all'aria esterna. Il Bardenheuer, non appena si manifesti il più leggero sintomo d'infezione, fa portare la paziente in un

letto appositamente preparato perchè teme meno i movimenti della malata che il ristagno del secreto sieroso. La fasciatura viene tolta sotto le nebulizzazioni dello Spray ed il tubo a drenaggio passato e ripassato con una penna intrisa nell'olio fenicato. Dal dito indice introdotto nello spazio del Douglas viene rinnovata quell'istessa manovra testè descritta, rendendo libero lo scolo al sangue o fluidi che vi possano essere adunati e passandovi dentro due a tre cucchiainate della soluzione carbolizzata. Subito dipoi vien riposta in sito la fasciatura a T che può essere cambiata due, tre e fin quattro volte, secondo il bisogno nei primi giorni. In ogni medicazione è precepto estrarre l'orina. Infine il tubo a drenaggio può essere tolto dopo il secondo ed anche terzo giorno. Il Professor di Colonia assicura di avere avuto col suo metodo ottimi risultati nelle grandi operazioni addominali ed è convinto che nei casi complicati e difficili non si possa fare a meno del drenaggio: l'avvenire dimostrerà se questo debbasi eziandio praticare nei casi semplici.

Entra da ultimo a parlare dell'estirpazioni d'utero che ha eseguito nei carcinomi del collo, fibro-miomi, prolasso completo del viscere, etc. con esiti i più vantaggiosi. Preferisce l'estirpazione in totalità dell'utero, quando sia richiesta, a quella parziale o sopravaginale cioè lasciando il moncone del collo e ne dà ragioni che persuadono. Il taglio cesareo, metodo Porro, potrebbe dunque venir modificato sostanzialmente ed in meglio, escidendo l'organo dagli attacchi vaginali ed asportandolo per intero. Rapporto a questa grandissima operazione ostetrica il Bardenheuer è di parere che non siasi autorizzato portar via utero ed ovaia per adempierne all'indicazione, ma debbasi invece cercar di migliorare la tecnica operativa del *taglio cesareo primitivo* e renderla, come le altre laparotomie in genere, scevra di frequente e quasi certo pericolo. Frattanto espone una tecnica che il suo primo assistente Dott. Frank ha messo in atto e che vale, secondo lui, a sciogliere il problema in senso favorevole. Eccola in parole le più poche possibili:

Fatto il taglio longitudinale delle pareti ventrali viene portato l'utero al di fuori e adagiato sopra l'addome; una larga e spessa compressa, bagnata in una calda soluzione timolica sarà situata dietro quest'organo e nell'interno della cavità contro la massa degl'intestini per proteggerli e contenerli. Subito allora la ferita esterna vien rinchiusa, cominciando dal suo angolo superiore fino al fondo dell'utero. Entrambi i legamenti rotondi vengono riuniti in tutta la loro estensione fino alla superficie dell'utero, mediante cuciture, col peritoneo della parete anteriore del ventre. —

Quindi eseguesi il taglio del tessuto uterino, cominciando più che si può vicino al collo, e, appena tolto feto e placenta, l'utero è riposto in sito e la ferita addominale serrata con altre suture fino all'angolo superiore del taglio uterino. Gli ultimi punti devono comprendere la superficie anteriore dell'utero cosicchè per una parte quest'organo resta fissato in avanti e per l'altra il campo di operazione vien chiuso e diviso all'altezza dei legamenti rotondi dalla rimanente cavità peritoneale. In questo campo o cavità extra-peritoneale, artificialmente fatta, due tubi a drenaggio appropriati l'uno che termina nel fondo dello spazio vescico uterino e l'altro che passa a traverso la sezione dell'utero in vagina provvederebbero sufficientemente al libero scolo al di fuori del secreto della ferita e dei lochi.

Il pericolo grave dell'operazione cesarea non proviene secondo Bardenheuer dalla ferita dell'utero, che guarisce d'ordinario bene, ma dal secreto che dalla medesima e soprattutto dall'interno dell'utero penetra e ristagna in cavità peritoneale, apportandovi l'infezione putrida. Infatti sarebbero decorsi favorevolmente solo quei casi dove l'utero aderì e si saldò in primo o secondo tempo nei margini della sua sezione colla parete anteriore del ventre. Impedire che qualsiasi secreto passi nella cavità del peritoneo col dare a quello una facile via e scolo all'esterno: ecco il punto cardinale di un buon trattamento di cura nell'operazione cesarea. Il Dott. Frank col suo processo avrebbe raggiunto questa meta.

Io non posso per parte mia pronunziare alcun giudizio sul processo in parola; perchè quello deve essere solo e definitivamente riservato ai fatti ed esperienze in avvenire. Tuttavia non può negarsi che le ragioni addotte dal Bardenheuer in favore della tecnica operatoria, Frank, nelle indicazioni di parto cesareo non siano buone e convincenti. Aggiungerò che avendo io recentemente visitato la clinica chirurgica in Colonia, conosciuto personalmente il Dott. Frank e vistolo operare in cavità del ventre impresi a stimarlo grandemente ed amarlo. (1)

Apresi la discussione sull'argomento.

Kaltenbach di Friburgo dice: I risultati che il Dott. Bardenheuer avrebbe ottenuto fondando il suo metodo di drenaggio sul principio: « procurare e facilitare in tutte le operazioni del peritoneo un libero e continuo scolo al secreto e liquidi traumatici soggetti a decomorsi » meritano altamente l'attenzione ed esame dei colleghi. Tuttavia sembragli che l'A. sia andato troppo oltre nelle conclusioni ed applicazioni del suo nuovo ed ingegnoso metodo. Infatti nel più gran numero di casi si può farne a meno, essendo che riescesi a fermare perfettamente il sangue e compiere una esatta toletta del peritoneo. Se anche minime quantità di fluido rimangano o si versino poi in cavità si può senza tema lasciarli e fidare nell'attiva virtù assorbente della sierora; i germi eccitatori della putrefazione che sono contenuti dovunque nell'aria ed entrano in qualsiasi operazione divengono solamente pericolosi quando trovino un ricco mate-

(1) Frattanto mi permetto qui pure una nota, cioè che il nostro Peruzzi nel congresso medico di Genova (sezione V, seduta 17 Settembre 1880) difese alacrementemente il drenaggio addomino-vaginale nelle grandi operazioni peritoneali e pose la questione: se debbasi sempre eseguire l'amputazione uterina dopo il taglio cesareo, e particolarizzando, se nei casi di bacino con dimensioni tali da render possibile in una gravidanza successiva l'uscita di un feto vitabile mediante o no altra operazione più semplice, l'Ostetrico sia autorizzato a praticare la mutilazione dell'utero o non piuttosto debba conservarlo?

riale di nutrimento alla loro vita. In qualunque sia metodo di drenaggio si hanno certi dati pericoli e svantaggi come: la possibilità d'introdurre consecutivamente materiale d'infezione nella cavità del ventre, di produrre compressioni e fino decubito dell'intestino, di lacerare i teneri attacchi ed adherenze salutarì nel rimuovere il drenaggio, infine di compromettere il trattamento di cura posteriore dove la più piccola mancanza può subito apportare alla paziente pericolo di vita. Vi è più danno assai in fare un drenaggio impropriamente che non farne affatto. Perciò l'impiego del drenaggio deve circoscriversi ai casi di stretta necessità, cioè a dire in brevi parole quando può ritenersi certo che si raccoglierà fluido in abbondanza nella cavità peritoneale ovvero che vi avverrà la decomposizione per l'introduzione di contagi direttamente infettivi.

Inoltre crede il drenaggio alla Bardenheuer dannoso perchè è causa di aperture e comunicazioni con il parametrio e di emorragie che ivi difficilmente si frenano e forniscono il peggior materiale di decomposizione oltre che apre in seguito la porta del lato il più pericoloso, la vagina, ai germi eccitatori della sepsi. Egli limita, dunque, il metodo di drenaggio in questione solo nell'estirpazioni totali di un utero carcinomatoso per la via dell'addome e lo esclude in tutte le altre operazioni peritoneali come: ovariectomie, isterectomie, castrazioni etc. In simili casi, occorrendo il drenaggio, raccomanda l'uso dei tubi di vetro, come furono originariamente proposti dal Köberlé, all'angolo inferiore della ferita addominale. L'introduzione di un tubo di mezzo calibro nello spazio del Douglas basta di rado allo scopo; la più parte delle volte si ha bisogno portarne un altro nella fossa vescico-uterina ed in alcune contingenze perfino nell'escavazione lombare. Riesce spesso utile aver tubi di vetro con calibro più grosso per servirsene. I grandi pregi di questo modo di drenaggio stanno nella semplicità e pulitezza del metodo non che nella possibilità di una perfetta chiusura antisettica del tubo dall'aria esterna, ciò che non può verificarsi giammai dalla via della vagina secondo l'avviso dell'opponente.

Infine fa osservare che, per quanta considerazione meritino i buoni risultati finali delle operazioni eseguite dal Bardenheuer, tuttavia il loro decorso non presentasi così favorevole e felice come nei casi trattati col drenaggio alla Koberlè. Mentre in questi ultimi l'assoluta assenza di febbre n'è la regola, in quelli non mancarono in seguito accidenti settici ed altre meccaniche alterazioni come compressioni dell'intestino ed altro. Molte operate divennero per la perdita di sangue estenuate e caddero come morte nel letto. Sorge qui naturale il pensiero che simili pazienti, se fossero state operate da tutt'altri, non così familiari alla tecnica operativa del drenaggio come l'eminente chirurgo di Colonia, avrebbero perduto la vita per poco che l'emorragia fosse maggiore o l'operazione si fosse ulteriormente prolungata.

Martin di Berlino crede, come il *Kaltenbach*, che non sia necessario fare il drenaggio nella più grande parte delle operazioni peritoneali purchè siasi mantenuta una stretta osservanza delle cautele antisettiche. Nelle estirpazioni di utero che egli esegue solo dalla via della vagina verificasi sulla volta pelvica una così forte irritazione che non è possibile fare a meno del drenaggio. Allora servesi di un grosso e spesso tubo elastico con altro trasversalmente posto a modo di croce e lascia stare i bordi della ferita aperta: così facendo non ha riscontrato nè piodidenza dell'intestino nè ritenzione del secreto. Tuttavolta il *Martin* ammette che il drenaggio addomino-vaginale possa trovare la sua indicazione in certi casi di grossi ematomi extra-peritoneali e gravidanze extra-uterine.

Bardenheuer difende energicamente il suo metodo contro le opposizioni, che sono state fatte, di difficoltà e lunga durata nella messa in sito della reticella di catgut per cui non richiedonsi più di 7 minuti; nega eziandio che vi sia pericolo poichè la sua maniera di drenaggio ha per iscopo di portar via il secreto sovrabbondante e soccorrere il peritoneo in quel di attività che facciagli difetto. L'obiezione del *Kaltenbach*, cioè che la cavità peritoneale rimanga in tal

modo aperta, non vale perchè avvien l'eguale nel drenaggio con tubi di vetro.

Kaltembach dichiara ed afferma nuovamente che con il drenaggio dalla ferita addominale è possibile ottenere un'occlusione completa, antisettica meglio che non dalla vagina e combatte principalmente l'estensione grande che si vuol dare a questo metodo.

Zweifel preferisce per efficacia il drenaggio, *Bardenheuer*, a quello proposto dal *Koberlè*, cionullameno riconosce le difficoltà che sono inerenti al primo metodo. Mette in guardia dal fare iniezioni a traverso il tubo a drenaggio dopo l'operazione o nei primi giorni che la seguono; il *Bardenheuer* stesso ha smesso dal farne se non al 4. o 5. giorno dell'operazione. Questi limitasi a penetrare col dito nello spazio del *Douglas* ad allontanare così il secreto raccoltovi ed a farvi scorrere per mezzo di un cucchiaino porzione di liquido antisettico.

Bardenheuer replica ancora una volta cercando dimostrare che il suo metodo non è così difficile come vuolsi dai più sostenere.

2. Seduta della sezione di ginecologia—*Sul trattamento del penducolo nelle miotomie* per *Schröder* di Berlino.

Questi dopo avere accennato a *Pean*, *Hegar* ed altri esimi operatori che portano il peduncolo fuori del peritoneo e lo fissano alla parete addominale (metodo estra-peritoneale) sostiene doversi nelle miotomie ancora dare la preferenza, come si è fatto già per le ovariectomie, al metodo intra-peritoneale. Adoperando questo secondo metodo non si ha d'ordinario bisogno di trattamenti o medicazioni posteriori e la mortalità nella statistica dei casi sarebbe piccola al confronto delle operate col primo metodo. Al contrario nel metodo estra-peritoneale il trattamento consecutivo richiede tempo assai lungo e cure le più attente; molto spesso sopraggiungono peritoniti e di solito conseguono ernie addominali. Nei primi tempi lo *Schröder*, dopo aver formato il penducolo, lo traversava con un forte ago armato di doppio filo e legava separatamente ai

due lati. Il moncone alla sua estremità veniva poi ricoperto e protetto con altri punti di cucitura sovrapposti ed il tutto abbandonato in cavità. Recentemente l'autore ha modificato sostanzialmente il processo operatorio e lo esegue nel modo seguente:

Pone e stringe fortemente intorno al peduncolo un cordone elastico, quindi tagliando al disopra asporta via il tumore. Sul momento sgorga una grande quantità di sangue dalla superficie tagliata ma subito dopo questa presentasi bianca e netta. Lo Schröder allora dalla sostanza del moncone escide a forma d'imbuto porzione sufficiente ma non tanta che possa allentarsi o sfuggire la legatura elastica; cuce dapprima la superficie così fatta di ferita eccettuata la sierosa, con punti di sutura profondi, staccati ed in serie l'un sopra l'altro (*etagenath o sutura a piani*); di poi con punti più piccoli e filo più fine riunisce al di sopra i due margini anteriore e posteriore della sierosa peritoneale. In tal modo la ferita del moncone è resa affatto extra-peritoneale e nel cavo addominale-pelvico non resta nè vedesi che la sutura lineare del peritoneo. La legatura provvisoria elastica vien tolta e là dove stillasse ancora sangue vi si rimedia con nuovi punti di cucitura. Il filo usato è di seta di vario spessore e forza; le legature cedono dopo dieci giorni e vengono col tempo assorbite; le malate dopo altri dieci giorni possono chiamarsi guarite. L'A. in un caso dove bisognarono 56 punti potè terminare l'operazione in ore 1 ed un 1/4, e conta ora già una statistica di 9 casi che per la bontà dei risultati trovano soltanto riscontro con quelli ottenuti fin qui dallo Hegar.

Kaltenbach conviene collo Schröder che il trattamento *intra-peritoneale del peduncolo* è preferibile nei casi in cui il fibro-mioma presenta nel suo punto d'impianto un peduncolo od una base pedunculabile. Negli altri casi ritiene tuttavia più sicuro il metodo *extra-peritoneale* colla cucitura, *ad orlo*, del moncone al peritoneo e causticazione della superficie di ferita con soluzione carica di cloruro di zinco

(processo Hegar) : La modificazione di *suture a piani sovrapposti* portata al metodo *intra-peritoneale* e raccomandata oggi dallo Schröder segna certamente un progresso notevole da questo lato ed ha reso all'autore buoni risultati.

Però il Kaltenbach dubita che la *sutura unitiva*, sia pur a *piani sovrapposti*, giunga sempre ad arrestare perfettamente il sangue in una quantità di fibro-miomi dell'utero che abbiano una larga base d'impianto e sviluppo eccessivo di vasi.

Sembra a lui che di questi ultimi debbasi fare una speciale distinzione riguardo al modo di trattarli.

Il Prof. Bandl di Vienna riporta un suo caso operato con un metodo (intra-peritoneale) che chiama di Billroth e dice che 5 altri sono stati operati in ugual modo da Billroth stesso. Questo metodo del Billroth consisterebbe nell'afferrare il tumore con una pinza forte e speciale le cui branche vengono strette e serrate in modo d'agire a guisa dell'ecraseur o del cordone elastico emostatico; nel solco formato dalla pressione della pinza verrebbero fatte le legature del peduncolo le quali così possono difficilmente sfuggire od allentarsi. La superficie del moncone viene toccata col ferro rovente e quello affondato in cavità senza farvi alcuna sutura peritoneale unitiva.

Bandl tuttavia ritiene migliore il metodo dello Schröder.

Il Prof. Schröder replica volendo precisare il senso della parola *miotomia* e dicendo che Egli intende comprendere sotto questo nome l'escissione eziandio di una parte od anche totalità del corpo uterino. Fa nuovamente rilevare che nel metodo *estra-peritoneale* l'ernie addominali avvengono frequentemente in specie quando la cicatrice sia larga e cedevole.

Zweifel ha osservato in un caso operato col metodo di Hegar un'enorme ernia addominale ed in un altro caso un ascesso dopo che il peduncolo era scorso e scivolato nella cavità del ventre. Il metodo *intra-peritoneale* ha il gran vantaggio che dopo pochi giorni si può veder chiaro nell'esito.

Zweifel servesi della pinza, Klammer, di Billroth solo per contenere il sangue, lega quindi il peduncolo e riunisce i margini del moncone con punti sovrapposti. (1)

(1) Recentemente il Prof. Maggioli eseguì una *laparotomia* per enorme *fibro-mioma sotto-peritoneale* il quale era impiantato sul margine posteriore del fondo uterino con una base o peduncolo il cui diametro misurava c.m. 3 1/2 circa.

Il tumore fatto a forma di rene occupava porzione del piccolo e totalità quasi del grande bacino ed elevavasi obliquamente dalla fossa iliaca destra alla sezione ombellicale ed ipocondriaca sinistra: il suo massimo diametro, trasverso, era di cm. 20 su cm. 12 del più piccolo, verticale. Fu trovato aderente per una lunghezza di 8 a 10 cm col margine meseraico dell'intestino tenue, digiuno, a sinistra in corrispondenza alla regione ombellicale. Stretto e tagliate le aderenze furono legati i molteplici vasellini che davan sangue con fili di seta i quali vennero subito recisi in vicinanza al nodo ed abbandonati.

Il tumore così liberato fu fatto lievemente rotar fuori dell'apertura addominale che con esatta previggenza era stata estesa dal margine superiore pubico a 3 dita trasverse al di sopra dell'ombilico a sinistra. Per il tempo di 1/4 d'ora o a un dipresso che occorre a legare i vasi sanguinanti delle aderenze e lavare ed asciugare la massa dell'intestino scoperto il tumore fu mantenuto affatto perpendicolare al punto d'impianto acciocchè il sangue contenutovi potesse per il peso di cavità rifluire in massima parte nei seni e vene uterine.

Allora isolato più che si potè bene il peduncolo e strettolo con un tubo elastico del diametro di 7-8 mm. venne con larghi e sicuri tagli del piccolo amputante esciso il mioma un cm. al di sopra della legatura. Pochissimo fu il sangue che sgorgò fuori dalla superficie di taglio del tumore e tanto meno da quella del moncone; quest'ultima si presentò asciutta, bianca ed espansa simile a fiore riunito di un bel garofano. Accortosi l'Operatore che nel peduncolo esistevano vasi venosi del volume di un dito lasciò ogni idea, che prima vagheggiava, di *trattamento intra-peritoneale* del moncone e si decise risolutamente per l'*estra-peritoneale*. Fu scelto e seguito il processo Hegar cioè:

3^a seduta della sezione ginecologica 20 7mbre.
— Presidente Prof. Schröder di Berlino. — Il Dott. Bandt di Vienna tratta intorno *l'operazione delle fistole vescico-vaginali*.

Il disserente comincia dal limitare l'argomento dicendo voler riferirsi solo a quei casi di fistole nelle quali:

a) il ravvicinamento e riunione dei margini appare affatto impossibile;

b) non offresi alcuna speranza di riuscita nell'operazione;

Stretto il peduncolo da un tubo elastico ben resistente ed esciso al disopra il tumore;

Fatto l'orlo o colletto peritoneale intorno al moncone e fissato questo al di fuori con spilli appositi;

Cauterizzati infine con le rispettive soluzioni titolate al cloruro di zinco 100|100 e 5|100 la superficie del moncone ed il colletto peritoneale.

Il tempo totale impiegato all'operazione fu di ore 3 ed 1|4 da cui va sottratto 1|2 ora per lo strappamento antecedente di un piccolo polipo cervicale ed emostasi relativa.

L'anestesia cloroformica fu completa durante il taglio delle pareti addominali fino all'ablazione del tumore ossia per un'ora o poco più: In seguito le grida e lamenti della paziente indicavano chiaramente la percettibilità in Essa al dolore degli atti operativi.

Questa renitenza ed intollerabilità ulteriore della paziente nella narcosi anestetica fu un'accidente spiacevole e dannoso.

La perdita di sangue durante tutta l'operazione fu minima, poche oncie soltanto, cosicchè il periodo della toletta peritoneale risultò assai breve. La massa intestinale dove furono fatte manovre e collocate legature e la cavità pelvica vennero ben lavate con acqua calda al borato di soda prima che tutto fosse assestato e chiuso. La ferita esterna fu ricuoperta con gaza all'eucaliptus, ovatta fenicata, makintosh ed in ultimo bendaggio addominale di fiarella a tre capi. Trasportata l'operata al suo letto prov-

c) questa presenta troppi pericoli a causa della vicinanza del peritoneo.

Per rimediare in qualche modo a questi casi i Chirurghi ricorsero per vario tempo alla chiusura del canal genitale in una parte sottostante all'apertura fistolosa; quindi l'*isteroclesi* di Jobert de Lamballe, l'*episio-stenosi* di Vidal ed infine la *colpoclesi* di J. Simon. Ma dalla chiusura del canal genitale e passaggio dei secreti dell'utero e vagina nella vescica urinaria possono derivare affezioni catarrali

veduto largamente all'intorno di bottiglie calde le furono iniettate nel retto intestino una miscela di malaga, brodo e laudano e sotto la pelle 10 gocce di etere solforico, dopo di che fu lasciata sola con una sua parente che l'assisteva raccomandando assolutamente quiete e riposo.

La prima medicazione della piaga esterna fu fatta 12 ore dopo l'operazione e le altre ripetute quotidianamente due ed anche tre volte nei primi giorni secondo i precetti di Kaltenbach ed Hegar. E' inutile stare a descrivere tutto l'andamento e sintomi quali ebbero luogo in questo caso. Però la tavola termometrica, qui sotto delineata, è d'importanza non lieve per rischiarare il processo patologico che insorse a disturbare il corso regolare delle cose e causò la morte della Paziente dopo 13 giorni dall'operazione. (*Vedi la Tavola termometrica in fine*).

L'autopsia fu eseguita 39 ore dopo la morte colla gentile cooperazione del Prof. Ettore Marchiafava e la relazione della medesima redatta dall'egregio Dott. Quirico dice in riassunto:

Rapporto all'utero « cavità del viscere arrossata e leggermente ingrandita, parete posteriore ipertrofica con nucleo di mioma interstiziale in via di rammollimento. Nelle vene subito al di sotto della legatura elastica e seni venosi più prossimi esistono resti di trombi rammolliti e disciolti. »

Rapporto al cervello « massa cerebrale di color verdastro ed in preda a sensibile putrefazione massime alla base. Nei ventricoli è contenuto abbondante quantità di liquido sieroso-sanguinolento; Cervelletto e parte inferiore dei lobi frontale e temporale molli e facilmente spappolabili. »

nella vescica ed il male progredire fino ai reni: Inoltre l'operazione della *colpoclesi* è fra le più dispiacevoli che possano incorrere ad una donna. Lo stesso Simon confessa di aver dovuto riaprire talvolta la vagina perchè la Paziente sentivasi infelice e non poteva tollerare simile impedimento.

T. Emmet di New-Jorek che ha avuto in cura un 400 donne circa affette da fistole vescico-vaginali parla della

All'esame microscopico fatto dal Prof. Marchiafava è risultato che vi fu *flogosi suppurativa della pia meninge ed aracnoide*

Nel peritoneo, cavità addominale e visceri contenuti il trovato fu negativo, soltanto nella miza la polpa splenica appariva più fluida e scura dell'ordinario.

Adunque dai sintomi presentati in vita e dai fatti trovati dopo morte sembra accertato che un'infezione a carattere settico sia avvenuta nel moncone sui grumi, in formazione, delle vene sottostanti alla legatura elastica.

Da questa infezione sarebbero derivati *disfacimento parziale dei grumi salutari, icoremia, embolia micotica nei fini capillari del cervello e meningite suppurativa*.

Il luogo e la via tenuta dal virus infettivo per arrivare ai grumi del moncone furono molto probabilmente la piaga circolare ed imbutiforme del colletto peritoneale che lo circonda.

Quivi quasi sempre avviene (Hegar Haltenbach) di veder giungere e raccogliersi nei primi giorni dall'operazione liquido sieroso-sanguinolento che proviene dai margini ed angolo superiore della ferita addominale. Ora nel caso attuale ebbe luogo la secrezione sierosa-sanguigna piuttosto abbondantemente, e, non ostante le medicazioni e lavande ripetute parecchie volte nella giornata con relative pennellazioni di soluzione al cloruro di zinco e cambiamento di ovatta, venne da questa secrezione rammollita l'escara superficiale del colletto che fece sentire per qualche tempo cattivo odore. Al settimo giorno poi la superficie marginale, già granulante dopo il distacco dell'escara, si essiccò e rivestì di un leggero intonaco biancastro. Fu subito pensato e ricorso allo jodoformio, sottilmente polverizzato,

colpoclesi come di un errore il più grosso che sia esistito in chirurgia (1).

Tuttavia, prosegue il Bandlt:

« Devesi a G. Simon il merito d'essere stato uno dei
« primi in Europa che contribuì a portare l'operazione delle
« fistole vescico-vaginali al grado di perfezionamento attuale.

in cui il Prof Maggioli riconosce un rimedio potente e specifico contro la sepsi. Infatti all'impiego dello jodoformio localmente segui come per incanto la riapparso delle granulazioni rosse e ravvivaronsi i processi salutari eliminativi e riparatori. Ma nella nostra malata i poteri di resistenza organica indeboliti già antecedentemente dalle metrorragie e più fortemente scossi dall'operazione non bastarono a reagire e superare l'infezione generale la quale malauguratamente scelse per localizzarsi uno degli organi e parti più importanti dell'economia organica.

A fine di combattere ed arrestare i progressi distruttivi dell'infezione settica fu somministrato internamente jodoformio sotto forma pillolare come raccomanda l'A..... in casi simili e non vennero nemmeno trascurate iniezioni ipodermiche di jodoformio sciolto nell'etere affinché il rimedio potesse meglio e più presto andare in circolo.

Però tutto fu inutile perchè il processo di meningite suppurativa già incoato alla base del cervello continuò il suo fatale decorso.

Frattanto l'autore studiando sul caso presente fa considerare prima di tutto che nel processo Hegar l'escara dura ottenuta con la soluzione di cloruro di zinco 5-10/100 nell'orlo *peritoneale intorno al moncone* non vale sempre a preservare questo ultimo dall'infezione settica.

Perciò il Prof. Maggioli propone di cauterizzare sì, ma per una sol volta subito dopo l'operazione colla soluzione di zinco l'orlo suddetto e quindi nelle medicazioni successive, invece di nuove pennellazioni e sovrapposizione di ovatta al cloruro di zinco, spargere nel fondo e contorno della piaga rispettiva polvere di jodoformio e ricuoprirla con ovatta antisettica.

(1) The principles and practice of Gynaekologie: 1879 pag. 670.

• Infine da suoi più recenti atti e scritti rilevasi chiaramente che Egli stesso, il caloroso autore e difensore « della *colpoclesi ed isteroclesi*, pensava già di modificare in « meglio il suo metodo poichè ne limitava le indicazioni dalle « otto originarie ad un più piccol numero ed annette qual- « che valore al metodo della *graduale riduzione e ravvi-* « *cinamento dei margini*. L'onore di quest'ultimo spetta « al Signor Nathan Bozeman di New-Jorck (1). »

Il D. Bandl avendo considerazione ai splendidi risultati ottenuti in pratica col *trattamento preparatorio* in una serie speciale di fistole vescico-vaginali più sopra definite dal Sig. Bozeman, Emmet, G. Braun se stesso ed altri e paragonando questi risultati a quelli del Simon e autori della colpoclesi non dubita di affermare che quasi sempre le fistole vescico-vaginali, siano pure le più ardue, possono essere guarite senza ricorrere alla chiusura del canal vaginale od uterino. Egli dopo aver ricordato una quantità di fistole di simil genere, tutte trattate e guarite col metodo della *graduale riduzione e avvicinamento dei margini alla maniera di Bozeman*, descrive in dettaglio uno di questi casi nel quale esistevano tutte le indicazioni per la *colpoclesi* e nel quale durante il trattamento stesso preparatorio pareva non potersi evitare almeno l'*isteroclesi*. Cionnullameno colla pazienza si potè pur qui ottenere la riunione dei margini della fistola, ridurre all'orina la sua via naturale e mantenere l'utero e la vagina, aperti. L'autore fece di questo caso modellare in cera vescica, utero e vagina, presso che alla loro grandezza naturale in cui possono ben vedersi le condizioni anatomico-patologiche del difetto. Essendo la fistola vescico-vaginale ed uterina, avvenne dopo l'operazione finale unitiva che l'urina tuttavia continuasse a colare in vagina per un'a-

(1) « Die Bozemansche methode der Basenscheiden-fistel-operation ». Medical Wochenschrift N. 49-52 1875.

pertura o solco rimasto perviò nell'angolo superiore e precisamente alla estremità di un'antica cicatrice del collo uterino.

Il Bandl poté rimediarsi in secondo tempo con una specie di operazione così detta di *Emmet*. Anzi da questa esperienza prende occasione a raccomandare che in casi simili là dove un margine della fistola raggiunga l'estremità superiore di un'antica lacerazione del collo uterino si faccia precedere l'operazione di *Emmet* a quella della fistola. Finalmente comunica un altro caso importante sotto questo riguardo che fu già operato da altri senza risultato notevole e che trovasi tuttora sotto la cura preparatoria, ne presenta in preparato di cera le condizioni anatomicopatologiche quali erano allora che la paziente si presentò al suo esame.

Non essendovi discussione nell'argomento è data la parola al D. Pawlick di Vienna che tratta sul *sondamento dell'uterere della vescica muliebre fatto a mano libera senza preparazione alcuna antecedente.* »

Il dott. Pawlick fa notare l'importanza che può avere il sondamento degli ureteri nelle estirpazioni di utero sia per la via del ventre che della vagina. In tal modo vengono scansati facilmente il pericolo di comprenderli nelle legature o ferirli, come pure avendo sotto le dita il decorso dei medesimi non si avrà timore di escidere in casi di carcinoma ai lati dell'utero quel tessuto che giudicasi malato.

Ricorda i nomi di *Tuchmann*, il primo che in Londra tentò e riuscì a ritrovare e chiudere in se stesso ed altri per mezzo di una sonda-specillo l'orifizio di uno od altro uretere collo scopo di avere ed esaminare isolatamente l'urina che fluiva dall'uretere pervio, poi *Simon* il quale dopo una dilatazione preventiva graduale dell'uretra femminile penetrò sulla guida del dito colla sonda negli ureteri, infine *Emmet* che produce artificialmente in alto una fistola vescico-vaginale nel senso della lunghezza della vagina, ne ripiega i margini e mette così allo scoperto le boccucce degli ureteri per introdurvi la sonda.

Il referente studiò sulla ricerca di un metodo per il quale si potesse giungere a sondare facilmente gli ureteri di donna senza alcun atto od operazione preventiva e crede di averlo trovato. Il metodo poggiasi nella scoperta che il trigono vescicale più o meno bene designasi sempre nelle pliche della parete vaginale anteriore. Il dott. Pawlick mette la donna sul letto ginecologico nella posizione affatto prona, solleva il perineo con una valve dello speculum, Simon, e regola l'allargamento e distensione del canal vaginale secondo il bisogno facendo sollevare od abbassare il tronco. Dalla piccola protuberanza centrale, che marca d'ordinario l'estremità interna dell'uretra partono a destra e sinistra ad angolo ottuso divergendo l'un l'altro due ordini di solchi che talvolta formano una manifesta prominenza. Questi un poco più in alto contro la porzione vaginale del collo vengono incrociati da altri solchi che decorrono trasversalmente. Il triangolo che ne risulta corrisponde al trigono vescicale, nella direzione di questi solchi sono situate le aperture degli ureteri. Entrasi colla sonda nell'uretra e dirigesì il suo becco ritorto contro la parete posteriore della vescica in modo da poterne seguire i movimenti nell'interno; allora si fa inoltrare il becco lungo le menzionate designazioni dei solchi. Dopo qualche manovra riescesi d'ordinario ad entrare nei piccoli orifizi degli ureteri: ma ad ottenere ciò più agevolmente serve l'esercizio ripetuto. Acquistasi la certezza di essere negli ureteri, allorchè i movimenti d'innalzamento, abbassamento e laterali della sonda sono impediti e ristretti, ovvero meglio quando dopo qualche tempo vedesi l'urina uscir fuori ad intervalli dal canale della sonda. Si può averne anche più sicura riprova iniettando latte od altro liquido colorato in vescica ed osservando tuttavia che dalla sonda continua a venire urina pura. L'introduzione del catetere procede bene fino al limite dell'entrata pelvica; qui l'uretere ricurvarsi per passare nella pelvi grande ed uno è costretto sollevare il manico della sonda verso il perineo onde poter seguire la direzione cambiata. Il Dott. Pawlick contentasi nei suoi esperimenti di

far penetrare la sonda fino al punto dove l'uretere incurvasi poichè l'istrumento, essendo retto, potrebbe distendere e lacerare anche senza ragione l'uretere. Tolto via l'istrumento introduceasi in vescica un catetere più largo e si fa sollevare la donna a fine di cacciar l'aria che può esservi entrata e raccolta stando nella posizione prona. Dice aver cateterizzato ripetute volte col suo metodo quindici donne; non nasconde di aver fatto in alcune molti tentativi e trovato difficoltà notevoli prima di entrarvi. Però, essendo infine riuscito su tutte, credesi in diritto a sperare che gli ureteri di ogni donna possano venir sondati adoperando il suo processo. Fa un'eccezione pei casi di prollasso vaginale ed uterino dove gl'ispessimenti e sporgenze anormali delle pareti vescico vaginali nascondono e mentiscono le linee di ritrovo, designate. Raccomanda esercizio, diligenza e costanza unite a destrezza per riuscire nell'intento. Esamina e definisce altre indicazioni in cui il sondamento degli ureteri può essere o no di probabile utilità pratica; infine riporta un caso di donna affetta d'albuminuria e tormentata da violenti dolori colici accessionali che cedettero come per incanto dopo che un zaffo tenace di muco attaccatosi nella apertura della sonda fu portato via con questa.

Apresi la discussione.

Zweifel di Erlangen osserva che nei tentativi d'introdurre la sonda negli ureteri può questa rimanere attaccata ad una ripiegatura della mucosa vescicale. La vescica lasciassi facilmente distendere ed uno crede di essere entrato negli ureteri, mentre non trovasi che in vescica. Zweifel ritiene che la sonda proposta sia troppo breve da poter giungere fino al livello dell'entrata pelvica.

Il Dott. Pawlick risponde negando recisamente quest'ultima asserzione ed in fine della seduta lo dimostra col fatto in due donne portate seco da Vienna. Egli riesce in breve tempo e con sicurezza a sondare in ambedue gli ureteri alla presenza dei convenuti.

Ultimo il Dott. Kuhn di Salisburgo riferisce sopra un caso di tetano puerperale. Si fa prima a descrivere nei più

chiari e interessanti dettagli tanto la storia anamnestica prossima in vita come il trovato anatomico dopo morte del caso in parola. Il Dott. Kuhn facendone in fine l'epicrisi fa notare come la levatrice, che assistè la paziente nel parto e puerperio, ebbe a fare in quei giorni con una donna morta di febbre puerperale al nono giorno dopo il parto, e come nella sua malata si manifestasse in prima un endometrite purulenta quindi una salpingite dell'istessa natura a sinistra dalla quale derivò in fine la peritonite generale e la morte. La peritonite generale settica in questo caso fu senza dubbio prodotta per il pus che dall'estremità addominale della tuba era colato nel cavo peritoneale a causa dell'eccessiva pressione a cui dovettero sottostare i visceri dell'addome nei parossismi tetanici dei muscoli.

Tanto i sintomi ed il decorso del processo in vita come il reperto anatomo-patologico degli organi pelvici concordano per questo giudizio. I fenomeni e disturbi nerveo-muscolari che per la loro forma ed imponenza fecero dare al caso il nome di tetano puerperale pare che fossero causati da assorbimento piemico e flogosi conseguente in diversi punti della midolla spinale (1).

(1) Il Dott. Maggioli mentre riconosce l'importanza e singolarità del caso riferito dal Dott. Kuhn non può approvare la denominazione datagli di *tetano puerperale*. Difatti le contrazioni toniche de' vari muscoli del corpo sembra che fossero da considerarsi come un sintomo o successione morbosa in stretta e manifesta dipendenza col processo puerperale d'infezione settica che incominciato nell'endometrio estendevasi alla tromba sinistra e peritoneo. I fenomeni di alterata funzionalità nerveo-muscolare presentarono in questo caso di pio-setticemia puerperale una forma senza dubbio non comune dirò anzi tipica, la tetanica, ma nulla più che una forma. Nella nosologia generale alla denominazione "tetano" si attribuisce un significato differente e più caratteristico pella patogenesi, natura e sintomi che non riscontrasi nel caso attuale. Non

Con la comunicazione del Dott. Kuhn essendo esauriti gli argomenti all'ordine del giorno gli Ostetrici e Ginecologi tedeschi convenuti a Salisburgo posero termine il giorno 20 settembre alle sedute e profittarono a loro talento e piacere di qualche altro giorno che era stabilito per il lavoro. Invece in altre sezioni, fra cui quella di *pediatria*, le sedute continuarono fino al venerdì 23 settembre ed in quest'ultima furono trattati e discussi, i seguenti temi:

» Sul nutrimento artificiale migliore per i bambini lattanti.

» Sulla difterite — dimostrazione microscopica su preperati di difterite.

» Sulla scarlattina.

» Sull'impiego metodico delle respirazioni di ossigeno puro in certe malattie dell'infanzia.

» Sulla dilatazione dello stomaco nei fanciulli.

» Sull'epidemie di morbillo.

» Sull'impiego dell'idroterapia nell'infanzia.

» Sul trattamento e cura della chorea magna.

» Sul trattamento della blenorrea dei neonati.

» Sulle malattie delle ossa nel 1. e 2. anno di età.

Ognuno vede quanto materiale e fatica portassero al congresso di Salisburgo i cultori della scienza pediatrica! L'A. rende loro i più alti elogi e limitasi a riportare qualche cosa per *summa capita* sull'interessante questione « nutrimento artificiale dei bambini lattanti » come quella che fu ampiamente trattata e che ha vicinissimi rapporti colla scienza ostetrica — Il Dott. Goltmann di Breslavia tenne

cerchiamo per amor del vero di complicare ed aggiungere al quadro già abbastanza pieno e confuso delle affezioni puerperali altre figure che non siano necessarie e principali.

Il Dott. Maggioli avrebbe piuttosto lasciato a questo caso il nome di *febbre o pio-setticemia puerperale* con fenomeni spiccati di tetano.

la presidenza in questa discussione ed in proposito espresse i seguenti concetti:

« Due anni fa nel congresso dei naturalisti in Casse »
» fu scelto un comitato composto dei Signori Steffen, Bohn, »
» Biedert, Ehrenreich, Thomas ed altri e presidente ne fu »
» designato lo stesso Goltmann; compito del comitato dovea »
» essere lo studio della questione: se il latte umano po- »
» tesse venir rimpiazzato dal latte animale e questo alla sua »
» volta fosse surrogabile da altri preparati?

« Noi medici dobbiamo spingere fin dove è possibile »
» le nostre cure a che la madre per il bene suo proprio »
» e nell'interesse del fanciullo dia latte Essa stessa; ma, »
» se le sorgenti naturali mancano, non possiamo che farle »
» sostituire con latte di animali non falsificato. I prodotti »
» artificiali che si adoperano al nutrimento dei neonati e »
» da qualche tempo inondano il mercato, fra cui le farine »
» lattee di Nestle e di Liebig, vogliono essere bandite. Il »
» latte Svizzero condensato a causa del zucchero contenu- »
» tovi in quantità produce facili alterazioni nella digestione. »
» Il modo di comportarsi della caseina nel latte di animali »
» differisce da quello di donna. Biedert si adopereò perchè »
» la caseina del latte animale fosse affatto eliminata e vi »
» si ponesse in cambio fosfato di calce. »

Il Goltmann finì incoraggiando caldamente i presenti ad ulteriori proposte e ricerche ed aprendo la discussione.

Questa fu lunga e svariata; ed eccone in qualche maniera un estratto.

Fu generalmente convenuto che il latte fresco di asina e poi quello di vacca siano i migliori succedanei del latte di donna; perciò le così dette vaccherie o stabilimenti di latte nelle città o prossime vicinanze sono ottime istituzioni che bisogna cercar di mantenere, accrescere e migliorare nel fine di aver latte sano fresco, abbondante ed al miglior mercato possibile. Fino ad ora non si badò che poco e male al modo e qualità di nutrimento il più confacente ai bambini nella loro tenera età. Le affezioni dello stomaco e tratto intestinale, che dipendono quasi sempre da cattivo nutri-

mento, sono le cause più comuni di mortalità in essi. L'uso di pappe od altre simili minestre nei bambini lattanti è un'assurdità, e la regola deve essere: astensione dai farinacei. I Direttori di vaccherie etc. devono lavorare cogli igienisti e medici perchè il modo di tenuta e foraggiamento alle vacche divenga sempre migliore e perfetto. Il così detto, latte conservato, merita attenzione e studio relativamente all'uso e vantaggi che si può averne nel nutrimento dei bambini. Due processi, l'uno di refrigerazione e l'altro di cottura possono essere adoperati a mantenere il latte; Quello di cottura ha naturalmente la preferenza poichè è a ritenersi che la caseina, così facendo diventi meglio digeribile. Il Dott. Goltmann loda e propone a questo scopo l'apparecchio di Ber che costa 18 marchi e dà latte conservabile per 3 e 4 giorni; il Redner ne indica un altro semplicissimo al prezzo di 18 pfennige.

Un latte fatto lungamente bollire, purchè venga conservato in vasi ermeticamente chiusi, si mantiene per molto tempo senza guastarsi — Ai bambini che si allevano artificialmente conviene mescolare acqua e latte nella proporzione del 5: 1, durante i primi giorni di vita; in seguito la proporzione dell'acqua vien diminuita sempre più. Il latte Svizzero condensato conteneva nei primi tempi il 41% di zucchero, più tardi il 33% ed ora solamente il 18%; il contenuto zuccherino, se richiedasi, può venir ridotto ancora. Anzi in Cossonay (Losanna) recentemente si fa con un nuovo processo di cottura latte condensato senza l'aggiunta di zucchero; vien unito al latte il benzoato di magnesio nella proporzione di 1; 1000: il contenuto grassoso in questo latte è dell'1: 4%; l'odore che tramanda è eccellente. Nella latta che copre il vasetto sta scritto: « Lait concentré Suisse sans sucre, société des Usines de Vevey et Montreux. »

Gli esperimenti e prove in avvenire dimostreranno se questo latte corrisponda bene allo scopo; il Dott. Redner ne resta incaricato e promette riferirne quanto prima pubblicamente.

Roma li 28 7mbre 1882.

Stimatissimo Dottore

Ho finito, e parmi che sia tempo, sul congresso di Salisburgo. Cercai adempiere con amore e sincerità a quanto promisi nella mia prima a lei ed ai dotti lettori del suo giornale.

Se colla mia relazione abbia potuto in questi ultimi accrescere in parte il corredo, già ricco, di cognizioni e se mi sia riuscito meritare l'approvazione; è già abbastanza per me un compenso adeguato alle fatiche sostenute.

Del resto riguardo a lei, Dottore, mi lasci dire che vado superbo della sua stima ed amicizia.

Dott. V. MAGGIOLI

Chiarissimo Sig. Direttore
della *Gazzetta Medica di Roma*.



Tavola termometrica della paziente operata di laparotomia e mintomia

