



DI UNA

OVARIOTOMIA

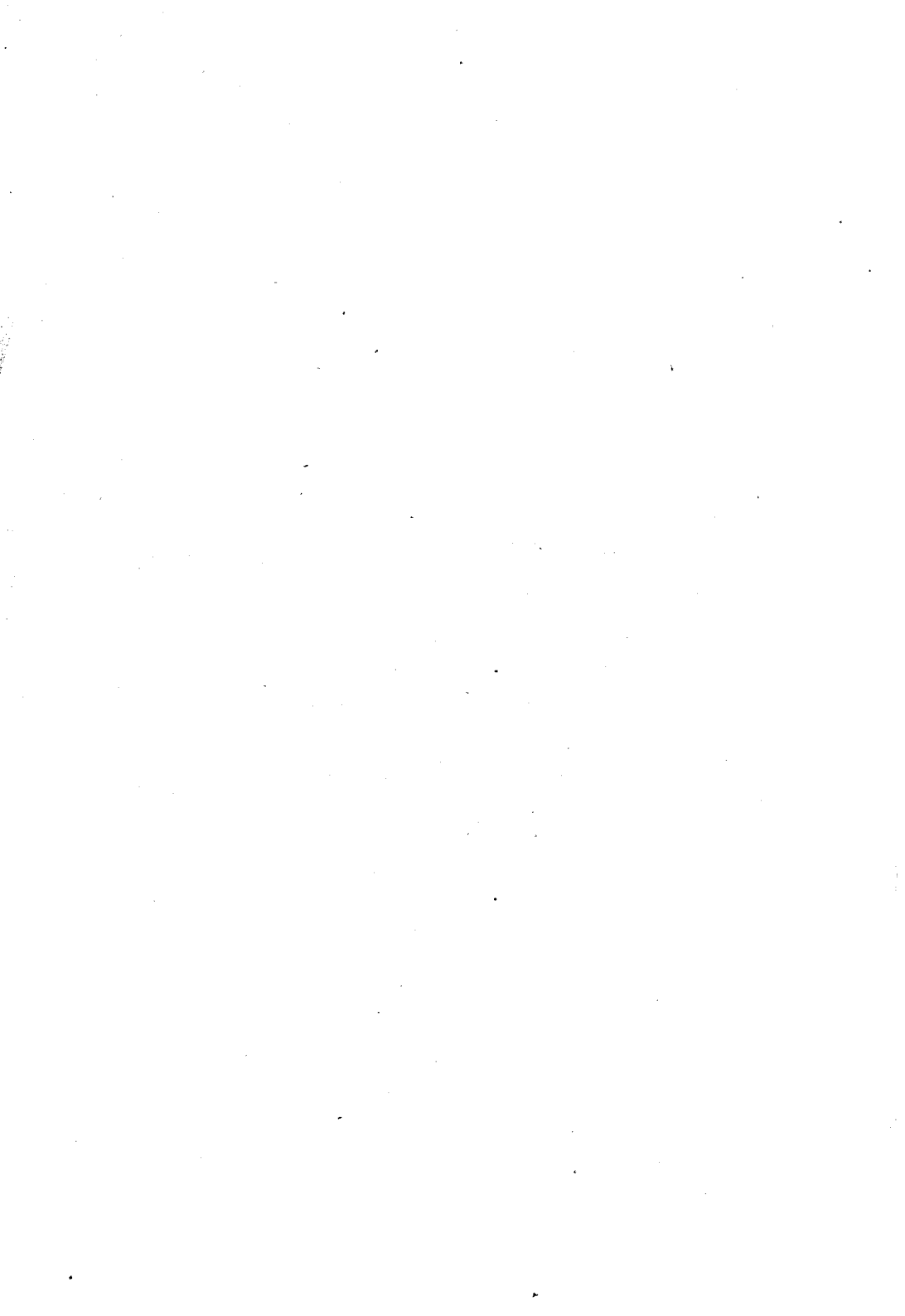
PRATICATA NELLO SPEDALE DI PISA

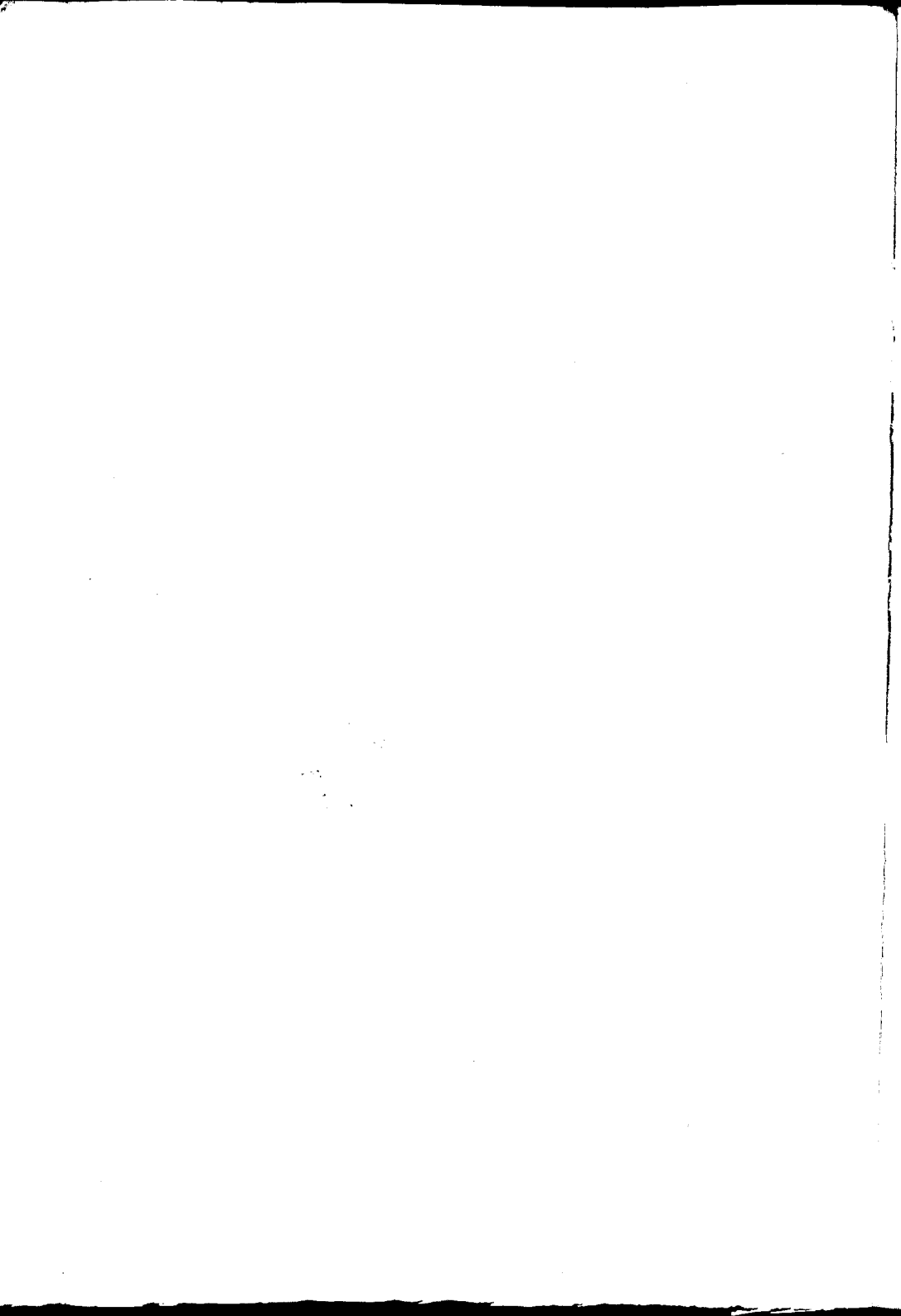
IL 26 SETTEMBRE 1868

DAL

PROF. PASQUALE LANDI







DI UNA

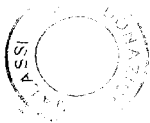
OVARIOTOMIA

PRATICATA NELLO SPEDALE DI PISA

IL 26 SETTEMBRE 1868

DAL

PROF. PASQUALE LANDI



PISA

TIPOGRAFIA NISTRI

1869

Pubblico finalmente la storia della Ovariectomia che praticai in questo Spedale di Pisa il 26 Settembre 1868 alla presenza di molti rispettabili Colleghi, fra i quali per gratitudine debbo principalmente ricordare i Professori Fedeli, Marcecci, Minati, Duranti, Neri e Feliciani di Roma; i Dottori Feroei, Parrini, Peverada, Regnoli e Garzella, e lo studente Federico Lampredi che mi assistarono. Da quell'epoca più di sovente che in passato ebbi la opportunità di osservare altri casi di ciste ovarica ora semplice ora com-

posta, e dei quali alcuni non operabili ed altri invece operabili e non operati, perchè la ovariectomia in Italia non è ancora entrata nella coscienza della generalità dei Medici e dei Chirurghi, e molto meno in quella del pubblico. Tuttavia nei mesi estivi di questo anno ebbi la speranza di eseguire nuovamente questa grave operazione in Maria Paolini della Marina di Marciana (Isola dell'Elba), di anni 30, reduce da pochi mesi da Venezuela ove aveva passato 10 anni, ed ove per due volte le era stata fatta la puntura della ciste e la iniezione iodata senza apprezzabile profitto nè danno la prima volta, e la seconda volta anche con pericolo grave e quasi immediato. La sperimentata inefficacia di questo metodo curativo avvalorava le indicazioni per la ovariectomia, che d'altro lato non aveva speciali controindicazioni; ed io l'avrei difatto eseguita nei primi giorni del decorso Settembre, se la malata mentre attendeva nel proprio paese l'epoca fissata per quella operazione, non fosse morta per dissenteria, tristo retag-

gio di America resosi per breve tempo meno insidioso in Italia, e di cui la malata stessa non avevami fatto parola. El fu a dir vero buona ventura che sebbene inconsapevole di così grave complicità, ritardassi contro il volere della malata la operazione; altrimenti l'esito di questa presunto favorevole per le condizioni locali ed anche generali di quella sarebbe mancato, e forse senza giusta ragione se ne sarebbe più presto imputata la morte alla estirpazione del tumore ovarico che alla dissenteria. Fallitami pertanto la speranza di aggiungere altra ovariectomia alla ristretta serie di quelle praticate fino a quel tempo in Italia, questa mia storia fa la sua pubblica comparsa sola e tardiva. Nondimeno, oso affermarlo, essa non è priva di utili ammaestramenti, nè come suole dirsi comunemente, è un frutto fuor di stagione; che anzi la guarigione conseguita ormai da 13 mesi, le aggiunge un qualche pregio.

La mia operata di ovariectomia è Carolina Bellini del suburbio di Pisa, di anni 44. Fu ammessa in questo Spedale il 16 Luglio 1868 per voluminoso tumore intra-addominale, e poche ore dopo dalla Sala di Deposito passò nella mia Clinica. Figlia di una epilettica e sorella di una che morì per cancro all'utero, fu mestruta per la prima volta sul finire del suo sedicesimo anno, ma fino al venticinquesimo in cui si maritò, quella funzione fu penosa, scarsa ed irregolare. Dal 1851 all'Aprile del 1868 ebbe 9 gravidanze, e tranne le ultime due che non si protrassero al di là del quinto mese e che si succedettero alla distanza di soli sei mesi, le altre tutte compierono il loro corso normale sebbene, dalla terza inclusive, assai disturbate da gravi dolori all'addome manifestatisi verso la metà del 1858 e poco prima appunto della terza gravidanza. Questi dolori la cui insorgenza fu quasi improvvisa e che dalla regione sopra-pubica si irradiavano verso la fossa iliaca destra, non solamente complicarono le successive gravidanze, ma continuarono altresì negli intervalli delle medesime aggravandosi tanto nei periodi mestruali da eccitare nausea e determinare vomiti. Niuna intumescenza frattanto riscontravasi allora nella predetta regione, e fu soltanto circa alla metà del 1860, e poco dopo il quarto parto, che la malata stessa vi notò un tumoretto grosso quanto un uovo di gallina, non molto duro e facilmente spostabile anche per cambiata posizione del tronco. Lo sviluppo di questo tumore fu lento ma progressivo, ed ai rammentati dolori addominali non tardarono troppo ad aggiungersi altri fenomeni morbosi specialmente di lesa funzionalità di alcuni organi addominali. È questa in breve la parte più utile a conoscere della anamnesi.

La Bellini ha statura piuttosto alta, forme regolari, pannicolo adiposo scarseggiante, sistema venoso sottocutaneo molto sviluppato, cute olivastro tendente un poco al giallognolo, occhi e capelli castagni, fisionomia sofferente. L'addome ha tumido presso a poco come a gravidanza a termine per un tumore pressoché sferoidale, sorgente dalla escavazione pel-

vica ma non molto approfondato nella medesima, e diretto obliquamente da sinistra a destra. L'asse maggiore di questo tumore corrisponde ad una linea che dall'ultima costa spuria destra andasse alla spina iliaca anteriore-superiore sinistra, e della quale i punti estremi segnano una distanza di 38 centimetri. L'asse minore si trova nella direzione di una linea che dall'ultima costa spuria sinistra va alla spina iliaca inferiore destra e misura una distanza di 32 centimetri. Fra l'una e l'altra spina iliaca anteriore-superiore la distanza è di 36 centimetri; di 33 quella compresa fra il pube ed il limite superiore del tumore, seguendo la linea mediana, e di 10 centimetri l'altra compresa fra il limite qui sopra indicato e l'appendice ensiforme. La circonferenza dell'addome in corrispondenza della cicatrice ombellicale misura 87 centimetri. La parete anteriore addominale è alquanto tesa; depressa e slargata è la cicatrice ombellicale, e le vene sottocutanee fatte più grosse e quasi varicose, formano una rete tanto più cospicua quanto più ci si avvicina all'inguine destro.

Il tumore è di mediocre consistenza; ha superficie alquanto irregolare per grandi lobulazioni, delle quali la maggiore si trova quasi esclusivamente a destra della linea alba; è mobile e spostabile con facilità da destra a sinistra, e quantunque la malata abbia sofferto frequenti dolori a sinistra e per quello spostamento provi una dolorosa sensazione di stragliamento, si direbbe che esso non ha ancora contratto adesioni parietali nè viscerali. La percussione dà suono ottuso su tutta l'area del tumore, però in basso verso il pube la ottusità è anche maggiore: invece si ha piena e chiara risonanza timpanica al di sopra ed ai lati del tumore medesimo. Con la succussione si avverte manifestamente la fluttuazione, la quale nella regione sopra-pubica è meno palese. L'ascoltazione dà risultati affatto negativi. Non esiste versamento sieroso, a quanto sembra, nella cavità peritoneale, nè si hanno edemi alle estremità inferiori: il fegato è respinto in alto. L'utero conserva la sua normale

struttura e posizione, ed è indipendente dal tumore; lo che si rileva chiaramente non tanto con la esplorazione vaginale, quanto con quella rettale.

Disturbi vari, alcuni per azione meccanica, altri per azione riflessa tormentano la malata. La defecazione è stentata e penosa; frequente il tenesmo vescicale, ma facile la emissione delle urine; le quali sono in quantità normale, hanno reazione neutra, alquanto in eccesso i fosfati alcalini, scarshezza di acido urico e di urati, e mancanza assoluta di albumina. Dolori continui piuttosto intensi, che si esacerbano allorchè la malata sta in piedi e passeggia, vanno dai lombi all'addome e raggiungono altresì la cavità della piccola pelvi e la radice delle coscie, specialmente della destra: havvi di più anoressia e nausea, e nelle epoche mestruali vomito ripetuto. Nessuna alterazione si riscontra negli organi respiratori e nel cardiaco.

Il criterio diagnostico che io desumo dalla anamnesi e dai risultati dell'esame della malata è questo: *ciste multiloculare dell'ovaio destro, con reciproca comunicazione delle sacche principali, libera da adesioni parietali e con peduncolo presumibilmente non troppo corto*. Quest'ultima parte della diagnosi alquanto problematica la deduco dalla facile ed estesa mobilità del tumore, dal breve spazio che il medesimo sembra occupare nella escavazione pelvica e dalla normale posizione e direzione dell'utero; sebbene quest'ultima condizione anzichè un fatto normale potesse per avventura essere imposta da accidentali adesioni fattesi attorno all'utero al seguito di peritoniti. Conclusa in tal modo la diagnosi pensai alla cura, e fatto consapevole dei numerosi e talora portentosi successi ottenuti con l'ovario-tomia in America, in Inghilterra, in Francia, in Russia ed anche in Germania, intantochè in Italia se eccettuasi la operata dell'Emiliani (1815), fino a quel tempo da una ristrettissima pratica di quella operazione non si erano ottenuti che insuccessi, mi proposi di tentare la prova per l'unica e precipua ragione che nella mia malata non trovavo controindicazioni

alla ovariectomia, e gli altri metodi di cura non mi ispiravano nè minori timori, nè maggiori speranze. Erano questi dunque i miei intendimenti: ma restava a farne persuasa la malata affinché ne consentisse l'applicazione, lo che era ben altrimenti che facile. Ad ogni modo intanto che andavo disponendola alla operazione, profittavo del tempo perfezionando la mia diagnosi, tenendo in freno i dolori addominali con qualche bagno generale, ed apprestando i necessari mezzi per la operazione.

Le sofferenze ognora maggiori più che i consigli e le persuasioni, vinsero a poco a poco le ripugnanze della paziente; nella quale fino a che non fu eseguita la ovariotomia la malattia andò aggravandosi e con essa non solamente si fecero più gravi i disturbi già notati, ma si aggiunse l'insonnio, l'inappetenza e la dispnea, ed il periodo mestruale oltre ad essere assai doloroso si fece anche irregolare. Febbre non fuvi mai e nemmeno diarrea. I cambiamenti avvenuti nel tumore erano relativi principalmente alla forma, alla mobilità, alla consistenza del medesimo, mentre si manteneva inalterata la posizione e la sua superficie: perlochè esso occupava sempre più la metà destra che la sinistra dell'addome, ed erano sempre ed in egual modo apprezzabili le ineguaglianze di superficie determinate dalle grandi lobulazioni costituenti la ciste, e delle quali una nuova molle, cedevole, elastica ed alquanto mobile sulla massa del tumore era apparsa da pochi giorni in corrispondenza della regione ipogastrica; ma un esame accurato svelò di quella la diversa natura, facendola riconoscere per un'ansa intestinale distesa da poco gaz. La forma del tumore non si poteva dire assolutamente cambiata, ma piuttosto mutabile nell'atto stesso della esplorazione; la quale circostanza non altrimenti derivabile che dalla contrattilità delle pareti del tumore medesimo, come opina il Prof. Minati, ne confermava la diagnosticata natura. Anche nella mobilità non si riscontravano differenze molto apprezzabili; tuttavia a sinistra del tumore, appunto là dove la malata aveva frequentemente del dolore, si aveva

alla palpazione un senso di sfregamento che faceva credere alla esistenza di qualche adesione parietale; nuovo elemento questo che non modificava la diagnosi, ma poteva avere una qualche influenza nella scelta del metodo curativo. La resistenza del tumore era un poco aumentata e con essa erasi fatta più oscura la fluttuazione, forse per l'aumentata massa o per l'aumentata consistenza del liquido contenuto nel tumore medesimo, o fors'anche per la maggiore spessezza e tensione delle pareti di questo. Infine il tumore erasi anche ingrossato. Infatti nell'asse maggiore del medesimo, che dissi corrispondente ad una linea tirata dall'ultima costa spuria destra alla spina iliaca anteriore-superiore sinistra, avevasi un aumento di 7 centimetri, e perciò da 38 centimetri eravamo arrivati ai 45: avevasi aumento di 3 centimetri nell'altro asse che dalla spina iliaca anteriore-inferiore destra dirigendosi verso l'ultima costa spuria sinistra si arresta al limite superiore del tumore: rimaneva presso a poco lo stesso il diametro verticale o quello che dal pube va all'appendice ensiforme: avevasi soltanto 1 centimetro di più nel diametro orizzontale misurato all'altezza delle spine iliache anteriori-superiori; e parimente la misura sorpassava di un solo centimetro quella primitiva della circonferenza dell'addome. Insomma i risultati della nuova misurazione erano questi.

Dall'ultima costa spuria destra alla spina iliaca anteriore-superiore sinistra, centimetri. 45

Dalla spina iliaca anteriore-inferiore destra al limite del tumore a sinistra, procedendo verso l'ultima costa spuria di questo lato, centimetri 35

Dal pube all'appendice ensiforme, centimetri . . . 43

Dal pube al limite superiore del tumore, sempre percorrendo la linea mediana, centimetri 33

Dalla spina iliaca anteriore-superiore di un lato a quella del lato opposto, centimetri 37

Circonferenza dell'addome misurata in corrispondenza della cicatrice ombelicale, centimetri 88

Erano queste le condizioni locali e generali della malata

il 10 Settembre, allorchè io la presentava alla osservazione dei miei egregi Colleghi Fedeli, Marcacci, Minati, Feroce e Neri onde giudicassero la mia diagnosi e la proposta della ovariotomia. Non fuvi dissenso alcuno rispetto alla prima, e soltanto fu ammessa come probabile una qualche adesione viscerale e parietale, e questa specialmente a sinistra ove il dolore più o meno vivo ma quasi continuo autorizzava ad ammettere delle ricorrenti e parziali peritoniti con essudati; e quella certa sensazione di sfregamento trasmessa alla mano nel fare scorrere la parete addominale sul tumore, che io aveva già avvertito, pareva confermarlo. Perlochè il tumore ovarico indipendentemente dalla sua inserzione peduncolare, non veniva più considerato affatto libero nella cavità peritoneale. Nondimeno le ammesse adesioni non apparivano tali per numero, grado ed estensione da controindicare la ovariotomia, la quale lungamente discussa venne infine unanimemente consentita.

Le ripetute e prolungate esplorazioni inaspirarono alquanto i dolori addominali e determinarono un flusso sanguigno uterino che con alternative di sospensione e ricomparsa, di aumento e di decrescenza, come una irregolare mestruazione, continuò per 12 giorni. Lasciato passare anche un'altro giorno per assicurarmi dell'assoluta cessazione di quel flusso, nel successivo (24 Settembre) prescrissi alla malata un bagno generale onde preparare la cute a più facile traspirazione dopo la operazione. Altro bagno ed un purgativo oleoso furono prescritti per il giorno 25, e seguendo la pratica di Koeberlé feci amministrare nella sera due grammi di sottonitrato di bismuto al quale aggiunsi altrettanta magnesia decarbonata, perchè venissero assorbiti e decomposti i gaz idrosolforati possibilmente svoltisi nel canale intestinale. Così la cura fisica preparatoria alla ovariotomia poteva dirsi presso che completata; giacchè a ristorare le forze della malata ed a porre la medesima in quelle migliori condizioni igieniche possibili nella generalità degli Spedali, avevo ormai provveduto con decozioni di china, vitto carneo e vino, con

l'isolamento assoluto da altre malate, e con la scelta di una sala spaziosa, bene aereata e nella quale la ordinaria temperatura naturale mantenevasi quasi costantemente a 22° centigrado. Di preparazione morale non v'era più bisogno: la malata aveva accettato con coraggio la mia proposta e ne attendeva con impazienza la effettuazione, quantunque avvertita dei gravi pericoli, anche dell'estremo, che per quella potevano sovrastarle. Stabili pertanto di operarla il giorno appresso, e perciò ordinai che di buon mattino le fosse amministrato un cristere.

Durante la cura preparatoria indicata non fu mai trascurato l'esame del polso, della temperatura e della respirazione. Le pulsazioni oscillarono fra le 78 e le 84; la temperatura non ascese mai al disopra di 37°, 6 e le respirazioni mai furono meno di 22 nè più di 25.

Disposto convenientemente l'apparecchio strumentale e da medicatura compresi gli accessori necessari, fra i quali principalmente quelli da opporre ai prevedibili accidenti della cloroformizzazione e della operazione; determinati ed affidati gli uffici di assistenza affinchè tutto procedesse sapientemente, con ordine, tranquillità e sicurezza, alle ore 10 antimeridiane del 26 Settembre la malata viene condotta nell'Anfiteatro di operazioni e fatta giacere in posizione orizzontale e supina su di un letto appositamente preparato. Ella indossa una lunga camicia di flanella allacciata al davanti, che durante la operazione e la consecutiva cura dovrà meglio garantirla dalle perfrigerazioni cutanee, per loro stesse ed anche senza cagione predisponente atte a generare peritoniti, pleuriti e simili: la fisionomia ha serena ed è sostenuta dalla speranza ora sincera e ora bugiarda della guarigione: la radiale dà 80 pulsazioni; la temperatura è 36, 6; le respirazioni sono 23: l'intestino retto e lo stomaco sono vuoti, e la superficie del corpo è libera da qualunque compressione e cintura. Il Dott. Carlo Regnoli coadiuvato dal Dott. Garzella comincia ad amministrarle il cloroformio, il quale dopo pochi minuti determina i fenomeni di eccitazione con qualche conato di

vomito ed acceleramento del polso, le cui battute ascendono a 126. Questo periodo di eccitazione è di breve durata: subentra la calma, e dopo 8 minuti si ha perfetta insensibilità e risoluzione muscolare. Io stava già in piedi a destra della malata; aveva al mio fianco il Dott. Peverada ed in faccia il Dott. Parrini Aiuto-Clinico; il primo incaricato di comprimere con la interposizione di due pezze di flanella le pareti del ventre, affinchè con l'apertura di queste non venissero cambiate ad un tratto le condizioni della circolazione addominale e nel momento di tirare fuori la ciste non uscissero gli intestini e l'aria non si precipitasse nella cavità peritoneale: il secondo avendo l'ufficio importantissimo di coadiuvarmi nella meccanica operatoria. Gli altri Colleghi già ricordati con il Lampredi ed altri Studenti mi stavano attorno; e questi ultimi dovevano cooperare al regolare andamento della operazione, opponendosi a qualsiasi improvviso movimento della malata e porgendo a tempo opportuno i diversi strumenti, i detersivi, gli assorbenti e gli oggetti di medicatura a seconda dei diversi tempi e delle diverse contingenze della operazione. Vuotata la vescica e preso un bisturi panciuto faccio sulla linea alba una incisione di circa 12 centimetri, che comincia a 2 centimetri al disotto della cicatrice ombelicale e finisce a 2 centimetri al disopra del pube, e comprende soltanto la pelle ed il connettivo. Servendomi quindi della tenta, taglio su questa a strato a strato e per eguale estensione i sottostanti tessuti compreso il peritoneo, dalla cui apertura si affaccia subito una ansa intestinale, quella stessa riconosciuta in passato nella regione ipogastrica, e che senza indugio viene respinta e mantenuta in cavità. Messa così allo scoperto la ciste per quanto è lungo il tragitto della ferita, introduco la mano aperta nella cavità peritoneale onde esplorare se realmente vi siano adesioni, in quale punto e se facilmente lacerabili; ma non ne trovo a destra e resto dubitativo se ve ne sia qualcuna a sinistra con l'omento. Ad ogni modo per tale esplorazione confermato il giudizio della possibile estirpazione del tumore ovarico, pungo questo con

grosso trequarti e quindi adatto al padiglione della cannula un lungo tubo elastico, perchè il liquido sia condotto al difuori del letto e versato in apposito recipiente. È un liquido giallognolo, cremoso, inodoro, assai denso che invischia pochi peli di colore castagno, il contenuto della ciste ovarica. La notata densità e viscosità ed in conseguenza la poca scorrevolezza del liquido, allungava di troppo questo tempo della operazione; nè d'altro lato la quantità evacuata nel lasso di 35 minuti (1,490 grammi) aveva talmente ridotta la ciste da permetterle il passaggio forzato per la ferita. Avrei potuto iniettare dell'acqua tepida e così scemare la densità del liquido, ma io stimava necessario mettere fine sollecito a questo tempo che non era certamente il più importante della operazione: perlochè pensai essere più saggio partito aprire una più ampia via di uscita alla ciste. A tale uopo lasciata in posto la cannula del trequarti con il tubo elastico di aggiunta, ed introdotti per l'angolo superiore della ferita l'indice ed il medio della mano sinistra, guido su quelli una robusta forbice ed a misura che la faccio avanzare incido la parete addominale in tutta la sua spessezza, costeggiando a sinistra la cicatrice ombellicale. Così la ferita addominale che primitivamente aveva la estensione soltanto di 12 centimetri circa, ora ne misurava 18. Sostituita alle forbici la pinzetta di Nélaton, faccio presa sulla ciste a 5 centimetri al disotto della cannula e tento tirarla in basso ed in fuori; ma accortomi ben presto che non riuscivo nel mio intento, con altra pinzetta assai robusta afferro e stringo la ciste anche più in alto, e affidato a questa duplice presa rinnovo con più speranza ma con eguale insuccesso la stessa manovra. Non mi sgomento per questo: do a tenere la pinzetta al Parrini e gli ordino di fare qualche trazione sulla ciste, intantoche a poco a poco e delicatamente introduco fra quella e la parete addominale, prima la mano sinistra diretta a destra, poi in eguale modo introduco l'altra diretta a sinistra, e così riuscito a circondare la ciste medesima verso la parte sua più elevata le comunico un leggero movimento di rota-

zione sul di lei asse e da destra a sinistra, posso impegnarla fra la ferita e farla sorpassare, e quindi inforcatela presso il peduncolo fra l'indice ed il medio di ambedue le mani, mentre le altre dita ne sostenevano il corpo, la sollevo e la metto tutta in vista. Fu questo per l'effetto quasi spettacoloso, il momento più bello della operazione. L'utero stava al davanti della ciste (V. Tav. I).

Niuna innormale adesione imbrigliava la ciste, il cui peduncolo che appariva costituito dal ligamento largo, dalla tuba falloppiana e dai vasi ovarici assai più grossi del normale, era abbastanza lungo da poterlo fissare comodamente, volendo, all'angolo inferiore della ferita e strangolarlo al difuori della parete addominale: io però aveva stabilito di reciderlo con il ferro incandescente e non troppo lungi dalla sua inserzione al ligamento largo, ed ecco come ho proceduto dopo essermi assicurato che l'ovaio sinistro era sano. Circondato e stretto alquanto il peduncolo con laccio, al di dietro di questo ho applicato il *clamp* di Baker Brown e l'ho serrato in guisa da schiacciare ed allargare il peduncolo stesso, che poi ho reciso lentamente con un cauterio coltellare scaldato a rosso, come fa appunto lo stesso Chirurgo inglese allorchè pratica questo processo. Reciso in tal modo il peduncolo faccio allentare il *clamp* e sto osservando se dalla superficie cauterizzata esca sangue, e vedutone gemicare un poco, nuovamente stringo quello e cauterizzo. Ma nè questa nè una terza cauterizzazione, che faccio con cauterio di forma olivare perchè il sangue esce soltanto da due punti, bastarono a frenare definitivamente la effusione sanguigna, che sebbene in piccola copia veniva da vasi bastantemente grossi: occorre dunque una quarta cauterizzazione che come le prime due feci con cauterio coltellare, ma al disotto dell'escara prodotta dalle precedenti cauterizzazioni e che conseguentemente fu isolata ed eliminata. Allentato di bel nuovo il *clamp* non lo si tolse definitivamente che dopo passati 5 minuti, e durante i quali fui assicurato della assoluta cessazione di qualsiasi gemizio sanguigno. Il peduncolo reso affatto libero fu abbandonato a sè stesso.

Detersi diligentemente gli organi pelvici ed i margini della ferita con spugne finissime e convenientemente depurate ⁽¹⁾, comincio la medicatura con la sutura metallica profonda incavigliata. Per condurre le anse metalliche a traverso alle pareti addominali mi servo dei lunghi aghi di Koeberlé che infitto a 4 centimetri di distanza da uno dei margini della ferita e faccio uscire ad eguale distanza dal margine opposto della medesima, e fra l'uno e l'altro punto di sutura lascio un intervallo di 3 centimetri. La direzione che do agli aghi e perciò alle anse metalliche è obliqua di fuori in dentro ed un poco anche d'avanti in dietro, e siccome non voglio comprendere nella sutura il peritoneo, così seguendo la pratica di Koeberlé procuro di traversare le aponeurosi addominali soltanto a 2 centimetri circa dai margini della ferita. Quattro punti di sutura incavigliata bastano per mantenere i margini della ferita profondamente e stabilmente ravvicinati: per la riunione superficiale metto in uso la sutura metallica attortigliata. Poche strisce di cerotto e poche fila, una sindone unguentata ed una fascia addominale di flanella completano la medicatura.

La malata si risveglia dal sonno anestetico ad operazione e medicatura compiute: non ha reminiscenza alcuna nè di quella nè di questa, e quasi non crede di essere stata operata. La faccio trasportare al proprio letto e porre supina con la testa e le spalle alquanto sollevate. La cuoprono immediatamente camicia e pezze di flanella, e le viene posta fra i piedi una bottiglia ripiena d'acqua calda. Ordino dieta, frammenti di ghiaccio invece di bevanda, ed una moderata compressione manuale ai lati della ferita, onde

(1) Seguendo i suggerimenti di Koeberlé per sbarazzare completamente le spugne dalla sabbia che le incrosta, le feci trattare con acido nitrico allungato con acqua, con una soluzione di carbonato di soda, con dell'alcool e con una prolungata lavanda nell'acqua sottoposta alla ebullizione, onde distruggere i microzoari che vi si potessero trovare. *Opérations d'ovariotomie* par E. Koeberlé. Paris, 1865.

meglio assicurare la immobilità delle pareti e dei visceri addominali ed evitare di questi la congestione; quindi lascio la malata in stato bastantemente tranquillo raccomandandole la immobilità, specialmente del bacino.

L'operazione è stata lunga ma scevra di accidenti immediati compresa la emorragia, non potendo considerare come tale la perdita di forse 50 grammi di sangue proveniente dal peduncolo nei brevi intervalli della sua cauterizzazione, nè essendo occorsa la legatura di alcun vaso. Dal momento in cui la malata fu sottoposta alle inalazioni anestetiche, all'altro in cui ebbe fine la medicatura sono decorse quasi due ore; la maggior parte delle quali fu consumata nel vuotamento della ciste, nella recisione del peduncolo e successive cauterizzazioni del suo moncone, e nella medicatura. Le inalazioni cloroformiche furono ripetute undici volte, e gli effetti anestetici dell'ultima si mantennero per 25 minuti. Furono consumati 150 grammi di cloroformio.

Il liquido rimasto nella ciste era identico a quello estratto e pesava 1870 grammi, che uniti agli altri 1490 formavano un peso complessivo di grammi 3,360, non calcolata la perdita di qualche centinaio di grammi, inevitabile quando si fa uso di un ordinario trequarti. In fondo alla ciste trovavasi un ciuffetto di peli di colore rossigno e del peso di 3 grammi e 60 centigrammi.

Esaminato il liquido al microscopio dal Prof. Puccianti, il medesimo vi scorgeva uno straordinario numero di goccioline grasse somiglientissime a quelle del latte, al pari di esse di vario volume, e quà e là aggruppate in guisa da formare dei corpi che rammentano quelli del colostro: vi vedeva altresì molte cellule di pus, alcune inalterate, e le più con degenerazione grassosa. L'analisi chimica fatta dal sig. Berretti dette questi risultati: reazione neutra; albumina in tanta quantità che coagulato con il calore il materiale in esame non si separa liquido alcuno; copiosa quantità di semplice grasso; cloruri alcalini; fosfati sì terrosi che alcalini, gli uni e gli altri in piccola quantità; il più abbondante è il

fosfato di calce. Tirata a secchezza una parte del liquido per la ricerca dei sali, ed il residuo calcinato e trattato con acqua stillata, ha dato effervescenza per la affusione di poco acido nitrico; il quale fenomeno essendo riferibile ai carbonati formati mediante la calcinazione dei sali organici, sta ad indicare la presenza anche dei lattati di calce e di soda.

La ciste vuotata e lavata pesa 333 grammi. Le di lei pareti hanno in generale la grossezza di 5 millimetri ed in alcuni punti anche maggiore; e sebbene alquanto flosce e cascanti si vede chiaramente che costituiscono una cavità unica. È insomma una ciste uniloculare, la quale sebbene artificialmente riempita non presenta più esattamente nè la forma nè il precedente volume. Le differenze rispetto alla prima provengono dalla totale scomparsa delle lobulazioni altrove indicate; e relativamente al volume, dalla sua notevole diminuzione; perlochè il suo diametro verticale misura soltanto 16 centimetri, l'orizzontale 20 e la sua circonferenza 53 centimetri.

La superficie esterna della ciste è generalmente liscia, ed in alcuni punti lucente; è altresì molto vascolarizzata per grosse vene che presentano una disposizione ramosa (V. Tav. I). Questa vascolarità si fa molto maggiore a mano a mano che ci si avvicina al peduncolo. Nella faccia anteriore della ciste medesima stanno delle placche di forma alquanto irregolare e di apparenza fibrosa, ed alla distanza di 5 centimetri dal peduncolo si trova un'apertura triangolare, risultato della puntura ivi praticata con il trequarti. Inferiormente sta il peduncolo la cui estensione in superficie è di 12 centimetri, e che ha attorno a sè insieme al ligamento largo, la tuba falloppiana e l'ovaio destro. I rapporti di questi organi sono i seguenti. La tuba falloppiana sta in basso con le sue sinuosità ed ha il padiglione volto all'esterno (V. Tav. II). Sull'aletta anteriore del ligamento largo si vedono alcune piccolissime cisti, e sull'aletta posteriore del medesimo trovasi il moncone del peduncolo, il quale sulla superficie recisa mostra le boccuccie delle arterie e delle vene

ovariche ed utero-ovariche notabilmente ampliate. L'ovaio è collocato posteriormente ed è alquanto atrofico. Tagliato questo nel senso del suo asse principale presenta verso il centro alcuni follicoli di Graff, ed in alto un corpo luteo di recente formazione. Dalla estremità interna e dal margine inferiore del predetto ovaio si prolungano dei fasci di fibre che vanno a far parte delle pareti della ciste.

La superficie interna della ciste oltre ad essere tomentosa e rossastra, presenta in basso un fascio di fibre lungo 7 centimetri e $\frac{1}{2}$ e grosso 3 millimetri nel mezzo, mentre va un poco ingrossando e sparpagliandosi nelle sue estremità, e che traversa isolato tutto il semmento inferiore della ciste medesima (V. Tav. III). Uno dei capi di questo fascio di fibre è in rapporto con la estremità interna dell'ovaio; l'altro va perdendosi posteriormente nella stessa superficie interna della ciste, in modo da farlo credere lo stesso ligamento utero-ovarico: il quale mentre da un lato ha mantenuto il suo rapporto naturale con la estremità interna dell'ovaio, dall'altro si è notabilmente espanso e stratificato, e conservando i suoi rapporti con l'utero ha concorso alla formazione del peduncolo del tumore ovarico. Oltre alle apparenze fisiche ed anatomiche, che inducono a ritenere quell'organo funicolare per il ligamento utero-ovarico notabilmente ipertrofizzato, allungato e spostato, v'è l'altro fatto che in qualche modo viene a confermarlo ed è che non riesce trovare quello nella sua sede normale nè altrove.

Sembrerebbe pertanto che la ciste avesse avuto il suo punto di partenza dalla estremità interna dell'ovaio, e che dopo avere allontanato l'inviluppo che l'aletta posteriore del ligamento largo forma al ligamento utero-ovarico, a carico di quello stesso inviluppo alquanto ipertrofizzato avesse costituito le sue proprie pareti e racchiuso in sè lo stesso ligamento utero-ovarico; il quale con la sua estremità uterina avrebbe contribuito per la sua parte alla formazione delle predette pareti.

Erano questi i rapporti e le particolarità delle varie parti

del tumore ovarico messo nella posizione più confacente per studiarlo e descriverlo: però volendolo descrivere con i suoi rapporti entro l'addome e quali mi si presentavano al momento stesso in cui lo trassi fuori da quello, basterà avvertire subito che la sua posizione era tale da nascondere affatto ovaio, corpo frangiato e gran parte anche della tromba e del ligamento largo di destra (V. Tav. I). Ond'è che tenuto fermo il concetto già espresso sul modo di origine e di sviluppo della ciste medesima, risulterebbe che questa nell'ingrossarsi a spese dell' aletta posteriore del ligamento largo, avrebbe spostato l'ovaio destro per modo da fare girare la sua estremità interna posteriormente ed inferiormente, ed il suo margine superiore esternamente ed in basso; da sopra- stare non solamente all'ovaio ed all' aletta posteriore ora indicati, ma anche all' aletta anteriore e perciò alla stessa tuba falloppiana; ed infine da circondarsi inferiormente e posteriormente di questi stessi organi, facendosene una specie di cintura incompleta diretta un poco obliquamente da sinistra a destra e di basso in alto. Ammesso il ricordato spostamento dell'ovaio destro, la supposta presenza del ligamento utero- ovarico entro la cavità della ciste si rende anche meno inverosimile.

Esaminata la ciste con il microscopio si vedono nella sua esterna superficie delle cellule di epitelio pavimentoide di varia grandezza, con noccioli ora più ora meno distinti, ora affatto indistinti, e delle chiazze o aree che per la maggiore levigatezza e lucentezza si distinguono dal resto della superficie in esame, ma non presentano differenza veruna dalle relative condizioni istologiche della ciste nè nella superficie nè nella profondità. E nella superficie interna della ciste medesima si riscontrano delle cellule parimente epiteliali, ma più voluminose di quelle della superficie esterna ed un poco allungate, da dare idea non decisamente delle cellule *cilindroidi*, ma piuttosto delle altre riferibili a quella specie di epitelio che Henle chiama di *transizione*. Tali cellule sono mescolate a noccioli liberi, a granulazioni e ad una materia

concreta ed opaca, che al pari dell'altra rosso-scura vellutiforme che tappezza la stessa superficie interna della ciste, non riesce definire, se pure non si voglia considerare un prodotto del sangue decomposto entro i vasi. Finalmente la sostanza costituente la densità della parete cistica risulta di grossi fasci fibrosi formati da fibre muscolari lisce con fibre di tessuto connettivo e di tessuto elastico. Questo esame microscopico è del Prof. Duranti.

Di elementi dermici non esistevano tracce; nondimeno è da ritenere per positivo che la ciste nei suoi primordi fosse di natura dermica, come lo dimostrano i peli trovati entro la ciste medesima, e che in seguito in grazia della legge della sostituzione istologica, il tessuto dermico sia stato surrogato dal tessuto sieroso.

Erano queste le condizioni anatomo-patologiche nelle quali si presentava la ciste ed il materiale in essa contenuto. — Ora riprendo il filo della Storia che fa seguito alla operazione.

Nelle prime 6 ore la operata si lamenta di dolori quasi continui all'addome, di quando in quando ha vomitizzazione e vomito, probabilmente questi ultimi determinati dal cloriformio inspirato: ha però qualche momento anche di calma e di sonno. Il polso che prima della operazione dava 80 battute, oscilla ora fra le 76 e le 92, il maggior numero di pulsazioni avendolo riscontrato nella prima ora dopo la operazione e il minore nelle due ore successive: la temperatura da 36°,6 centigrado scese a 35°; il numero delle respirazioni non ha sensibilmente cambiato (Per queste e per le successive modificazioni presentate dalla circolazione, dalla calorificazione e dalle respirazioni, vedi la Tav. IV). Alla compressione manuale sull'addome ed ai lati della ferita, poco tollerata dalla inferma, è sostituita dopo un'ora la compressione meccanica con due vesciche animali contenenti ciascuna un kilogrammo circa di ghiaccio, e così mentre viene continuata una moderata compressione, più efficacemente si previene la peritonite e la emorragia. Qualche sorsata di brodo freddo e

qualche frammento di ghiaccio sono stati l'alimento e la bevanda. Circa le ore 7 si ha esacerbazione dei dolori addominali con tensione delle pareti di questa cavità per meteorismo; e quantunque questo sia ben di sovente un sintoma di peritonite e talora anche di enterite, pure era forse mancato il tempo necessario per la manifestazione dell'uno e dell'altro di questi stati morbosi, e soprattutto poi mancava la sindrome fenomenale: perlochè ritengo quella insolita raccolta di gaz dipendere per il momento da atonia degli organi digestivi, ed essere la principale cagione dei dolori ventrali. Ma insieme a questo aggravamento dei dolori ventrali ed al vomito, che sebbene ad intervalli piuttosto lunghi pure si è ripetuto, si hanno segni di generale ma moderata reazione: pulsazioni 100, che dopo 3 ore scendono a 82, temperatura 35°, respirazioni 36. Faccio vuotare la vescica e per alleviare i dolori e procurare il sonno prescrivo una pozione con 5 centigrammi di acetato di morfina, 80 grammi di acqua e 30 grammi di semplice siroppo da amministrarsene una cucchiata l'ora. Così passano le prime 12 ore dopo la operazione, le ultime del giorno 26.

Dalle 12 antimeridiane alle 12 meridiane del 27 la reazione generale si fa più intensa, le pulsazioni crescono progressivamente di numero fino a 120, la temperatura ascende a 39° e le respirazioni giungono a 36. La malata ha pochi e fugaci momenti di calma, sete vivissima, i soliti dolori distensivi all'addome, i soliti vomiti. Remuovo l'apparecchio da medicatura per esplorare lo stato della ferita che trovo soddisfacentissimo: vuoto la vescica, prescrivo un salasso dal braccio di 120 grammi, e per soddisfare alla duplice indicazione di sedare i dolori e scemare la timpanite, associo alla morfina come fa anche Koeberlé, il liquore ammoniacale anaciato e l'acetato di ammoniaca nelle seguenti proporzioni: liquore ammoniacale anaciato grammi 2; acetato d'ammoniaca grammi 12; acetato di morfina centigrammi 10; acqua stillata grammi 100; siroppo di cedro a grazia: da amministrarne una cucchiata ogni due ore. Dopo il salasso il polso

si fa più molle e più espanso e gradatamente anche meno frequente: pulsazioni 112. Nelle ore pomeridiane il meteorismo si fa anche maggiore, continuano i dolori ma non si aggravano menomamente alla pressione, si rinnova per due volte il vomito, è persistente la sete e la inquietudine. Il polso ondeggia fra le 110 e le 116 battute; la temperatura fra $36^{\circ},6$ e $38^{\circ},6$; le respirazioni restano ferme a 36. Il minore numero delle pulsazioni ed il meno elevato grado di temperatura si ha nelle ore della sera e sta a rappresentare un leggero miglioramento che dura fino alle ore 3 antimeridiane del giorno successivo, e che è reso anche più apprezzabile dalla diminuzione del meteorismo per espulsione di gaz dalla bocca, e da un sonno placido di più che 2 ore.

A questo miglioramento succede nuova esacerbazione dei dolori addominali che dall' ipocondrio destro si irradiano, a quanto pare, lungo gli intestini crassi, e si aggravano alla più lieve pressione; ed ai medesimi dolori va congiunto il solito meteorismo gastro-intestinale già fattosi assai maggiore. Il polso è piccolo ed un poco contratto e dà 112 battute, la temperatura segna al termometro 38° , e rimangono ancora a 36 le respirazioni. È in questo stato che trovo la malata la mattina del 28 a ore 7, tempo ordinario della visita clinica. La insolita sensibilità risvegliata nelle pareti addominali, e l'aggravarsi dei dolori con la moderata palpazione e percussione delle medesime, le indicate qualità del polso, la persistenza e anzi l'aumento del meteorismo mi stavano a significare la sopravvenienza di una delle più consuete e spesso anche più gravi successioni della ovariectomia, la peritonite. La quale se determinata dalla incisione del peritoneo stesso o dal moncone del peduncolo, perchè cauterizzato, è impossibile dichiarare: tuttavia parrebbe che la cagione stasse più in questo che nella ferita, perchè il peritoneo non fu compreso nella sutura, e la ferita delle pareti addominali messa appositamente allo scoperto removendone soltanto la medicatura, non era nè infiammata nè dolente, ed i di lei margini già cominciavano a unirsi. Al

criterio semeiotico ed al giudizio diagnostico venne in sussidio anche il criterio terapeutico, dappoichè per l'applicazione di 12 mignatte alla regione più sofferente i dolori ben presto si mitigarono, scemò il meteorismo per la emissione di gaz dalla bocca e dal retto, e la inferma nel rimanente della giornata ed anche nella notte successiva fu bastantemente tranquilla, e ad intervalli di tempo non tanto corti ebbe placido sonno.

Nella visita della mattina del 29 trovo la malata tuttavia in discreto benessere: pulsazioni 100, temperatura $37^{\circ},4$, respirazioni 25: poco il meteorismo, ventre trattabile, buone le condizioni della ferita. Le orine che vengono sempre artificialmente evacuate, sono di colore giallo-citrino carico e tengono sospesi dei fiocchi di mucco; hanno reazione leggermente acida; densità 1,028; fosfati e solfati terrosi in abbondanza; scarseggianti assai i cloruri, ed offrono tracce di albumina e di pigmenti biliari. Fino alle ore vespertine la operata poco si lagna dei dolori addominali, emette di quando a quando i soliti gaz dalla bocca e dall'ano, e negli intervalli prende sonno: le pulsazioni scendono gradatamente a 88; la temperatura e le respirazioni non cambiano. Nella sera si aggravano di nuovo i dolori che sono continui ed hanno sede fissa verso la regione iliaca destra, e con essi cresce considerevolmente anche il meteorismo; il polso si fa piccolo, contratto e dà 100 battute, la temperatura e le respirazioni non subiscono variazioni. Faccio amministrare un clistere con infuso di camomilla e con miele, ed applicare 14 mignatte in corrispondenza della parte dolente. Il clistere è rigettato senza miscela di materie fecali.

La sottrazione sanguigna anche questa volta riesce efficace, però i dolori fattisi meno molesti per breve ora, riprendono forza nella mattina del 30, e le pulsazioni da 100 sono arrivate a 115. Faccio applicare immediatamente altre 20 mignatte; sospendo l'uso della pozione con l'acetato di morfina, e dovendo soddisfare alla indicazione di favorire la evacuazione delle materie fecali e dei gaz prescrivo: ca-

lomelanos lavato centigrammi 30; diagridio centigrammi 40 divisi in 2 parti, da amministrarsi alla distanza di 2 ore l'una dall'altra; e mercè una siringa esofagea spinta per la via del retto fino al S del colon, faccio delle ripetute lavande con effetto evacuativo di poche fecce ma di molti gaz. Intanto per questo e per gli altri provvedimenti indicati l'inferma passa la giornata con poche sofferenze, i dolori ed il meteorismo essendo a buon modo scemati: nondimeno il polso ondeggia fra le 100 e le 112 battute, ma la temperatura che era salita a 38° scende a 37°,4 e le respirazioni da 25 calarono di un numero. Le urine presentano identici caratteri a quelli osservati nel giorno precedente.

Nelle prime ore del dì 1.° Ottobre è tanta la calma dei dolori che l'inferma può dormire per più che 4 ore di seguito, ma svegliatasi si lamenta di dolore continuo e grave alla regione ipogastrica a destra della linea alba. Il polso è piccolo, un poco contratto e dà 100 battute, la temperatura e le respirazioni non hanno cambiato. Le urine sono sempre di colore giallo-citrino carico e leggermente intorbidate dal muco delle vie genito-urinarie; danno al solito reazione leggermente acida, ed hanno minore densità (1,024) dei giorni precedenti, quantunque i fosfati ed i solfati si mantengano in eccesso, ed i cloruri, sempre al disotto della quantità normale, siano un poco aumentati. Non più tracce di albumina nè di bile. L'applicazione di 8 mignatte, le solite lavande intestinali con infusione di camomilla e per mezzo della siringa esofagea, e l'amministrazione di 30 centigrammi di calomelanos divisi in 3 parti eguali e presi nello spazio di 9 ore, bastarono a frenare il dolore ed a mitigare lo stato febbrile: perlochè nel corso della giornata il polso ondeggiò fra le 92 e le 100 battute, la temperatura e la respirazione furono invariabili. La ferita non presenta altro di notevole che la sua progressiva e regolare riunione. Nella sera si ripetono le consuete lavande intestinali e si ha la emissione soltanto di molti gaz, mentre trascorse poche ore e dopo un breve periodo di sinania e di agitazione la malata ha una

evacuazione di materie fecali e di non piccola quantità di gaz, provocata forse dal calomelanos.

La mattina seguente (2 Ottobre) i dolori addominali sono piccoli e rari, è poco il meteorismo, la malata è tranquilla: pulsazioni 92, temperatura 37°,6, respirazioni 24. Prescrivo soltanto 2 presine di calomelanos di 10 centigrammi ciascuna, ed ordino appositamente che il brodo e la minestra costituenti la dietetica della malata siano affatto privi di sale. Il rimanente della giornata trascorre per la inferma nello stato di discreto benessere della mattina: le pulsazioni, la temperatura e le respirazioni non subiscono apprezzabili variazioni. Analizzata l'orina raccolta nella giornata si trova meno torbida e meno colorata, leggermente acida e meno densa (1,021) del giorno innanzi. I fosfati ed i solfati sono notabilmente diminuiti, e sebbene la malata sia stata nutrita con alimento affatto privo di sale, pure la quantità dei cloruri è manifestamente aumentata; lo ché sta a confermare, con la mitigazione dei fenomeni flogistici addominali, che la peritonite è in via di risoluzione.

Questa calma di più ore venne turbata nel giorno 3 da nuove esacerbazioni dei dolori addominali, e dei quali la cagione parve soltanto il meteorismo intestinale che era di bel nuovo aumentato. E fu in questo concetto, avvalorato dipoi dalla efficacia sebbene fugace del compenso terapeutico stimato il più conveniente, che feci una delle solite lavande intestinali con effetto evacuativo di qualche gaz insieme a poche materie fecali. Ho detto appositamente efficacia fugace, perchè infatti quei dolori per breve tempo ammansiti si resero poi talmente molesti che la inferma non poteva più rimanere immobile nella posizione supina, e bisognò impedirle quasi a forza che si volgesse di continuo ed alternativamente, come andava facendo, ora sul fianco destro ora sul sinistro. Male si saprebbe dire se e quanta parte quei dolori, e per essi l'agitarsi della malata, avessero nella comparsa di un leggero stillicidio sanguigno dalla vagina: certo è che se non vi fu rapporto di causalità vi fu di coincidenza. Ad ogni modo

questa complicanza, se pure così si ha da chiamare, non richiedeva nessun compenso: erano i dolori o piuttosto era la loro cagione che bisognava affrettarsi a riconoscere e rimuovere. Il polso dava 92 battute, restava ferma a $37^{\circ},4$ la temperatura, e le respirazioni da 24 erano arrivate a 28. Remosso l'apparecchio di medicatura onde esaminare ed esplorare più accuratamente l'addome, trovo la pelle corrispondente al punto più basso della sutura profonda, rossa, tumida e lucente, e sento lungo il tragitto percorso dall'ansa metallica una specie di cordone duro ed assai dolente costituito dai tessuti circostanti infiammati. Anche in corrispondenza di altro punto di sutura la pelle aveva cominciato a farsi rossa ed un poco tumida, ma non era molto dolente: per ogni restante le pareti addominali si mostravano sane e la palpazione non vi risvegliava il menomo dolore; però gli intestini erano sempre alquanto distesi da gaz. Persuaso che quell'ansa metallica esercitasse una soverchia trazione su i tessuti, dacchè si erano infiammati, e fosse perciò la principale cagione dei violenti dolori che angustiarono la inferma, la tolsi e facendo delle pressioni lungo il tramite percorso dall'ansa medesima, sollecitai la uscita di poco pus di natura lodevole. Tolsi pure 4 punti della sutura superficiale corrispondenti agli angoli della ferita; dopo di che feci la solita medicatura asciutta, e soltanto in basso là dove le parti erano infiammate, alle fila asciutte sostituii quelle unguentate.

Per questi provvedimenti i dolori si calmano e la malata dorme placidamente per più di due ore; ma verso la metà della giornata si fa nuovamente inquieta, lamentandosi di un senso di gravezza al capo e di calore all'addome. Ha la pelle secca e alla temperatura di $39^{\circ},2$, il polso dà 116 battute, e sono 30 le respirazioni. Tolgo l'altro punto di sutura profonda che aveva attorno a se i tessuti infiammati, e tolgo pure tutti i punti della sutura superficiale; faccio quindi una moderata pressione sul tramite creato dalle due anse metalliche rimosse, e ne spremono il pus che è in poca quantità. Intorno agli altri punti di sutura profonda i tessuti non sono nè arros-

sati, nè dolenti: la ferita apparisce ormai riunita, e soltanto in basso ma superficialmente i di lei margini sono ancora discosti per la estensione in lunghezza di circa 2 centimetri. A questa medicatura che è rinnovata anche nella sera, fa seguito la cessazione dei dolori, le pulsazioni e la temperatura vanno gradatamente scemando: persiste lo stillicidio sanguigno dalla vagina. Nella sera il miglioramento continua: pulsazioni 96, temperatura $37^{\circ},2$, respirazione 28. Le urine hanno colore giallo-pallido opalino; densità 1,018, e danno reazione leggermente acida: seguita la diminuzione degli elementi solidi con proporzionato aumento dei cloruri.

Nella mattina del 4 la malata è un poco inquieta sebbene nella notte abbia dormito, non ha però dolori nè altre molestie fisiche: pulsazioni 88, temperatura $37^{\circ},2$, respirazioni 24. La ferita si mantiene in buone condizioni ed è ben poco il pus che esce dai tramiti ricordati. Giudico ormai cessate le indicazioni per le quali fino dal giorno della operazione avevo ordinato la permanente applicazione delle vesciche ripiene di ghiaccio sull'addome, e quantunque persistesse tuttavia un poco di meteorismo le faccio togliere. Nella sera il meteorismo è cresciuto, il polso dà 100 battute, la temperatura è a $37^{\circ},4$ e sono 24 le respirazioni. Oltre la medicatura della ferita faccio una lavanda rettale, la quale procura l'uscita di poche fecce e di molti gaz; perlochè scemato assai il meteorismo la malata passa la notte dormendo placidamente.

Anche la mattina del 5 Ottobre lo stato dell'inferma è soddisfacente: niun dolore all'addome, poco il meteorismo, cessato lo stillicidio sanguigno vaginale: pulsazioni 96, respirazioni 26, temperatura 38° . Tollo un altro punto di sutura, e premendo su i tramiti, soltanto dall'inferiore esce qualche goccia di pus. Niente di rimarchevole avviene nel corso della giornata: le pulsazioni e le respirazioni non cambiano di numero, la temperatura scende a 37° . Solita medicatura ed una lavanda intestinale nella sera. Le urine hanno colore giallo-chiaro, reazione neutra, densità 1,007 e contengono

tracce di albumina. Sono sempre scarsi i fosfati ed i solfati ed in aumento i cloruri.

Nel giorno successivo (6 Ottobre) seguita ancora lo stato di benessere nella inferma. Le pulsazioni ondeggiavano fra 90 e 100, e le respirazioni fra 24 e 26: la temperatura che nella mattina è a 37°,4, decresce verso il mezzogiorno, e alle 8 di sera non segna che 37°. Faccio la solita medicatura.

Nelle prime ore del giorno 7 la malata ha frequenti dolori e senso di tensione all'addome, gli uni e l'altro effetto di accrescimento notevole del meteorismo: pulsazioni 96, temperatura 37°,4, respirazioni 32. Ma i dolori potevano dipendere in parte anche dall'ultimo punto di sutura profonda, giacchè i tessuti a quello circostanti erano lievemente arrossati, per cui lo tolsi e con lunghe strisce di cerotto sostenni la cicatrice ormai completa: feci inoltre le consuete lavande intestinali, le quali avendo favorito l'uscita di molti gaz resero la calma all'inferma. Però circa le ore 4 pomeridiane le si manifesta un dolore puntorio alla regione mammaria sinistra con diffusione in alto e fino alla corrispondente regione sopraclavicolare; è dolore che si esacerba alquanto nei movimenti della parte ma soprattutto in quelli respiratorii, per cui la malata è affannosa, sofferente. Pulsazioni 100, temperatura 38°, respirazioni 36. Faccio l'ascoltazione del torace a sinistra, e soltanto in basso trovo una minore espansione vescicolare che parmi doversi attribuire alla compressione esercitata dagli intestini posti nell'ipocondrio corrispondente, distesi al solito da gaz. Ma intanto contro la pleurodinia preservo l'applicazione di un senapismo, quindi una frizione con balsamo di Opodeldoch ed arnica, e per uso interno una pozione con 3 centigrammi di idroclorato di morfina in 84 grammi di acqua di cedro e poco siroppo semplice, da amministrarne una cucchiata ogni ora. Nella sera il dolore al torace era appena avvertito dalla malata, che aveva la superficie del corpo ovunque cospersa di sudore, polsi più molli e più espansi, e più libera la respirazione. Pulsazioni 112; temperatura 37,8; respirazioni 32. Le urine presentavano gli

stessi caratteri fisici e chimici ultimamente notati, con le sole varianti che la densità era un poco maggiore (1,012) e v'era aumento progressivo dei cloruri. Le lavande intestinali fatte mattina e sera dopo le ordinarie medicature, non avevano procurato nè evacuazioni di materie fecali nè di gaz, perciò gli intestini, specialmente i crassi, si mantenevano meteorizzati; nè valse a riattivare la funzione intestinale l'amministrazione fatta nella notte ed in un solo tempo di 20 centigrammi di calomelanos con 50 centigrammi di diagridio.

Relativamente alla stitichezza ed al meteorismo le condizioni della malata nella successiva mattina (8) sono identiche a quelle della sera precedente, e quanto al dolore costale può dirsi affatto scomparso dalla regione primitivamente invasa e sceso invece verso le coste spurie, sempre dal lato toracico sinistro, ove però è assai meno molesto. Pulsazioni 104; temperatura 37,4; respirazioni 32. Rimane sempre ferma la indicazione di sbarazzare il ventre dai gaz e dalle materie fecali, e vista la inefficacia delle iniezioni rettali cerco di soddisfarvi prescrivendo 3 grammi di magnesia decarbonata; una infusione di anaci per bevanda, e del liquore ammoniacale anaciato che faccio unire alla pozione calmante ordinata fino dal giorno innanzi.

Nella mattina del 9 lo stato della malata non è essenzialmente cambiato; non evacuazioni di materie fecali e nemmeno emissione di gaz, perciò intestini sempre distesi e timpanizzati. Tuttavia la malata ha passato la notte in placido sonno: pulsazioni 96; temperatura 37,4; respirazioni 28. Faccio amministrare due bicchieri di acqua della Torretta e finalmente dopo 3 ore, senza alcuna molestia intestinale e con grande sollievo della malata, si ha una abbondantissima evacuazione ventrale di materie semisolide e di gaz. Nella sera, dopo la consueta medicatura ed una seconda evacuazione intestinale, la malata comincia a lamentarsi di un senso di torpore con dolore intermittente all'arto addominale destro e più specialmente alla sura; e ben presto le estremità delle dita vanno perdendo quasi affatto la loro sensibilità. L'arto

non è tumido, non arrossato, nè dolente alla palpazione, nemmeno lungo il decorso dei principali vasi; l'addome è molle, trattabile ed ovunque indolente; ma intanto il polso si è accelerato e la temperatura si è elevata (pulsazioni 104; temperatura 37,6). Quale la cagione di questa minaccevole complicanza, quale la natura e quali le conseguenze? Faccio delle congetture; rifletto sulla istantanea comparsa della medesima ed in un momento in cui le successioni morbose della operazione potevano dirsi ormai eliminate, e parmi che i pochi sintomi raccolti, insufficienti per la loro natura a designare una sola crotopatia, possano però riferirsi più specialmente ad una trombosi o ad una semplice reumatalgia.

Nella impossibilità di stabilire nel momento un positivo diagnostico, faccio frizionare intanto la gamba, che è la parte dolente, con aceto senapato e canfora: più tardi, il dolore persistendo, fascio tutto l'arto con ovatta imbevuta in un miscuglio d'olio di mandorle e di cloroformio. Dopo questa imbroccazione i dolori si calmano e l'inferma pare disposta a prendere sonno; ma è soltanto una tregua e di breve durata. Torna infatti il dolore, si fa più grave, continuo e si estende anche alla coscia. Alle 6 antimeridiane del 10 Ottobre tutto l'arto è assai tumido e duole alla pressione; il sistema venoso sottocutaneo è molto appariscente; la pelle è tesa ed un poco lucente, ma se eccettuasi quella del polpaccio che è leggermente lividastra, in generale conserva colorito ed anche temperatura normali: le dita sono affatto insensibili. Pulsazioni 136; temperatura 37,8. I nuovi sintomi aggiuntisi nella notte ai precedenti, e soprattutto il turgore dell'arto e l'inceppamento del circolo venoso superficiale, stanno ad indicarmi che la cagione delle alterazioni di funzione e di forma di quell'arto è di ragione meccanica; perlochè mi do subito ad esplorare nuovamente e con la massima accuratezza il bassoventre e più specialmente in corrispondenza della fossa iliaca destra, nel dubbio che l'escara lasciata dal cauterio sul peduncolo del tumore ovarico avesse provocato la formazione di un'asccesso pelvi-iliaco comprimente il fascio

dei vasi iliaci, e che le molestie addominali quasi continue sofferte dalla malata ed attribuite ora unicamente alla peritonite, ora al meteorismo, avessero mascherato o adulterato i sintomi rappresentanti l'ascenso medesimo. Se non che a dilleguare questo dubbio, più di qualunque considerazione in proposito bastava il fatto che nè per segni obiettivi nè per segni subiettivi io potei riconoscere ed ammettere la esistenza dell'ascenso: il bassoventre era molle, trattabile e risuonante alla percussione; si poteva palpare e comprimere anche con forza senza che la malata desse segno di soffrire. Escluso l'ascenso e con esso qualunque altro prodotto morboso che potesse agire meccanicamente sopra i vasi iliaci o sulla origine dei femorali, io mi trovava logicamente condotto ad ammettere la esistenza di un trombo nella vena femorale e precisamente nel punto di sua origine, perchè la tumefazione dell'arto arrestavasi presso la sua radice, e le vene sottocutanee addominali non si presentavano turgide al pari di quelle dell'arto medesimo. E la cagione ed il meccanismo di questa trombosi femorale? La sopravvenienza istantanea del torpore e del dolore all'arto, congiunti alla insensibilità delle dita; la pronta tumefazione dell'arto medesimo ed il contemporaneo se non precedente turgore delle sue vene superficiali e fors'anche delle profonde, mi facevano rifiutare il concetto etiologico della trombosi per flebite, tanto più che oggimai è dimostrato che se la flebite può andare congiunta alla trombosi, e questa essere talora effetto di quella e viceversa quando specialmente il trombo si trasforma in pus, tale rapporto di causalità è tutt'altro che necessario e costante.

La congettura più ragionevole che a mio credere può farsi, è questa. La lenta, moderata e prolungata compressione del tumore ovarico sopra i vasi iliaci di destra e principalmente sulla vena iliaca esterna, ponendo un certo ostacolo al libero passaggio del sangue venoso reduce dal corrispondente arto, ha fatto dilatare alquanto la vena femorale comune, e la immobilità quasi costante dell'arto medesimo dopo la

operazione e fors' anche la scemata energia delle contrazioni del cuore e delle arterie per le gravi e quasi continue sofferenze della malata, non che per le deplezioni sanguigne e per la severa dieta, hanno a poco a poco e progressivamente rallentato il circolo in quella porzione di vena, finchè il sangue vi si è in parte coagulato. Il trombo così formatosi, piccolo in principio, ha soltanto accresciuto l'ostacolo al transito del sangue e conseguentemente determinato i primitivi fenomeni morbosi di pervertita sensibilità dell'arto; ed a quelli per l'aumento del trombo medesimo in grazia di successivi depositi di nuova fibrina, hanno fatto seguito il turgore di tutto l'arto, la dilatazione delle vene superficiali e l'edema subacuto. In breve io sono inclinato ad ammettere una trombosi per dilatazione ed in parte anche per marasmo, come la chiamano gli odierni patologi. Non mi dissimulo pertanto le obiezioni che può incontrare tale interpretazione e spiegazione intorno al meccanismo di questa trombosi: ma già l'ho dichiarato, è una congettura che io faccio. Ad ogni modo siccome non mi sembra lontana dal vero, così non posso considerare tale complicità affatto indipendente dalla ovariotomia, ed in tale caso verrebbe a prendere posto fra gli accidenti consecutivi di questa operazione, e come tale, per quanto ne so, sarebbe la prima volta che è stata osservata.

Stabilita così la natura e la sede della alterazione, faccio ungere tutto l'arto con pomata composta di unguento mercuriato della metà grammi 16, estratto di belladonna grammi 8 e lardo depurato grammi 80, e quindi soprapposto un empiastro al polpaccio, che era sempre la regione più tumida e più dolente, cirondo il rimanente dell'arto con strisce di ovatta. Prescrivo al tempo stesso: cremore di tartaro grammi 30, bi-carbonato di soda grammi 6, e zucchero polverizzato grammi 15, divisi in 10 parti da amministrarne una ogni 2 ore. Poche ore dopo i dolori si mitigano, ma resta il gonfiore; la eccitazione vascolare della mattina è scemata: pulsazioni 120; temperatura 37,8. Nuova imbroccazione della

solita pomata idrargirica. Nella sera il turgore dell' arto è stazionario; mite il dolore anche sotto la pressione; scomparsa la tinta lividastra della cute del polpaccio, e sempre al grado normale mantensi il calore: nondimeno la inferma è un poco inquieta, ed il polso continua a dare 120 battute; anche la temperatura si mantiene a 37,8, e sono 28 le respirazioni: solita medicatura locale e di più empiastri anche alla coscia. Le urine non presentano speciali alterazioni, se eccettuasi qualche leggiera traccia di albumina: e qui a complemento delle analisi già fatte e riferite debbo dire che con il progressivo e regolare aumento dei cloruri e decremento degli altri sali, esse hanno riacquistato le loro condizioni fisiologiche.

Lo stato di inquietudine fisica di cui l' inferma si lagnava nella sera, continuò nella notte e nel giorno appresso, nel quale persistevano allo stesso grado la insensibilità delle dita ed il turgore dell' arto, ma la palpazione di questo riusciva più molesta specialmente al polpaccio, ove la pelle era più che altrove tesa e lucente. Nulla di notevole rispetto all' addome: pulsazioni 120; temperatura 38°,4; respirazioni 26. Faccio le tre consuete medicature nelle 24 ore, ungendo sempre l' arto e ricuoprendolo quindi con empiastro, e continuo l' amministrazione con il cremore di tartaro ed il bi-carbonato di soda.

L' inferma passa la notte più tranquillamente della precedente e dorme più ore; ha una scarica alvina e orina due volte senza il sussidio della siringa. Nelle prime ore del 12 Ottobre ha una leggiera epistassi: pulsazioni 108; temperatura 38°,2; respirazioni 24. L' arto è meno gonfio e spontaneamente quasi affatto indolente. Una evacuazione intestinale di materie bene elaborate ed una abbondante e generale traspirazione sono i fatti notevoli della giornata; ma nell' imbrunire la malata è presa da dolore piuttosto intenso e continuo presso le coste spurie sinistre, con acceleramento corrispondente dei movimenti respiratori, ma al tempo stesso con invariabilità nel numero delle pulsazioni arteriose e nel grado della temperatura.

L' applicazione di un senapismo basta a sloggiare quel

dolore; ma quantunque la malata avesse profusamente traspirato durante la notte, esso ricomparve di quando a quando anche nel giorno appresso, però con maggiore mitezza. L'arto intanto andava detumefacendosi e doleva soltanto alla pressione o nella esecuzione di qualche movimento volontario, assolutamente impossibile fino a questo giorno. Una delle regioni nelle quali la palpazione risvegliava il dolore era la inguino-crutale e principalmente lungo il decorso dei vasi, ove per la prima volta era dato sentire di nuovo e con bastante chiarezza le pulsazioni della femorale alla sua origine, ed al lato interno di questa, però in modo non troppo palese, una specie di corda tesa rappresentata con ogni probabilità dalla vena omonima obliterata: pulsazioni 108; temperatura 38°. Ungo con pomata mercuriata soltanto la regione sopra indicata, ed il restante del membro spalmò con olio di mandorle; quindi applico i soliti empiastri.

Nei giorni 14, 15 e 16 Ottobre si ha progressivo miglioramento: l'arto si fa molle, cedevole ed affatto indolente, ed in luogo della tumefazione rimane soltanto un poco di edema nelle parti più inferiori: ritorna la sensibilità nelle dita. Le pulsazioni da 108 si riducono a 88, e la temperatura da 38° scende fino a 37°. La malata ha sensazione di benessere e chiede più generoso nutrimento: caffè e latte la mattina con un quarto di panino e la solita dieta di tre minestre e brodi nella giornata, con l'aggiunta di un poco di pollo unito alla minestra e di 80 grammi di vino di Bordeaux. Sospendo l'uso del cremore di tartaro e del bi-carbonato di soda, della pomata mercuriata e degli empiastri, ed a questi ultimi sostituisco la semplice frizione sull'arto con olio di mandorle e l'applicazione di una fasciatura circolare leggermente compressiva, onde affrettare la risoluzione dell'edema.

Questa fasciatura è rinnovata giornalmente e continuata soltanto fino alla sera del 20 Ottobre, giacchè l'edema per l'azione della medesima e per le condizioni generali della inferma già avviate ad un sensibile miglioramento, può dirsi quasi affatto scomparso. Intanto nei giorni 17, 18, 19 e fino

alle ore pomeridiane del 20 nulla viene a turbare i primordi della sospirata convalescenza: le funzioni del ventre ora si compiono spontaneamente, ora basta il clistere per attivarle: le pulsazioni ondeggiano fra le 92 e le 86; la temperatura oscilla fra i $37^{\circ},4$ e i 37° e le respirazioni non vanno al di là delle 22: prescrivo una infusione di china. Nei tre primi giorni ora indicati permetto alla malata di sedere sul letto per circa un'ora, e per mezz'ora la faccio trattenere seduta in una poltrona la mattina del 20. Nella visita della sera trovo accelerata la circolazione ed accresciuta la termogenesi: pulsazioni 116; temperatura $39^{\circ},8$: nondimeno la malata afferma di sentirsi bene e passa la notte dormendo, non però placidamente come nelle notti precedenti.

La mattina del 21 l'inferma è smaniosa, ha forte cefalèa, lingua asciutta e ricoperta di un leggiero intonaco bianco-giallognolo, alito fetente, cute secca, pulsazioni 120 e temperatura a 40° . La cagione di questo peggioramento è ignota; sono però palesi le indicazioni ed io vi soddisfo prescrivendo la dieta di solo brodo, un purgativo oleoso, del ghiaccio in luogo di bevanda, delle senapizzazioni alla gamba sinistra e delle pezzette fredde sulla fronte. Nelle ore pomeridiane la cefalèa si dilegua, scema la smania, la temperatura da 40° scende gradatamente a $39^{\circ},2$ e le pulsazioni nelle prime ore della notte sono ridotte a 92. Il purgativo ha procurato tre evacuazioni di materie poco elaborate ma assai abbondanti.

Questa mitigazione dei fenomeni sopra indicati ed anche dello stato febbrile sembra dovuta principalmente alla comparsa di poche vescichette miliariche; nuova complicità che si mette in vista nel giorno 22 e che dà ragione del peggioramento quasi subitaneo avvenuto nella precedente mattina. Pulsazioni 100 e temperatura $38^{\circ},8$ nella mattina; e nella sera pulsazioni 104 e temperatura 39° : accrescimento di smania e notte turbata da sogni spaventevoli.

Lo stato febbrile si mantiene ad eguale grado nella mattina del 23 (pulsazioni 104; temperatura $39^{\circ},2$): la pelle

si mantiene asciutta ed è di poco cresciuta la eruzione miliarica, ma v'ha di più un dolore alla regione colica destra che si esacerba alla pressione ed anche alla percussione; dolore che in modo fugace erasi presentato fino dal 21 e che oggi tornava a tormentare la malata con insistenza e potenza maggiore. Nel concetto che questo dolore fosse l'effetto di uno stato irritativo e flussionario del colon determinato forse dallo stesso principio miliarico, faccio applicare nella regione dolente 14 mignatte, e procuro di favorire la eruzione miliarica con due vescicanti alle braccia, con l'amministrazione dell'acetato di ammoniaca e con la bevanda ghiacciata. Ed invero per queste prescrizioni raggiungo in gran parte l'intento, giacchè il dolore cessa quasi affatto, si stabilisce una abbondante diaforesi, ed il polso si fa meno frequente e più espanso (pulsazioni 96). Nella giornata l'inferma si lamenta soltanto di cefalèa e di interno ardore: la temperatura è a 39°,4. Si fanno delle pezzette fredde alla fronte e si amministra un clistere, che viene restituito con molte materie fecali cosperse di bile. Un senso di calore molesto si fa sentire nella sera alla regione epigastrica; la pelle è meno madida e tuttavia urente; si è accelerato il polso (pulsazioni 100; temperatura 39,4). Senapismo all'epigastrio, continuazione delle altre prescrizioni d'uso interno: notte trascorsa in calma. Della cefalèa e della sensazione di calore alla regione epigastrica non rimane più traccia nella mattina del 24; altrettanto è a dire del dolore alla regione colica destra: nuova eruzione, ma sempre scarseggiante, è apparsa alla cute; sono quasi affatto soppressi i sudori: la malata è tranquilla, ed in questo stato passa la giornata e la successiva notte. Le pulsazioni si mantengono fra le 96 e le 100; e la temperatura che nella mattina è a 39°,6, verso sera scende a 39°. Le orine non presentano speciali alterazioni.

Il 25 Ottobre la traspirazione è sempre scarsa, interrotta e parziale, la lingua è umida e ricoperta da un leggerissimo strato bianco-giallastro, poca è la sete. Sul torace

e sul bassoventre sta il maggior numero di vescichette e vi si notano anche delle papule miliariche. Il dolore alla regione colica destra si fa risentire soltanto nell'atto di profonda inspirazione, ed è lievissimo. Oltre questo dolore la malata accusa un senso di svanimento e di frastuono al capo: pulsazioni 92, temperatura 38, e respirazioni 16. I vescicanti sono secchi; si continua la bevanda ghiacciata e l'acetato di ammoniaca, e si amministra un clistere. Nella sera il dolore al colon si fa più intenso, crescono di numero le pulsazioni e le respirazioni, e si eleva la temperatura (pulsazioni 96; respirazioni 20; temperatura 39°): frizione con pomata mercuriale ed estratto di belladonna alla parte dolente; mitigazione del dolore; notte tranquilla.

Nella mattina successiva (26) il dolore alla regione colica è di nuovo ed affatto cessato; non più rumori alle orecchia; scemato il senso di svanimento e la eruzione miliarica in via di appassimento e di essiccazione. Pulsazioni 88; temperatura 38,4, respirazioni 20. Sospendo l'uso dell'acetato di ammoniaca e della bevanda ghiacciata, e per il giorno appresso torno a prescrivere una infusione di china a spostamento, un poco di pollo ed 80 grammi di vino di Bordeaux. Da questo giorno il regolare procedimento verso la convalescenza e la guarigione non venne altrimenti turbato: le pulsazioni e le respirazioni decrebbero gradatamente di numero, ed in pari modo andò abbassandosi anche la temperatura; tantochè il giorno 30 le pulsazioni erano 80, le respirazioni 19, e la temperatura non sorpassava i gradi 36,4. La dietetica fu accresciuta in ragione del progressivo miglioramento, e soltanto fu d'uopo sollecitare talora l'azione peristaltica degli intestini con qualche clistere.

La mattina del 31 Ottobre faccio trasportare la malata dal letto nella poltrona, ove può trattenersi per più ore senza il menomo disturbo. Questa pratica è ripetuta nei giorni successivi. e l' 8 Novembre la malata è già in grado di passeggiare per la sala. Il buon vitto e l'esercizio fisico riparano ben presto le stremate forze, perlochè il 17 del mese ora

indicato (50 giorni dopo la operazione) la Bellini provvista di una fascia addominale esce dallo Spedale in condizioni di salute assai lodevoli.

L'arto destro è rimasto e si mantiene sempre un poco più grosso del sinistro, le sue vene superficiali sembrano ormai permanentemente dilatate e formano una rete distintissima, specialmente alla regione esterna della coscia e delle gamba; però la funzionalità non è menomamente compromessa e soltanto nella sera un leggero edema si forma attorno ai malleoli. Sull'addome non resta che una cicatrice longitudinale solida e regolarissima, ed ai lati della medesima si vedono le piccole cicatrici quasi affatto sferiche e leggermente incavate, fattesi nei tramiti percorsi dalle anse metalliche spettanti alla sutura profonda. La massa degli intestini tenui resta sempre alquanto spostata a sinistra.

Rientrata in famiglia la Bellini ed al quieto, riguardato e metodico vivere dello Spedale sostituite le cure casalinghe e le vecchie abitudini della campagnola, non tardò molto a malarsi di bronchite che fece corso piuttosto lungo e grave, e durante la quale i violenti e ripetuti accessi di tosse spingendo la massa intestinale contro la cicatrice addominale, a poco a poco vinsero di questa la resistenza e la coesione, però soltanto profondamente e parzialmente. Perlochè risanata della bronchite si fece viepiù maggiore il bisogno della fascia addominale, facile essendo la propulsione di qualche ansa intestinale a traverso alla smagliata cicatrice, per qualunque di quei movimenti intrinseci od estrinseci che mettendo in contrazione valida il diaframma e gli stessi muscoli addominali, spingono in basso ed in avanti la massa intestinale. Tranne questo fortuito avvenimento, niuna malattia e nemmeno disordine funzionale che per sede e per natura avesse rapporto con la operazione medesima, venne a turbare la conseguita guarigione. La stessa mestruazione mancata durante la cura consecutiva alla ovariotomia e rimpiazzata allora dalla secrezione uterina di un umore mucoso, giallognolo e irritante, dopo 37 giorni si ristabilì regolarmente e senza disturbi di sorta.

La opportunità di rivedere a mio bell'agio questa operata, mi ha permesso di vegliare sulla di lei salute e darle utili consigli che le necessità di famiglia hanno il più di sovente resi vani. Ecco pertanto quale è lo stato della Bellini il 17 Dicembre 1869, tredici mesi dopo la di lei uscita dallo Spedale a completa guarigione. Salute buona; funzioni del corpo complessivamente considerate, non esclusa la mestruazione, operanti in modo normale, e soltanto l'arto addominale destro rimasto circa 2 centimetri più grosso del sinistro, un poco meno atto al prolungato esercizio, e se questo eccessivo, pronto ad infiltrarsi di siero attorno ai malleoli. Palpando la regione crurale nella direzione dei principali suoi vasi, non si riscontra verun carattere o segno indicante obliterazione della vena femorale là dove si formò il trombo, e molto meno può determinarsi se questo assorbitosi, quella siasi fatta nuovamente permeabile: fatto notevole però è la scomparsa quasi assoluta di quelle vene superficiali per le quali facevasi la circolazione supplementaria nella coscia non appena avvenuta la trombosi della femorale. L'addome si presenta tuttavia un poco più prominente a sinistra che a destra, la maggior parte degli intestini tenui per viziosa abitudine o per qualche accidentale adesione avendo conservato quella posizione che le fu imposta dal tumore ovarico.

Al disotto dell'ombellico ed in corrispondenza della parte centrale della cicatrice cutanea si vede una intumescenza di forma ovoidale, molle, facilmente riducibile ed il cui diametro maggiore è diretto in senso verticale. Questa intumescenza è fatta da alcune anse intestinali le quali hanno assottigliato e disteso insieme alla pelle che le ricuopre, la stessa cicatrice cutanea. Spingendo le ultime quattro dita poste a rango là dove hanno adito all'esterno della cavità peritoneale le stesse anse intestinali costituenti l'ernia, sentesi profondamente un'apertura allungata, circonscritta dal margine interno dei muscoli retti e nella quale le estremità dell'indice, del medio e dell'anulare possono impegnarsi. Pronte a venire fuori quelle anse intestinali sotto l'impulso di movimenti loro

comunicati, si respingono in cavità senza ostacolo e facilmente vi si mantengono con la semplice fasciatura addominale. Palpato l'addome, che è abbastanza molle e flaccido, non si scuoprono intumescenze nè punti dolenti, e nemmeno si apprezzano le modificazioni subite dal moncone del peduncolo della ciste ovarica estirpata.

Fin qui la storia della mia operata di ovariotomia; ora alcuni commenti sulla medesima e precisamente: intorno all'errore diagnostico sulla varietà della ciste ovarica: intorno alle innormali adesioni di quella, supposte e non confermate: intorno al fenomeno di contrattilità della ciste ed alla esistenza di fibre muscolari lisce nelle pareti della medesima; ed in ultimo intorno al processo operatorio considerato in relazione alla successiva ernia della linea alba.

1.° La diagnosi di ciste multiloculare io la dedussi principalmente dalla forma lobulata del tumore, e mi parve anche avvalorata dal fatto della maggiore frequenza di questa che dell'altra varietà di ciste, e della fluttuazione non ovunque egualmente palese, quantunque le maggiori sacche o logge che quella varietà di ciste costituiscono, sembrassero in reciproca comunicazione. E sebbene alcuni abbiano posto innanzi l'avvertenza che nelle voluminose cisti uniloculari osservasi frequentemente una specie di depressione o strozzatura in corrispondenza dello stretto superiore della pelvi, e perciò una modificazione nella loro più consueta forma, io non poteva fare diverso giudizio diagnostico giacchè la ciste da me operata non presentava una strozzatura unica, e per di più la maggiore era in direzione pressochè verticale anzichè parallela e corrispondente allo stretto superiore del bacino medesimo, come nel caso ricordato. Con ogni probabilità le alternate depressioni e rilevatezze osservate nelle pareti cistiche della Bellini, erano l'effetto di quel fascio di fibre esistente nella faccia interna della ciste e che isolato traversava il semmento inferiore della medesima, perdendosi da una parte nella densità della parete cistica, e dall'altra mettendosi in rapporto con

la estremità interna dell'ovaio. L' accidentale esistenza di questo fascio di fibre, al quale anche la forma dava le presuntive apparenze del ligamento utero-ovarico, quanto rendeva facile l' errore, altrettanto lo fa a parer mio scusabile. Nè d'altro lato la sbagliata diagnosi rendeva meno opportuna la ovariectomia; la quale, eccettuati i casi di gravi complicanze, si vuole ormai praticata tanto per le cisti ovariche semplici che per le composte, e se più di sovente sono state estirpate queste che quelle ciò dipende soltanto dalla maggiore frequenza delle une che delle altre.

2.º Fra le complicanze delle cisti ovariche si notano molto spesso delle accidentali adesioni della ciste medesima ora con le pareti ed ora con i visceri addominali, e non raramente con le une e con gli altri ad un tempo. I tumori ovarici policistici sono quelli che di preferenza presentano tale complicanza, che io ricordo a bella posta per dichiarare che la diagnosi di mera probabilità sulla esistenza di qualche adesione parietale e viscerale della ciste da me estirpata, ebbe per fondamento precipuo non già la conoscenza del fatto sopra ricordato, ma quello invece delle parziali e ripetute peritoniti specialmente alla regione laterale sinistra dell'addome, e la sensazione di sfregamento di cui ho altrove parlato. Ed invero si dà come segno diagnostico delle adesioni delle pareti della ciste con le parti circostanti e più specialmente con le pareti addominali, un' ostacolo al procurato scivolamento di queste sulla parte anteriore e sulle laterali della ciste, stando la malata giaciuta sul dorso ed a gambe flesse; e Scanzoni vi aggiunge come segno costante il rumore di sfregamento avvertibile con l'orecchio e spesso anche con la mano applicati sulla parete anteriore dell'addome, allorchè la malata cambia di posizione; rumore paragonabile a quello che odesi nella pleurite con essudato. Altri poi dichiarano quasi certa la esistenza di tali adesioni, quando oltre ai segni ricordati vi siano stati dei ricorrenti dolori addominali, per la loro modalità più propri della peritonite. Or bene nella mia operata non mancarono nè

sofferenze addominali nè rumore di sfregamento, pure non si trovarono aderenze parietali e nemmeno viscerali. Io non voglio da ciò concludere che quei segni siano affatto manchevoli, ma piuttosto che di per se stessi sono talvolta almeno insufficienti ad assicurare la diagnosi delle aderenze; le quali se per avventura esistano invece fra ciste ed epiploon o intestini tenui, la loro diagnosi sarà anche più incerta, giacchè la mobilità degli organi ricordati non impedirà lo spostamento della ciste. In breve la diagnosi delle aderenze è in generale assai difficile: non vi sono che i casi nei quali ad un volume non eccessivo della ciste vada congiunta la sua quasi completa immobilità, e quelli in cui è stata fatta la puntura della ciste medesima, che si può ritenere per sicura la esistenza delle aderenze; che anzi al dire di Bryant quando fu praticata la operazione della puntura, le aderenze si trovarono in 72 casi per 100, mentre si trovarono soltanto in 27 casi per 100 quando non fu praticata nessuna cura (¹).

3.° Il fatto empirico della mutabile forma, ma soprattutto della mutabile consistenza della ciste ovarica, verificabile e verificato con la palpazione ad intervalli di tempo indeterminati e senza intervento di cagioni apprezzabili, non poteva altrimenti riferirsi che alla contrattilità delle pareti della stessa ciste. Ma siccome un tale fenomeno non può essere derivabile che da fibre muscolari, così negata com'è dai più la esistenza di quelle nelle pareti cistiche, la osservazione empirica ricordata o verrebbe facilmente tacciata di imperfetta o per lo meno se ne direbbe erronea la spiegazione. Ed invero trattasi di un fenomeno che costituirebbe un nuovo segno patognomonico delle cisti ovariche, e perciò di grandissimo valore non solamente per la loro diagnosi, ma altresì per differenziarle da altri tumori di natura diversa, sorgenti dall'utero o dalle sue appendici. Ma appunto perchè è un segno nuovo e perciò ancora poco studiato, anzi per quanto

(¹) *Clinical Surgery on Ovariectomy*, by Thomas Bryant.
Part. VII. London 1867.

ne so fino ad ora da niuno pubblicamente ricordato, bisognava andare cauti nell'annunziarlo, aspettando che la reiterata osservazione clinica lo avesse bene appurato, o l'esame istologico delle cisti ovariche avesse scoperto in queste delle fibre muscolari. Ora il microscopio è venuto in soccorso alla osservazione empirica ed ha pienamente confermato di questa il giudizio fatto sulla natura e sulla importanza del sintoma in esame. Anche Dubreuil di Montpellier citato dal Boinet (*), parlando della struttura delle cisti ovariche descrisse uno strato muscolare; ma sia pure perchè, come afferma lo stesso Boinet, questo strato muscolare non è stato mai osservato da altri, o piuttosto perchè i più soddisfatti delle osservazioni microscopiche di pochi ne hanno accettato senza discussione e senza riprova i risultati, fatto certo è che fin' ora niuno ha più parlato di fibre muscolari nelle pareti dei tumori cistici delle ovaie e tutti via via, forse ricopiandosi, hanno ripetuto che le predette pareti risultano composte, di una tunica esterna costituita dal peritoneo fatto ipertrofico e nella sua faccia interna percorso da gran numero di vasi; di uno strato fibroso che può divenire assai grosso e compatto; e finalmente di un' incostante strato epiteliale.

La verificata presenza di fibre muscolari lisce nelle pareti della ciste della mia operata tronca affatto, come suol dirsi, ogni questione in proposito; ma è pur bene avvertire che anche senza questa osservazione di fatto il fenomeno della mutabile forma e consistenza delle cisti ovariche, riconosciuto per la sua modalità e per i suoi effetti, non potevamo attribuirlo che alla presunta esistenza di fibre muscolari nelle pareti cistiche. E questa presunzione veniva altresì avvalorata dagli studi di Rouget (**), il quale partitosi dal fatto che

(*) *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement*, par A. A. Boinet; Paris 1867.

(**) *Récherches sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil musculaire tubo-ovarien*. (Journal de Physiologie de Brown-Sequard Tom. 1. Paris 1869).

la tunica muscolare superficiale dei visceri cavi è lungi dal modellarsi sempre sulla loro forma e sulle loro dimensioni, e che i muscoli della vita organica alla loro estremità terminale mettonsi costantemente in rapporto con una parte qualunque dell'apparato locomotore della vita animale (tendini, aponeurosi o anche muscoli), è giunto a dimostrare che i ligamenti larghi non sono una semplice piega peritoneale, ma una espansione dalle parti laterali dell'utero, o piuttosto sono foglietti muscolari sottoposti alle lamine della sierosa, adesi in modo così intimo e costituenti fasci di fibre lisce che si incrociano e formano una vera rete. Così accade delle fibre del ligamento rotondo e dei ligamenti utero-sacri; e quanto ai fasci dipendenti dal ligamento ovarico, essi provengono tutti dalla faccia posteriore dell'utero e non terminano bruscamente alla estremità interna dell'ovaio, ma insieme ai fasci di cellule nucleate si spandono nell'ovaio stesso, vi si intrecciano e racchiudono nel loro interno i follicoli di Graff. Un'altra parte di queste fibre del ligamento ovarico segue il margine inferiore dell'ovaio, e giunta alla estremità esterna concorre alla formazione del cordone muscolare che unisce il padiglione della tromba all'ovaio.

Se dunque le fibre muscolari lisce si trovano in tutto l'apparato genitale interno muliebre, le cisti ovariche giustificando questa denominazione per la loro origine nell'ovaio, dovranno sempre essere provviste di uno strato muscolare di fibre lisce.

4.° L'ernia della linea alba quale successione della ovariectomia sembrerebbe assai rara, riferendosi al silenzio quasi generale in cui si tengono sulla medesima quei Chirurghi che praticarono la estirpazione di tumori ovarici. Spencer Wells è fra i pochissimi ed il primo che abbia raccomandato di comprendere il peritoneo nella sutura delle pareti addominali, con lo scopo precipuo di ottenere una sollecita e stabile cicatrice, e di impedire così la penetrazione nella cavità peritoneale dei materiali secreti dalla ferita e, questa cicatrizzata,

la formazione di ernie epiploiche ed intestinali (1). Parla il Krassowsky di una fra le sue operate di ovariectomia, alla quale rimase un' ernia della linea alba ed un notevole spostamento dell' utero (2); ed il Pean dice di avere veduta una eventrazione al decimo giorno dopo la ovariectomia e quando già la ferita sembrava saldamente riunita (3). Queste sono le pochissime cognizioni che ho potuto raccogliere intorno all'argomento in esame, scartabellando Monografie e Collezioni di numerose osservazioni cliniche. Eppure le ernie della linea alba non sono poi rarissime nella donna, ognora che quella porzione fibrosa della parete anteriore addominale per gravidanza, per idrope-ascite, per voluminosi tumori intra-peritoneali e per altre cagioni congeneri si assottigliata, slargata e fatta lassa in guisa da non resistere all'impulso dei visceri addominali: e sebbene la incisione della linea alba lungo il di lei asse principale esponga meno alle consecutive eventrazioni di una incisione trasversale comprendente fibre muscolari, ciò non esclude la possibilità del fatto che d'altronde la osservazione ha pienamente confermato. Se dunque la eccessiva e protratta distensione della parete anteriore addominale assottigliando e smagliando questa può di per se sola predisporre alla formazione delle ernie ventrali in genere (e le più comuni sono quelle che si manifestano fra i muscoli retti), con maggiore facilità si avrà quivi la loro comparsa al seguito di incisione o ferita penetrante in cavità, ancorchè riunita, la cicatrice che in quel punto si sostituisce alla parete addominale ben raramente offrendo all'impulso dei visceri una resistenza pari a quella della stessa parete là dove è rimasta integra. E se consideriamo che la incisione praticata per la estirpazione dei tumori ovarici è sempre molto estesa; che non sempre

(1) *Du traitement des Kystes et des tumeurs ovariques*, par le D. Th. Spencer Wells, traduit et annoté par Th. Bottaro. Paris, 1867.

(2) *De l'ovariotomie*, par A de Krassowsky. St. Petersbourg 1868.

(3) J. Pean. *Ovariectomie et splenotomie*, deuxième édition. Paris 1869.

riesce agevole guidare il bisturi nel bel mezzo della linea alba, ma talora si apre in qualche punto una delle guaine aponeurotiche dei muscoli retti; e che con la sutura profonda non sempre riesce mettere ovunque ad esatto contatto le parti divise e perciò ad ottenere in tutti i punti una sollecita e lineare cicatrice, ci persuadiamo di leggeri della facilità con la quale data una adeguata causa occasionale, giacchè la predisponente non manca, si possano effettuare le ernie sulla linea alba. Se pertanto i Chirurghi che hanno praticato la estirpazione di tumori ovarici, assai raramente hanno osservato la consecutiva comparsa dell'ernia a traverso ad una porzione più o meno estesa della cicatrice, ciò potrebbe dipendere principalmente dall'essere mancata la causa occasionale atta a produrla. Nella operata di Pean e nella mia fu la tosse per sopravvenuta bronchite che determinò la formazione dell'ernia; il Krassowsky non dice quale fu la cagione che rese erniosa la sua operata, e nemmeno indica a quale distanza di tempo dalla operazione. Il Pean potè reintrodurre in cavità le anse intestinali erniose e nuovamente fare la sutura, i margini della ferita essendo tuttavia suscettibili di riunione; ciò che non era nella mia operata e nemmeno, a quanto pare, in quella di Krassowsky.

Ma se l'ernia della linea alba sia o no rara al seguito della ovariotomia, non è ciò che più importa ora dimostrare, si vuole bensì stabilire se e quanta influenza abbia il processo operatorio nella sua formazione; al quale intento si può giungere dirigendo le nostre ricerche unicamente sul modo con cui è praticata la sutura profonda, ossia secondo che da questa venga escluso o compreso il peritoneo.

Prima che Spencer Wells mettesse a profitto i risultati delle esperienze di Jobert di Lamballe sulla riunione delle ferite intestinali, e per proprio conto facesse delle ricerche sperimentali sopra i porcellini d'India, onde stabilire il modo migliore di cicatrizzazione della ferita a tutta spessorezza della parete addominale, gli Ovariotoromisti non comprendevano nella sutura il peritoneo, o almeno non se ne facevano un precetto.

Ognuno sa che per le esperienze di Jobert venne posta in evidenza ed a profitto la facilità con la quale si fanno aderire le sierose messe a contatto, e probabilmente non è ignorato dai più come lo Spencer Wells abbia ricavato dai suoi sperimenti, che quando nella sutura si comprende anche il peritoneo, la infiammazione di questa membrana e le adesioni intestinali sono meno facili di quello che lo siano allorchè la sutura comprende soltanto pelle, aponeurosi e muscoli; nel quale caso la ferita peritoneale rimane aperta in corrispondenza della cavità addominale, il pus può effondersi nel peritoneo e determinare gravi accidenti: sicchè riunione immediata facile e sollecita, e probabilità maggiore di evitare la peritonite, le adesioni intestinali e la eventrazione. Di qui il precetto di riunire la ferita addominale per prima intenzione con sutura metallica incavigliata oppure attortigliata, traversando il peritoneo alla distanza di tre o quattro millimetri da ciascuno dei suoi margini. È questo il precetto, questa è la pratica di Spencer Wells; precetto e pratica seguiti dai più. Non pertanto le minorità che segue una pratica opposta ha per antesignani Clay di Manchester, Baker Brown e Koeberlé, ovariotoromisti al pari di Spencer Wells e di altri di grandissima vaglia: io non vedo alcun vantaggio, scriveva Clay nel 1861 a Baker Brown, a passare i fili a traverso al peritoneo, e fino d'allora prognosticava che quella pratica avrebbe aumentato in modo considerevole la proporzione dei morti nella ovariotoromia (1). Per buona ventura questo vaticinio non si è avverato: tuttavia è opportuno avvertire che sebbene gli esiti infausti della ovariotoromia non siano da riferire esclusivamente alla lesione del peritoneo (quantunque la peritonite sia la successione morbosa la più costante e spesso anche la più grave), pure le maggiori offese recate a questa sierosa perforandola in più punti con l'ago conduttore di anse ordinariamente metalliche; la possibilità che dai punti perforati esca immediatamente sangue, sia pure in poca quantità, e si

(1) *Surgical diseases of the women.*

versi in cavità, ed in seguito avvenga altrettanto rispetto al pus, ognorachè i tramiti spettanti a ciascuno dei punti di sutura si facciano suppuranti; ed infine il contatto per 4 a 8 giorni di alcune porzioni degli intestini tenui e molto probabilmente ancora del grande omento con quella parte delle anse metalliche rimasta a nudo nella cavità addominale (da 6 a 8 millimetri per ciascun punto di sutura), sono altrettante cagioni le quali siccome possono maggiormente compromettere il successo della operazione, così giustificano ed a parer mio rendono altresì preferibile la pratica di Clay e dei suoi seguaci. I quali per quanto ne so non parlano di ernia della linea alba consecutiva alla ovariectomia, forse perchè a fronte della guarigione di così grave operazione la credono di poca importanza, o piuttosto perchè con la sutura extra-peritoneale confidano opporsi anche più efficacemente di quello che con la sutura intra-peritoneale, alla sua formazione. Basta infatti riflettere agli intendimenti ed al modo con cui i Chirurghi poco fa ricordati praticano la sutura profonda, per dare credito a questa mia interpretazione: scopo di questa sutura, dice il Koeberlé, è di mantenere ravvicinati profondamente i margini della ferita e di opporsi al loro divaricamento in caso di timpanite (*). E senza tornare a descrivere quella parte del processo operatorio relativa alla sutura extra-peritoneale, e quale io stesso la praticai, osserverò che la direzione data all'ago conducente le anse metalliche nel perforare e traversare i margini della ferita; la penetrazione di quello nelle aponeurosi addominali là dove costituiscono la guaina aponeurotica dei muscoli retti, e soltanto a 2 centimetri di distanza dai margini; la profondità a cui l'ago stesso viene spinto e che è valutabile a più di due terzi di spessore della parete addominale, danno per risultato una sutura la quale non solamente pone e mantiene a perfetto contatto i margini della ferita là dove essa agisce più direttamente, ossia nella porzione più profonda della ferita medesima, ma al tempo

(*) Koeberlé. *Oper. cit.*

stesso deve mettere in reciproco rapporto anche i margini della ferita peritoneale e così favorire la loro sollecita riunione, nella guisa stessa che nella cheilorafìa si ottiene la riunione sollecita della muccosa labiale, sebbene questa non venga compresa dalla sutura. Ma ammesso pure il fatto contrario è da domandare se la sutura comprendente il peritoneo, mentre facilita ed affretta la riunione di questa sierosa, coopera al tempo stesso e con pari efficacia della sutura estra-peritoneale alla riunione di ogni altra parte della ferita medesima. A me pare che la risposta debba essere negativa; ad ogni modo la differenza starebbe solamente in questo, che nel caso di sutura profonda comprendente anche il peritoneo i visceri erniosi avrebbero il loro sacco peritoneale, come lo hanno quando la cavità addominale non fu aperta, e nel caso opposto dovrebbero invece mancare di sacco peritoneale. Intanto per venire ad una conclusione desunta dal fatto clinico, dirò che delle 3 operate di ovariatomia nelle quali è stata osservata l'ernia della linea alba, in quella del Krassowsky e nell'altra del Pean il peritoneo era stato compreso nella sutura, la quale fu invece estra-peritoneale nella mia operata: perlochè se volessimo accordare qualche valore a questo ristrettissimo numero di casi, risulterebbe intanto che l'ernia in esame è più frequente quando nella sutura profonda della parete addominale divisa si comprende il peritoneo, di quello che lo sia allorchè si fa la sutura estra-peritoneale. Alla ulteriore esperienza clinica è però affidato il giudizio definitivo intorno al valore assoluto e relativo di questi due modi diversi di pratica chirurgica.

39054



SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE

Tavola I.

Rappresenta la ciste nella forma, posizione e rapporti presentati nel momento di trarla fuori dalla cavità addominale.

- A. Apertura triangolare fatta dal trequarti.
- P. Peduncolo della ciste.
- U. Utero.
- O. Ovaio sinistro e corrispondente corpo frangiato.
- I. Inspessamenti o placche fibrose.

Tavola II.

Rappresenta la ciste artificialmente ruotata sopra se stessa, cioè di basso in alto e da destra a sinistra, onde mettere in vista i suoi rapporti con l'ovaio e con la tromba.

- A. Apertura triangolare fatta dal trequarti.
- E. Estremità frangiata o padiglione della tromba.
- O. Ovaio.
- P. Peduncolo della ciste: le due linee punteggiate ne rappresentano la larghezza.
- I. Inspessamenti o placche fibrose.

Tavola III.

Rappresenta la parte destra e interna della ciste con il fascio di fibre, o organo funicolare avente qualche rassomiglianza con il ligamento utero-ovarico. Le linee punteggiate tracciano la posizione dell'ovaio; mostrano il rapporto con il detto fascio di fibre, e indicano pure la superficie di sezione del peduncolo.

- P. Padiglione o estremità frangiata della tromba.
- O. Ovidutto o tuba falloppiana.
- F. Fascio di fibre che traversa isolato il semmento inferiore della ciste, e di cui una estremità è in rapporto con la estremità interna dell'ovaio, e l'altra si perde nella densità della parete cistica.
- E. Estremità interna dell'ovaio.

Tavola IV.

In questa Tavola sono graficamente tracciate le oscillazioni della temperatura del corpo, e del numero delle pulsazioni dal 24 Settembre (due giorni avanti la operazione) al 30 Ottobre, epoca nella quale la guarigione poteva dirsi assicurata.

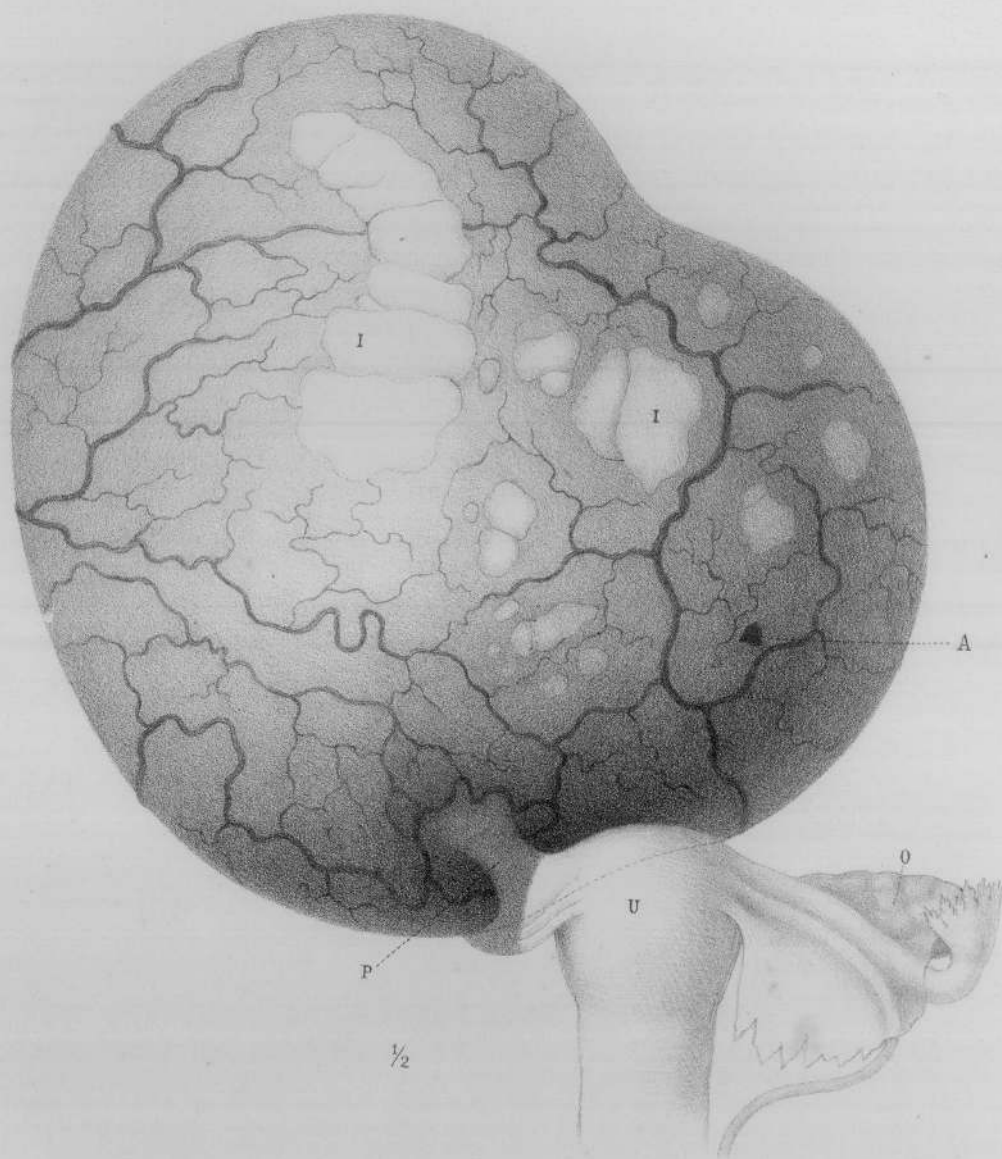
Le linee verticali corrispondono, alla mezzanotte che separa l'un giorno dall'altro, per cui è facile precisare l'ora in cui fu misurata la temperatura e furono contate le battute del polso. Basta infatti valutare la distanza che passa fra il punto che indica il grado segnato dal termometro o il numero delle pulsazioni, dalla linea verticale più vicina, e riportarla con la sola vista o meglio con il compasso sopra una delle tavole orarie poste in alto ai due estremi, e nel mezzo della Tavola.

La linee orizzontali stanno ad indicare i decimi di grado del termometro centesimale, ed i numeri delle battute del polso.

Nella parte inferiore della Tavola è indicato, nei giorni più importanti, il numero delle respirazioni.

I rimedi più importanti, e gli stati morbosi complicativi l'andamento della cura, sono stati indicati negli spazi corrispondenti ai relativi giorni, onde meglio apprezzare le influenze sì degli uni che degli altri, sopra le oscillazioni del polso e della temperatura.

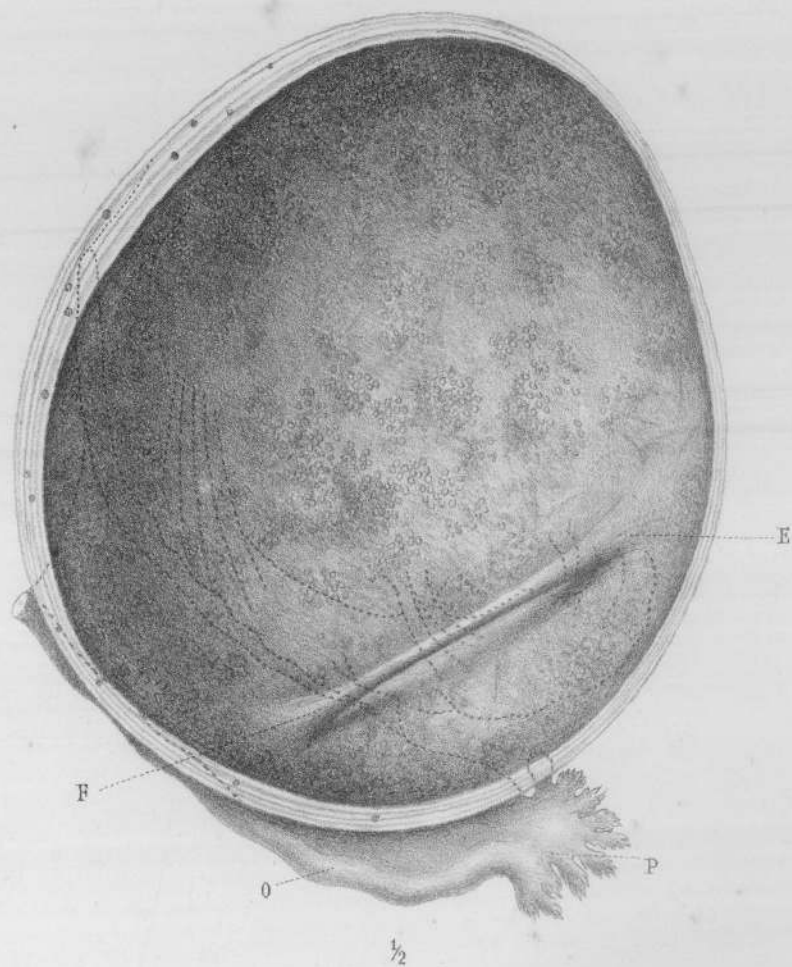




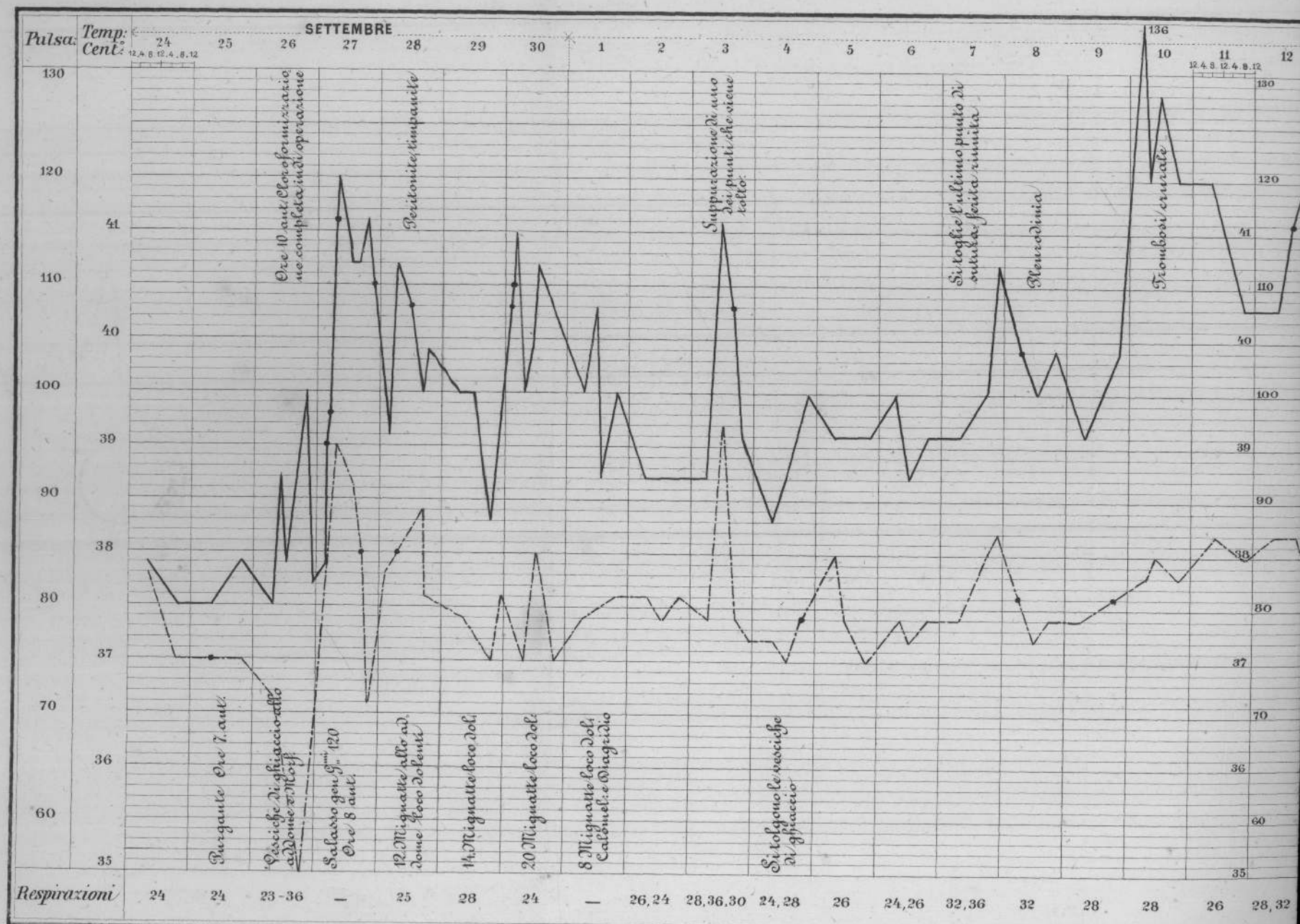








Tav. IV.



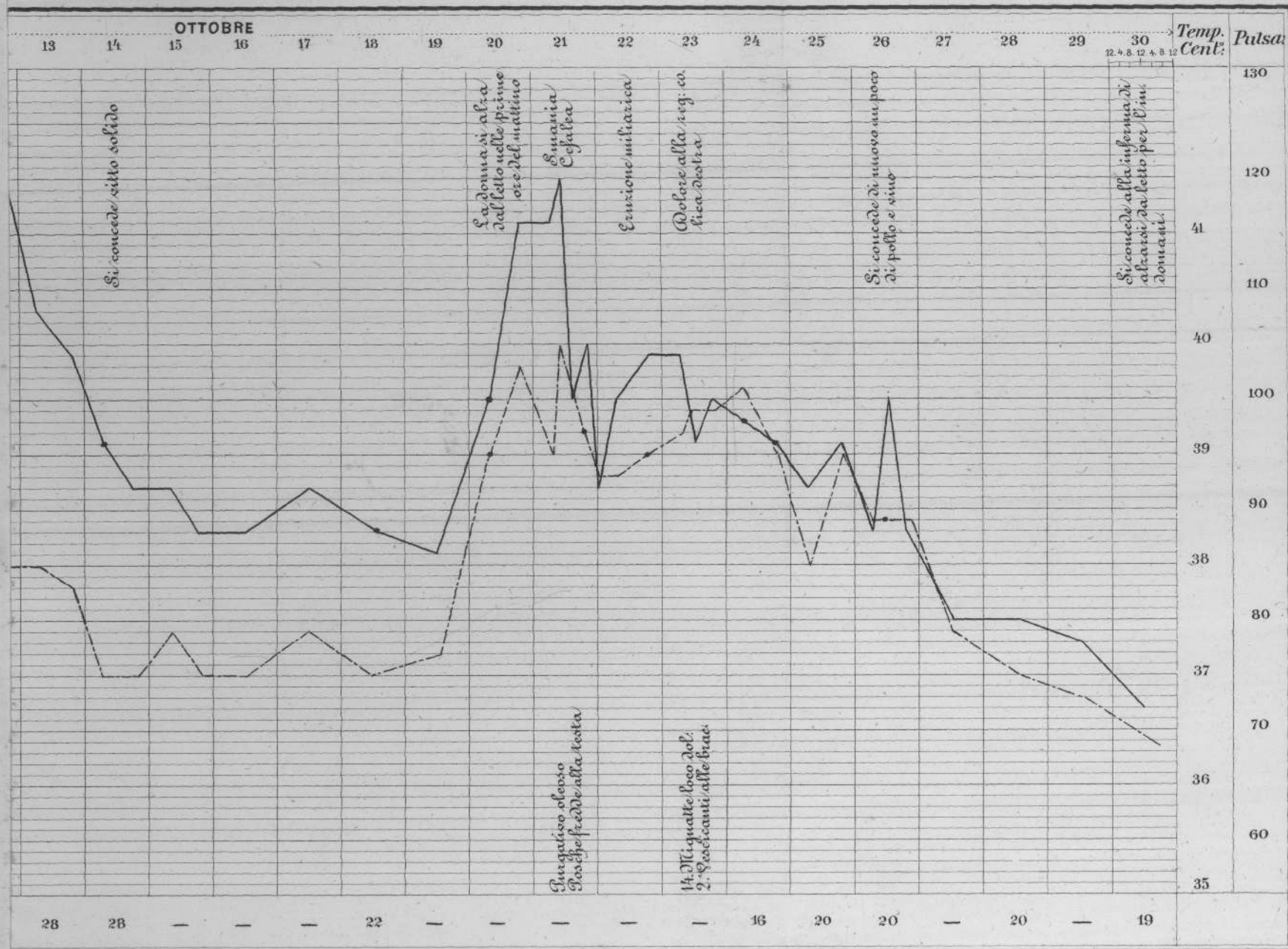
C.D. Parrini dis.

L. Facchini inv.

----- Temperatura del Corpo presa all'ascel

RMOCRAFICHE

Landi - Ovariectomia.



lit. F. Casanova.

la — Numero delle pulsazioni.



