R. Ospedale dei Ss. Cosimo e Damiano in Pescia
Sezione Chirurgica diretta dal prof. A. BOARI

MISC FCT 82/35

CONTRIBUZIONE CLINICA ALL'INCISIONE TRASVERSALE DEL FONDO DELL'UTERO ALLA FRITSCH NEL TAGLIO CESAREO: CASI E CONSIDERAZIONI

PEI DOTTORI

G. Perondi e A. Boari

(Estratto dalla *Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia*, 1904).

BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA
LA TORRE

NAPOLI
Stab. Tip. Cav. Nicola Jovene e C.°
Piazza Trinità Maggiore, 13
1904

R. Ospedale dei Ss. Cosimo e Damiano in Pescia
Sezione Chirurgica diretta dal prof. A. BOARI

CONTRIBUZIONE CLINICA ALL' INCISIONE TRASVERSALE DEL FONDO DELL'UTERO ALLA FRITSCH NEL TAGLIO CESAREO: CASI E CONSIDERAZIONI

PEI DOTTORI

G. Perondi e A. Boari

(Estratto dalla *Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia*, 1904).

R. BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

NAPOLI
Stab. Tip. Cav. Nicola Jovene e C.°
Piazza Trinità Maggiore, 13
1904

La science a tout à gagner à ce que ses arrêts puissent être compris du plus grand nombre et pourtant soient discutables. La science perd à n' avoir pour interprétes que des oracles.

(Giraud-Teulon).

Il taglio cesareo, oggi, grazie all' antisepsi ed ai perfezionamenti apportativi nel tecnicismo da Sänger, Ritgen-Müller, da Porro, Leopold e da Fritsch, è divenuto un'operazione tipica. La sua mortalità è andata progressivamente sempre più scemando, sicchè, per dirla col Döderlein (1), esso ha perduto quella veste di terrore che aveva un tempo. Questo progressivo miglioramento nei suoi risultati ha valso da una parte a sanzionare la pratica di *allargare* le sue indicazioni nell'interesse precipuo del feto e dall' altra ha spinto taluno (Reynolds) (2), incoraggiato da una serie personale favorevole di 22 casi occorsi alla Maternità di Boston con zero di mortalità materna e fetale, a domandarsi se la pratica più frequente del taglio cesareo non fosse per riuscire un mezzo per scemare la mortalità fetale senza accrescere proporzionalmente la materna.

Se per la più gran parte delle quistioni riflettenti l' operazione cesarea esiste fra gli ostetrici quasi perfetto accordo, non può ugualmente dirsi per quello che riguarda la scelta della sede e della di-

rezione più appropriata del taglio della parete uterina. Tutti i lavori precedenti al 1897 provano ampiamente come nessuno dei tanti processi escogitati nell'intento di evitare qualcuno degl'inconvenienti del taglio cesareo classico, sia riuscito nemmeno per un istante a sviare il favore e la corrente di simpatia generalmente incontrati dall'antico metodo dell' operazione cesarea condotta mediante il taglio verticale sul terzo medio del corpo uterino. Tralasciando di proposito la menzione di tutto quanto si discusse e anche si fece in addietro con lo scopo di migliorare il taglio cesareo classico, ci contenteremo soltanto di ricordare come Leopold, Zweifel, C. Braun siano stati i primi ad operare deliberatamente, invece che sulla parete anteriore, sul fondo dell' utero, estendendosi però più o meno in basso a seconda del bisogno sulla parete anteriore del corpo. P. Müller e in seguito anche Zweifel si dichiararono assai favorevoli all'incisione sul fondo in senso longitudinale e poi operarono in questa guisa, seguiti poscia sulla stessa via da C. Iacobi Müller. Ma la proposta del taglio sul fondo in direzione longitudinale è anteriore alle operazioni praticate da questi autori ed appartiene a un italiano, il Caruso (3), che la fece fino dal 1889. Però è giusto riconoscere che da sette anni a questa parte soltanto, e precisamente dal 3 maggio 1897, la proposta del Fritsch (4), fatta in base ad un caso da lui felicemente operato nel quale incise trasversalmente il fondo uterino, ha valso a risollevare nel mondo scientifico l'importante quesito della dieresi.

Non potendosi ancora a mente nostra pronunciare un giudizio definitivo sopra questo nuovo processo operativo, per le controversie ancora esistenti, noi, convinti come siamo, che su queste soltanto lo studio accurato e spassionato di una numerosa serie di casi può spargere la vera luce, ritenemmo doveroso per parte nostra, e ad un tempo di qualche utilità, portare a conoscenza dei colleghi il modesto contributo di due nostre osservazioni a conferma di questa proposta.

L'idea di incidere l'utero trasversalmente sul suo fondo non è certo nuova. Ne aveva parlato già parecchi anni sono il Lauverjat (5) in un momento certo assai poco favorevole (di fronte ai costanti insuccessi) per discutere con sufficiente cognizione di causa di preferenze da dare ad una più che ad altra maniera di incisione. Questo autore difatti nel 1778 propose ed eseguì un taglio cesareo con incisione trasversale sul fondo. Il processo venne nel 1896 nuovamente applicato dall'Everke di

Bochum (6), ma l'operatore, avendone avuto esito infausto (dovuto ad infezione) nella donna da lui così operata, tornò all'incisione classica. Però la proposta formale di adottare come *metodo di scelta* questa linea di taglio e il merito di averne bene rilevati e fatti apprezzare gl'indiscutibili vantaggi, spetta senza contrasto al Fritsch.

Dal periodo della sua prima operazione ad oggi una lunga schiera di ostetrici ha preso ad adottare l'incisione del fondo nel taglio cesareo. Il Caruso (7) nel 1898 è sceso nuovamente in campo a propugnare il suo metodo, divenuto così rivale di quello del Fritsch, d'incisione del fondo dell'utero, ma in senso sagittale. I due valorosi ostetrici sono stati seguiti in questo senso da numerosa schiera di operatori, e il secondo una volta da uno di noi (8), gli uni accogliendo e sostenendo le ragioni del Fritsch, gli altri quelle del Caruso.

L'esame complessivo dell'abbondante letteratura sull'argomento ci permette di asserire che ormai le maggiori simpatie sono per l'incisione trasversale. Manca a tutt'oggi una completa statistica delle operazioni praticate con questo metodo: crediamo nonostante di non andare di gran lunga errati affermando che il numero totale delle operazioni cesaree praticate con questo speciale procedimento non si allontani molto dal doppio centinaio, e tra queste, notevoli per le speciali considerazioni che suggerirono ad un distinto allievo di quella scuola, P. L. Ferrari (9), quelle eseguite nella Clinica Ostetrica di Firenze dall'illustre Prof. Pestalozza. A proposito di queste diremo che da Ferrari e da Fredet (10) venne fornita la dimostrazione, per mezzo della radiografia di uteri puerperali a tale uopo iniettati, del decorso prevalentemente trasversale dei vasi del fondo uterino e, con ciò, della utilità e della razionalità di incidere questo parallelamente al loro decorso. A riprova di quanto l'esatta indagine anatomica ha permesso di constatare, si può dire che l'incisione della parete uterina, praticata così, provoca una emorragia senza confronto inferiore a quella che si verifica generalmente per l'ordinario taglio cesareo classico. I casi di Firenze dimostrano poi ad evidenza quanto minore sia nella maggioranza dei casi la probabilità di ferire la placenta o interessarla per piccolo tratto.

Questi due vantaggi insieme combinati fecero sì che talora l'incisione dell'utero risultasse quasi esangue. Con ciò si capisce di quanto venga ad essere facilitata all'operatore l'esecuzione del taglio cesareo.

Il vantaggio di potere evitare di interessare nella dieresi la placenta

non paia, come taluno crede, di poca importanza. Come fa giustamente notare il Caruso (11), il ferire la placenta potrebbe benissimo stare a significare la terminazione sfavorevole di un'asfissia fetale già incominciata; anche l'emorragia che ne deriva non è sempre di lieve entità: il caso recentemente comunicato da Kayser alla Società dei Medici della Charité (12) dimostra quanto possa riuscire grave l'incisione della placenta: in quel caso l'emorragia fu *esorbitante*, la paziente si fece in pochi istanti fredda e senza polsi, e si era già pensato di ricorrere alla Porro, quando un tamponamento riuscì ad evitare questo estremo ripiego. Cade quindi l'affermazione del Mattòli (13) a cui non sembra che possa avere grande valore il pericolo di ferire la placenta dal momento che dev'essere subito estratta dopo il feto. Come le concordi osservazioni di Schröder (14), Gusserow (15), Leopold (16), Ahlfeld (17), Olshausen (18), Caruso (19), Holzapfel (20), ecc. hanno stabilito, l'impianto della placenta si fa con grande preferenza sulla parete anteriore o posteriore del corpo. Di qui il grande vantaggio di un processo che come questo, riesca nel maggior numero dei casi ad evitarla.

Ma vediamo anzitutto quali dovrebbero essere i vantaggi dell'incisione sul fondo in genere e, una volta data la preferenza all'incisione sul fondo, quale delle due maniere d'incidere sia la preferibile.

Per rispondere al primo quesito, è necessario anzitutto vedere quali furono le ragioni che fecero prescegliere, su tutte le incisioni da tempo proposte, la classica sul terzo medio del corpo uterino.

Esse furono: 1.° Ottenere il parallelismo tra la ferita uterina e l'addominale per impedire il versamento di liquidi nel cavo peritoneale e favorire il loro incapsularsi (nel caso il versamento si verificasse) nello spazio vescico-uterino.

In tal modo si credeva di diminuire i pericoli del taglio cesareo; i pericoli saranno presso a poco uguali con questo come con qualsiasi altro metodo, giacchè non si può contare con sicurezza che i liquidi dalla cavità uterina si raccolgano tutti nello spazio vescico-uterino, vi si incapsulino e trovino facile via di uscita all'esterno;

2.° Facilità di praticare l'operazione, perchè riescirebbe più agevole l'emostasi e la sutura.

La facilità dell'operazione è effimera perchè la sutura può infettarsi dall'esterno e trasmettere l'infezione ai seni venosi placentari ed è meno sicura per la maggiore rarefazione, sottigliezza e cedevo-

lezza della zona d'impianto utero-placentare. La facilità dell'emostasi si può avere ugualmente col processo di Fritsch.

A questa maniera di incidere l'utero non mancano di associarsi taluni innegabili inconvenienti:

1.° maggiore facilità di ferire la placenta, che più spesso s'inserisce sulla parete anteriore che sul fondo del corpo uterino, con gl'inconvenienti da noi sopra notati;

2.° possibilità di ledere il segmento inferiore all'atto della dieresi, quando questo si trovi assottigliato perchè disteso a causa della lunga durata del travaglio, o anche per la semplice uscita del feto;

3.° poca solidità della sutura, la quale si fa nel punto più debole e talora più sottile, rendendo meno sicura l'emostasi e tanto più facile il pericolo di una emorragia postuma e di rottura dell'utero in un nuovo parto.

Al taglio cesareo sul fondo sono stati, in genere, attribuiti i seguenti vantaggi sul taglio classico:

1.° si evita nel maggior numero dei casi di cadere sulla placenta;

2.° si applica una sutura più solida perchè sul fondo dell'utero vi è più stoffa ed il tessuto uterino nel tratto dell'incisione presenta uno spessore più grande;

3.° è resa più facile l'emostasi provvisoria per parte di chi assiste senza imbarazzare l'operatore mentre procede alla sutura del fondo;

4.° la perdita sanguigna per l'incisione dell'utero è, in genere, di minore entità che nel taglio cesareo classico;

5.° contribuisce ad evitare in una posteriore gravidanza la possibilità della rottura dell'utero;

6.° permette di far cadere il taglio delle pareti addominali più in alto che nel processo classico, di maniera che l'ombellico ne formi il punto di mezzo, ciò che garantisce di più contro l'eventualità di ernie addominali della cicatrice, come a suo tempo dimostrò Fasola (21);

7.° più facile e più esatto addossamento dei margini della ferita addominale all'utero eventrato, sicchè sangue e liquido amniotico cadono completamente fuori del cavo peritoneale;

8.° maggiore accorciamento della ferita uterina in seguito al retrarsi e contrarsi dell'utero dopo svuotato;

9.° maggiore facilità di estrazione del feto per i piedi, come d'or-

dinario accade: talora anzi si verifica un vero snucleamento spontaneo della parte presentata in corrispondenza del fondo;

10.° possibilità di eseguire meglio un forte massaggio dell'utero in caso di atonia, senza disturbare l'applicazione della sutura delle pareti uterine;

11.° si evitano più facilmente le aderenze dell'utero alla parete addominale, che potrebbero preparare seri imbarazzi nei parti ulteriori.

Una volta ammessi questi vantaggi del taglio sul fondo resta a decidere quale direzione bisogna dare all'incisione, se cioè la trasversale secondo Fritsch o la longitudinale antero-posteriore secondo quanto pratica e suggerisce il Caruso. Vi sono ragioni per l'una e per l'altra, per quanto sia giusto convenire che in ultima analisi la differenza fra i due processi non risulta poi grande, tanto è vero che vi ha chi sceglie indifferentemente or l'uno or l'altro.

Una volta intesi sulla utilità di incidere sul fondo, la discussione in proposito potrebbe sembrare un po' bizantina, ammessa la bontà di entrambi.

Per quanto, come uno di noi ha potuto convincersi *de visu* dallo esame di uteri puerperali coi vasi artificialmente iniettati, la direzione di essi, pur essendo in prevalenza trasversale, può essere più o meno accentuatamente serpiginosa, per cui qualche vaso può venire trasversalmente reciso, ciò si verificherà con una frequenza e una entità incomparabilmente minore incidendo alla Fritsch. Un paragone fatto da Ferrari (22), fra i casi operati con l'uno e l'altro metodo, dimostra quanto più facilmente all'atto pratico si sia ferita la placenta nei casi operati alla Caruso; chè se l'autore del secondo processo afferma che da un occhiello praticato sul fondo è facile orientarsi per vedere se convenga estendere più in avanti o più indietro il taglio dell'utero allo scopo di evitare la placenta, noi potremmo rispondergli col Ferrari stesso che con ciò talora ci esporremo a perdere i vantaggi del taglio sul fondo e ad esser costretti a fare un taglio o quasi del tutto posteriore o quasi totalmente anteriore, secondo che la placenta venga ad inserirsi per più o meno tratto sul fondo e sulle pareti anteriori o posteriori del corpo dell'utero. Il Caruso ed altri, come Steinthal (23), T. Morisani (24), Campione (25), ecc., lamentano l'insufficienza della breccia e fanno notare il pericolo che potrebbe sovrastare alla donna incidendo qualcuno dei grossi vasi venosi che decorrono ai lati del fondo per allargare la

breccia del taglio, in caso di feto voluminoso. Però un esame scrupoloso delle circostanze di fatto addotte come prova di questo inconveniente, fa subito comprendere come l'addebito non spetti al processo operativo in sè, ma a cause del tutto estrinseche.

Un altro pericolo temuto dal Caruso, e che gli Ostetrici pare non abbiano finora preso in considerazione, è quello di produrre con una certa facilità, col taglio alla Fritsch, un'atonia uterina, perchè con esso verrebbero ad essere tagliate le fibre muscolari del fondo dell'utero, tanto importanti per il processo di contrazione e retrazione uterina, venendo in gran parte sezionate in traverso. Casi di atonia uterina verificatasi nel corso dell'operazione di Fritsch esistono senza dubbio, ma dove il dubbio si impossessa di noi è quando si tratta di decidere se questo inconveniente si abbia in misura maggiore col taglio di Fritsch o con altri metodi. Mancano finora complete statistiche in proposito. Esistono casi in cui la Fritsch finì con una Porro per atonia o in cui per la stessa ragione si dovette lamentare un' emorragia abbondante. A noi pare che l'atonia possa avvenire indipendentemente dalla linea d'incisione adottata e derivare da cause variabili a seconda delle particolarità del caso clinico. Nannotti (26) dovette due volte amputare l'utero per emorragia grave insorta dopo la remozione del laccio costrittore; Braun (27) nella pratica dei tagli cesarei sul fondo notò che l'emorragia non sarebbe stata minore che col comune taglio classico e che la retrazione uterina non fu punto buona; Clemenz (28), in un caso, non potè evitare la ferita di una grossa vena dell'angolo uterino; Cryzewick (29) in un altro caso, avendo avuto una forte atonia dell'utero svuotato, crede che la causa dell'emorragia stia nella sottigliezza della parete uterina: ciò, se può essersi dato nel caso suo, non collima con quanto generalmente si osserva; Becking (30) notò nei suoi casi una forte emorragia, e così Hahn, Hink (31), Staude (32), Boyd (33). Di fronte alle osservazioni di questi autori ed alle obbiezioni sollevate in un suo recente articolo da Hübl (34) sta la pratica della maggior parte degli Operatori che constatano e confermano i vantaggi detti sopra.

***

Veniamo ora all'esposizione succinta dei nostri casi.

Caso I.—N. Giulia nei B., di anni 25, maritata, attendente a casa, di Pescia.

Precedenti ereditari.—Ha i genitori viventi e sani. La madre sua ebbe 11 gravidanze, seguite tutte da parti e puerperi fisiologici. Nove fratelli sono morti in tenera età per le comuni malattie dell' infanzia (scarlattina, rosolia, affezioni enteriche); nessuno di rachitismo.

Precedenti personali.—Nacque a termine di parto naturale: venne allattata dalla madre. Cominciò a camminare a 11 mesi. Nel periodo della dentizione ammalò di febbri lungamente protratte, che condussero la nostra paziente ad un grado avanzatissimo di deperimento. Nel corso del secondo anno venne incolta da rachitismo, che le produsse un incurvamento pronunziato dei due femori. Passò i primi quattro anni della vita a letto, e solo dal quinto in poi potè camminare da sè. Da quest' epoca ha sempre goduto il pieno benessere e non fu affetta mai da alcuna malattia di carattere. Mestruò per la prima volta a 17 anni: da allora il flusso mensile comparve regolare sempre per periodo, qualità e quantità. Da quel tempo si dedicò al mestiere di sarta, che la obbligava a lavorare alla macchina a pedale. A 23 anni si è sposata ad un giovane robusto e sano dell' età sua. Dieci mesi dopo il matrimonio giunse a termine della prima gravidanza, decorsa in tutto fisiologicamente. Il parto fu oltremodo laborioso, mettendo alla luce due feti maschi, di piccolo sviluppo, e richiese da parte dell'Ostetrico l'estrazione a mezzo del cranioclaste. Il puerperio fu sul principio altamente febbrile: la febbre perdurò per un periodo di 5 mesi. Poi la donna potè alzarsi, apparentemente guarita.

Due mesi dopo, e cioè il 10 d' agosto 1901, vide l'ultima mestruazione. La seconda gravidanza procedeva regolarmente. Al terzo mese di questa, la donna si presentò a quest'Ospedale per chiedere consiglio, male impressionata dal cattivo esito della precedente.

L' esame della donna ci confermò nella diagnosi di gravidanza uterina in corso.

Vennero prese le misure del bacino, le quali diedero il seguente resultato (media di 10 misurazioni):

Altezza	m. 1.50	Coniug. diagonale	cm. 9, 6
Sp.	cm. 27	» vera (presunta)	mm. 81
Cr.	» 29	Bisisch.	cm. 10 ½-11
Bitr.	» 32	Circonf. pelvica	» 91
Obl. des.	» 21 ½	Altezza della sinfisi pubica	cent. 6 scarsi
» sin.	» 21		
Coniug. Baudelocque	cm. 17—17½	Diam. cocci-pubico	cent. 8

In seguito a queste misure le venne dichiarato trattarsi di gravidanza associata ad un vizio di bacino di primo grado e consigliato di ripresentarsi alla fine dell'ottavo mese per essere operata di parto prematuro provocato.

Fosse per errore nel computo o per altro motivo, fatto sta che la donna si presentò passato il termine prescritto (circa un mese dopo), per cui fu giudicato più conveniente per il feto attendere il termine.

Al mattino del 27 aprile 1902 iniziarono i dolori del parto, per cui fu richiesto l' intervento di uno di noi (Boari) al suo domicilio. All'esame esterno si trovò: ventre molto sviluppato, appiattito in corrispondenza della regione ombellicale; fa notare una protuberanza visibile al di sopra e a destra della sinfisi pubica. Il fondo dell' utero giunge a un dito trasverso al di sotto della xifoide. La testa fetale si palpa allo stretto superiore, mobile, situata in prevalenza a destra della linea mediana; piccole parti nel quadrante superiore sinistro. L'utero è un po' spostato verso destra. Doppio battito col massimo d'intensità nel quadrante inferiore di destra. La diagnosi fetale fu di *feto vivo, con il capo in basso, dorso a destra, in situazione longitudinale.*

All'esame vaginale si trovò: forte pigmentazione dei pudendi. Vulva e ostio vaginale beanti. Vagina liscia, senza traccia di cicatrici pregresse. Nulla di notevole nel contorno del bacino: nè irregolarità, nè spine ossee. Collo uterino scomparso, rammollito, a contorni regolari, meno una lieve intaccatura a sinistra. Segmento uterino molle, espanso dalla presentazione, che la palpazione riconferma per i suoi caratteri essere la testa fetale mobile al di sopra dello stretto superiore. Membrane integre.

Alle 4 pomeridiane, a dilatazione completa, le membrane si ruppero e allora si potè realmente sincerarsi che la presentazione era di vertice, in O. D. T.

Dopo inutili tentativi di applicazione di forcipe allo S. S., durati una quindicina di minuti, rimanendo la testa mobile ostinatamente, nonostante l'energia delle contrazioni, fu mestieri per forza convincersi che il parto non progrediva nè punto nè poco. L'applicazione del forcipe fu praticata principalmente in base al fatto che secondo i calcoli della donna, che rammentava bene la data dell'ultima mestruazione, la gravidanza non aveva ancora toccato il termine.

Acquistata la persuasione dell'impossibilità di estrarre col forcipe un feto vivo e vitale, come sarebbe stato intenso desiderio dei congiunti e della donna, noi facemmo chiaramente intendere che essa non avrebbe potuto partorire se non per mezzo dell' embriotomia sul feto ancora vivo e sano, o del taglio cesareo, notando però che la prima, oltre la morte sicura del feto, non avrebbe lasciato immune da pericoli e da complicazioni la madre, mentre la seconda operazione, con rischio maggiore per la madre, avrebbe però permesso di sperare fondatamente sulla vita di entrambi. Questo breve e reciso ragionamento non ebbe più bisogno di spiegazioni: la donna, desiderosa di divenire per la prima volta madre, si appigliò decisamente al secondo partito e tal parere fu condiviso da tutta la famiglia. Difettando in casa tutte quelle condizioni di ambiente e di assistenza, utili e necessarie per accingersi ad un atto operativo di tal gravità, venne consigliata la paziente a ricoverare in quest' Ospedale dove entrò la sera dello stesso giorno, alle ore 21.

Preparativi.—Una volta deciso il taglio cesareo ed essendo il sacco rotto, si giudicò opportuno far precedere all'operazione delle irrigazioni vaginali al sublimato (½ per mille), e ciò per essere stata la donna più volte esplorata per la vagina da noi, dalla Levatrice e il forcipe più volte introdotto, per quanto con tutte le cautele antisettiche. Mezz'ora prima dell' operazione, da una servente a ciò destinata, si cominciò a insaponare, spazzolare e disinfettare il campo operativo, prima con acqua bollita, poi con soluzione debole di potassa caustica, quindi col sublimato. Alle 20 1|2 precise l'operanda viene trasportata in sala operatoria. Disinfezione delle mani dell'operatore e degli assistenti con acqua saponata, soluzione potassica e sublimato 1 per $^{o}/_{oo}$. Si circonda

il campo operativo con drappi asettici e si deterge con etere prima, con soluzione alcoolica di sublimato dopo, e per ultimo con acqua sterilizzata.

A narcosi cloroformica completa la donna vien posta nella posizione di Trendelenburg. Assistono i dottori Toschi, Cecchi e il Consulente ostetrico Fantozzi.

Operazione.—Incisione a due dita trasverse dal pube fino al disopra del bellico, per 5-6 cm., strato a strato, fino ad arrivare sul peritoneo. Questo viene sollevato fra due pinze ed inciso: viene fissato con due punti di sutura ai margini cutanei della ferita; l'incisione si prolunga fino a tre dita trasverse sotto la xifoide. Si presentò subito l'utero, libero da anse intestinali. Introdotta la mano in cavità si constatò che era libero dappertutto da aderenze. Eventrazione dell'utero secondo Ritgen-Müller. Appena il fondo venne fuori dall'incisione addominale, per evitare la fuoruscita delle anse intestinali e l'entrata nel cavo peritoneale del liquido amniotico, vennero cuciti i capi delle anse di filo che trapassavano la sierosa addominale, fino a ridosso dell'utero. Il suo fondo venne circondato da compresse di garza. Incisione trasversale del fondo da una tuba all'altra, seguendo i dettami di Fritsch. Apparve il sacco delle acque discretamente teso, che fu pure aperto. Il feto venne estratto molto facilmente per i piedi, il funicolo stretto fra due pinzette e reciso nel tratto intermedio. Il bambino non era che lievemente asfittico. Immediatamente venne proceduto al distacco manuale della placenta, inserita totalmente sulla parete anteriore del corpo dell'utero, arrivando col suo margine superiore a 3-4 dita di distanza dal bordo dell'incisione. L'emorragia fu minima. L'utero si contrasse immediatamente, con emorragia lieve, senza che sangue entrasse nel cavo addominale.

Facile sarebbe stata la sutura col metodo Säuger, ma si preferì ricorrere alla Porro, certo non guidati dal desiderio espresso dalla paziente e dal marito, e imposto come *conditio sine qua non* del nostro intervento, di garantire oltre la vita della creatura anche la futura sterilità della donna.

Su questo punto ci confessiamo molto esitanti. Dovevamo noi partire dalle considerazioni espresse dall'illustre prof. Pestalozza, che, rigettando qualsiasi pratica operativa atta a rendere infeconda la donna, fa notare il rammarico che potrebbe provare l'ostetrico, quando il feto

in seguito venisse a morte, di avere chiuso per sempre le vie della fecondità? Ma non tutte le donne si sentono il coraggio di affrontare serenamente in una successiva gravidanza l'evento di un rinnovato taglio cesareo (di cui abbondano, è vero, casi nella odierna Letteratura), nè l'ostetrico può con sicura coscienza garentire l'esito di una nuova operazione. In vista di ciò non mancano purtroppo donne che paventando una tale evenienza si dànno a pratiche punto morali per prevenire un concepimento o criminose per sopprimerlo anzitempo. D'altra parte non possiamo dar torto al Caturani (36) quando dice che se la donna chiedesse di essere sottratta alla dolorosa alternativa fra il parto prematuro o un intervento cruento a termine, per quanto sieno ben rari questi casi, il medico, se non è in diritto di suggerire ed inculcare la sterilizzazione, in tutti questi casi ha d'altra parte l'obbligo di pigliare in seria considerazione quelli nei quali fosse richiesta la sua opera per allontanare i pericoli delle gravidanze, pensando anche come ripetute operazioni possano, e molto disastrosamente, influire sul morale di una donna e che il taglio cesareo, per quanto sia progredita la tecnica e perfezionata la asepsi operatoria, resta sempre un'operazione con la sua mortalità ed i suoi pericoli, che non in tutti i casi è dato prevedere, e che potrebbero fornire materia di amari rimproveri per l'ostetrico.

Ciò non ostante avremmo praticato l'operazione conservatrice, ma, avendo notato una incipiente, appena sentita, putrefazione del liquido amniotico, in vista di possibili inconvenienti da noi altra volta verificati nella pratica di qualche distintissimo operatore, di morte per peritonite settica con liquido amniotico pochissimo alterato nell'aspetto e *appena* fetido, si preferì la Porro. Circondato l'utero verso il collo con un robusto laccio di gomma a doppio giro e stretto a doppio nodo, fu amputata la parte soprastante e per ultimo tolte le due ovaie. Ciò fatto vennero recisi i fili che fissavano il peritoneo al terzo inferiore della ferita laparotomica ed eseguita a punti staccati in *catgut* la sutura simperitoneale del moncone.

Sutura a piani della ferita celiotomica con *catgut* a punti staccati per gli strati profondi, pei superficiali in seta a sopraggitto. Il moncone uterino viene condotto estraperitonealmente e avvolto con una benda di garza. Medicatura antisettica con fasciatura lievemente compressiva.

Durata dell'operazione 45 minuti. Si fece una lavanda vaginale che diede esito a qualche grumo sanguigno. L' inferma, avvolta in panni caldi, fu condotta nel suo letto. Polso valido e regolare: il risveglio si fece poco dopo.

Il feto, di sesso maschile, pesava 2900 gr. ed aveva una lunghezza di 52 cm.

D. BpO 90 mm. — D. OF 110 — D. SOBr 100 — D. Bimast 75.

Annessi ovulari sani e completi (peso gr. 510).

Lunghezza del funicolo cm. 60.

Decorso successivo. — Dalla diaria clinica stralciamo questi dati più importanti:

Al mattino del dì 28, temp. 37°,7; la sera 38°,1. Notte precedente tranquilla; non vomita. Viene siringata. L'esame dell'urina (prof. Martini) diede:

Asp. limpido, colorito giallo rancio, reaz. acida, albumina presente in piccola quantità (1/4 ‰), zucchero ass., tracce appena apprezzabili d'indacano. L'operata viene tenuta a brodi ristretti, marsala, ghiaccio per bocca, latte.

Il 29 si cambia la medicatura, perchè imbevuta di liquido. Nessuna secrezione dalla vagina; ciononostante si fa una lavanda vaginale. Stato della ferita ottimo. Si fa un clistere che non dà origine a scarica alvina; la sera 38° C., polso regolare.

Il 30 lieve meteorismo; si somministrano 40 gr. di olio di ricino; l'esame delle urine dà risultati c. s.

Il 1.° maggio si cambia la medicatura. Lo stato della ferita continua ad essere ottimo, con lieve secrezione sierosa dei labbri. Massimo della temp. giornaliera 37°,2.

2 maggio. La donna si lamenta di lieve dolorabilità in corrispondenza della ferita: febbre a 38°,5: si rinnova la medicatura.

3. Ha riposato poco. T. mattutina 38°,2. Si sente sollevata. Si passa a dieta solida. L'aspetto della ferita continua a mantenersi soddisfacentissimo. Dopo cambiata la medicatura il ventre si fa meteorico e la temp. sale a 39°,2. Si fa un clistere d'olio di ricino che dà luogo all'emissione di abbondanti masse fecali: la temp. discende a 37°,4.

4. Al cambiamento della medicatura si trova che lo stato della ferita è discreto: solo un po' di secrezione. Temp. 39°,3.

5. Al mattino 37°,1. La paziente dice di sentirsi assai meglio. L'esa-

me delle urine constata, oltre i caratteri precedenti, l'assenza di albumina.

6. Il moncone uterino è mummificato: tolta l'ansa di gomma si taglia il peduncolo uterino al disopra di un laccio di seta. Temp. 36°,4.

Caduto il moncone, la ferita andò rapidamente cicatrizzando.

Diciotto giorni dopo la donna lasciò, completamente guarita, l'ospedale, nelle più floride condizioni generali. Al presente sta benissimo: il bambino vive prosperoso.

Caso II.—M. Clementina, di anni 32, di Tofori, coniugata, colona. *Notizie anamnestiche fornite dal suo medico curante dott. Lorenzi.* — Questa è la quinta gravidanza portata a termine. Nelle quattro precedenti ebbe sempre parto distocico. Nel primo parto, verificatosi quindici giorni avanti il termine, i medici (Dottori Fantozzi e Lorenzi) furono costretti ad applicare il forcipe: l'applicazione riuscì difficoltosissima per la riscontrata esistenza di un vizio pelvico (bacino piatto uniformemente ristretto, rachitico). Venne fuori un feto gravemente asfittico, poi rianimato. I medici curanti ebbero a dichiarare che se la testa della bambina che nacque non fosse stata di volume inferiore alla norma non sarebbe uscita nemmeno col forcipe: proposero, qualora una nuova gravidanza si fosse verificata, il parto prematuro.

Al secondo parto ricorse al medico solo quando si trovava al termine. In questo si ricorse al rivolgimento classico, che permise di estrarre con molta difficoltà un feto vivo, con forte accavallamento delle ossa craniche, il quale non sopravvisse che poche settimane.

Prima del termine della terza gravidanza, dietro consiglio degli stessi medici curanti che l'avevano assistita nei due disastrosi parti precedenti, ricoverò alla Maternità di Lucca, tra il 7.° e l'8.° mese, per farsi operare di parto prematuro artificiale; si preferì ricorrere all'embriotomia a termine.

Alla quarta gravidanza ricoverò per la seconda volta all'Ospedale di Lucca, dove tra il 7.° e l'8.° mese venne operata di parto prematuro provocato, finito esso pure con l'embriotomia.

La donna si trova attualmente al termine della sua quinta gravidanza. Il suo medico (Dott. Lorenzi) chiamato al domicilio della partoriente (8 novembre 1902) alle ore 6 ½, a travaglio avanzato, con dilatazione della bocca uterina di 4 dita trasverse, membrane integre,

non potè precisare la presentazione. Non arrivava, attraverso la borsa integra, che ad apprezzare una piccola parte che non potè decidere se fosse un piede o una mano. Prima che il sacco delle acque si rompesse, consigliò la donna a ricoverare in quest' Ospedale, dove alle 9 venne ammessa d'urgenza.

All'ingresso della donna si trova: perineo lacerato, genitali da pluripara, vagina ampia, dilatazione uterina completa, presentazione di vertice, testa mobile allo S. S., contrazioni valide e regolari.

Misure: Altezza m. 1,53. Massima circonferenza dell'addome per il bellico m. 1,05—Sp. 26-27—Cr. 25—Bitr. 31,5—Bisisch. 11 — CE. 18 — CD. 10 — CV. (presunta) 8 ½ — Diam. obl. d. e sin. 23—Distanza ombelico-pub. 25 — Distanza xifo-ombelicale 25.

Ventre irregolarmente conformato, utero obliquato verso destra, battito fetale regolare nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, posiz. O.S.T. — *Diagnosi:* Gravidanza a termine, semplice, in donna con bacino viziato di 1.° grado.

In base alla storia disastrosa dei parti precedenti (più che alle misure aritmetiche dei diametri pelvici), parti finiti così malamente, si giudicò inutile anche un semplice, cauto tentativo di applicazione di forcipe e si credette senz' altro indicato passare al taglio cesareo, che viene praticato alle ore 15 dello stesso giorno, poche ore dopo la rottura delle membrane.

Operazione.—Preparazione antisettica secondo le norme precedenti (v. s.). Posizione di Trendelenburg. Incisione delle pareti addominali con un taglio lungo 15 cm., avente per centro l'ombelico; fissazione del peritoneo parietale ai margini cutanei dell'incisione con fili di seta lasciati lunghi. Eventrazione dell'utero: la breccia cutanea fu chiusa annodando i fili che tenevano il peritoneo. Le anse intestinali discesero subito verso il diaframma. Incisione trasversale sul fondo dell' utero. Estrazione di un feto, di sesso femminile, per i piedi, di sviluppo ordinario; legatura del funicolo ed estrazione manuale della placenta, la quale, ferita per un suo margine, dà emorragia discreta. Si procede alla sutura del fondo dell'utero mentre un assistente comprime tra le mani il cono cervico-uterino: finita la sutura (a punti staccati comprendenti sierosa e muscolare) e rilasciata la strettura da parte dell'assistente, comparve un emorragia inquietante dal lato della vagina. Si praticò

qualche manovra di massaggio sul viscere, e già ci accingevamo a riaprire la sutura e zaffare dall'alto l'organo, quando, presentando la donna ai caratteri del polso, che intanto si era fatto piccolo, debole, frequente, una minaccia in atto, si credette più opportuno, seguendo l'autorevole precetto di Leopold (37) che consiglia di non indugiare troppo in queste manovre (anche per la maggiore disposizione all'infezione creata dall'emorragia), di procedere all'amputazione utero-ovarica alla Porro. L'utero con gli annessi venne amputato al disopra di un laccio di gomma, il peduncolo fissato all'angolo inferiore della ferita addominale, prolungata fin verso il pube, che fu chiusa con *catgut* a triplice strato.

Il feto, vivo, del peso di gr. 3000, venne fuori lievemente asfittico. Presenta le seguenti misure diametriche:

Lunghezza cm. 52 — Bp A 87 — Bp O 88 — SOBr 93 — OF 105 — Bim. 68 — Mento-bregm. 93 — Mento-frontale 83—OM 117 — Sottom.-bregm. 83—Sottom.-occipit. 113 — Naso-bregm. 53 — Bisacrom. 108— St.-dors. 78 — Bitr. 93 — Sacropub. 53.

Peso degli annessi gr. 550 (sani e completi).

Due giorni dopo, il bambino, in condizioni di perfetta salute, venne affidato a nutrice.

L'inferma si svegliò quasi subito dopo l'operazione, durata 40 minuti. Nei primi due giorni si notò un meteorismo piuttosto pronunciato, presto vinto; l'ulteriore decorso post-operatorio fu regolare. Il 16 dicembre lasciava in ottime condizioni l'ospedale.

***

Riferite così, sommariamente, le storie cliniche delle nostre due operate, preme ora di vedere se noi, procedendo nel modo come sopra, abbiamo o no seguito la più razionale via di condotta. Per discuterne con fondamento occorre azitutto dare un rapido sguardo d'insieme allo stato odierno della questione riflettente le indicazioni del taglio cesareo per stenosi pelvica.

Se si dicesse che sulle indicazioni del taglio cesareo per questa causa oggi regni tra gli ostetrici il perfetto accordo, affermeremmo cosa non rispondente a verità. Mentre da una parte vi è un certo numero di valorosi ostetrici, come Pinard, Zweifel, Varnier, Leopold, che limitano il taglio cesareo alle viziature pelviche con C. V. inferiore ai 70 mm. e al disopra di questo limite ricorrono più volentieri o alla

sinfisiotomia o al parto prematuro o al rivolgimento classico o alla posizione di Walcher, ve n'è un altro, capitanato da C. Braun, Olshausen, Schauta, Calderini, Veit, il quale propugna la rinunzia all' uso della sinfisiotomia e l' uso in sua vece del taglio cesareo *per indicazione relativa*, in vista della sua diminuita mortalità e dei maggiori vantaggi che presenta pel feto in confronto con le operazioni rivali. La mortalità del taglio cesareo, infatti, in questi ultimi anni è giunta a ridursi quasi a zero o a zero in talune statistiche: per il conservatore dall'84,2 °/o che era prima del 1880 (statistica dell'Harris) è discesa al 6,8 °/o (nella statistica di Marcel Jèan) (1901) (38) e al 4,06 (nella statistica di W. Williams) (1900); per il demolitore negli ultimi 10 anni nei casi operati in condizioni favorevoli è arrivata all' 8,9 °/o (statistica del Truzzi) (40).

L'Olshausen tra i primi (41), considerando che la mortalità pel taglio cesareo è scemata senza diminuzione parallela dei pericoli (per la madre e pel feto) delle altre operazioni possibili al disopra di 70 mm. di CV., propose di estendere l'indicazione del taglio cesareo.

Si è convenuto oggimai di fissare il limite inferiore dell' indicazione relativa ai 70 mm. di CV.: quanto al superiore si può dire che non esiste alcuna regola tassativa. Chiunque si è seriamente occupato dell'argomento concede una certa latitudine di scelta all'ostetrico, che, bene giudicando della propria attitudine, dei proprii mezzi per ottenere l'asepsi e della propria assistenza, può, se la donna consente, se non è infetta, se il feto vive ed egli è sicuro di operare nelle debite condizioni di ambiente, praticare un taglio cesareo anche là dove, con molto maggiore rischio per la vita fetale, il forcipe o il rivolgimento avrebbero potuto terminare il parto. Così il taglio cesareo può essere da 80 mm. di CV. in su, indicato, quando vi sia il concorso di speciali circostanze, come il volume e la poca plasticità della testa fetale, il decorso sfavorevole dei parti precedenti altrimenti curati, oppure quando, mancando un dato attendibile come questo o esistendo speciali circostanze (gravidanza presso al termine), si sia fatta un'applicazione di forcipe prudente, e tale che, non danneggiando il feto, valga a convincerci che l'ostacolo non può venire vantaggiosamente per esso superato. Ciò ha la sua ragione nel fatto che i dati che ci fornisce la pelvimetria sono approssimativi e i mezzi per apprezzare il volume e la riducibilità della testa fetale tutt'altro che perfetti e che non conoscia-

mo se non incompletamente il valore esatto del terzo fattore del parto la contrazione uterina.

Nessuno ignora che in queste circostanze, a membrane rotte, il taglio cesareo possa dare ugualmente buoni risultati come operando a sacco integro, e che così più volte si sia proceduto, come nei casi di Pestalozza (42). Questi dice che, se la seconda metà del periodo dilatante, con membrane integre, rappresenta il momento di elezione per eseguire il taglio cesareo, pure all'occorrenza si può operare a membrane rotte, dilatazione completa o a periodo espulsivo già iniziato, purchè esistano le condizioni permittenti, magari dopo avere tentato una cauta applicazione di forcipe, tale che non ponga il feto in condizioni di sofferenza.

A noi sembra quasi assurdo assegnare un termine preciso alla durata e al numero delle trazioni: (5-6 secondo il v. Herff (43), 8-12 forti trazioni secondo Stroganoff (44) ecc.; è meglio dire di continuare cautamente in queste fino a tanto che non sia entrata nell'ostetrico la convinzione che il feto non uscirà integro per mezzo del forcipe.

E oggi, infatti, anche di fronte alla considerazione che nei bacini ristretti in un gran numero di casi può aversi parto spontaneo, nel 41,60 °/₀ (Guerlain), nel 42,2 °/₀ (Calderini), nel 45,69 °/₀ (Santomauro) (45), nel 53,5 °/₀ (Tauffer)), si fa strada l'opinione di procedere in questi casi in modo molto conservativo, aspettando, come fa ad es. C. Braun a Vienna, lungamente dopo la rottura delle membrane per poter farsi un criterio certo del grado di sproporzione tra feto e bacino. A tal proposito il Trinks (46) riporta un caso di taglio cesareo eseguito a dilatazione completa dopo che la donna era stata 5 ore in periodo espulsivo e 1 ora e mezza in posizione di Walcher.

Il Menge (47) ha ultimamente sostenuto essere del tutto privo d'inconvenienti fare il taglio cesareo qualche tempo dopo lo scolo delle acque e Dimitrieff (48) afferma senz'altro che nei casi in cui l'estrazione fetale non riesce, dopo qualche trazione col forcipe si può ricorrere, date le condizioni permittenti, al taglio cesareo. Pestalozza (49) in un suo caso applicò antecedentemente il forcipe allo S. S. senza poi lamentare dopo il taglio cesareo alcun inconveniente per la madre e pel feto, che solo nacque con un lieve grado di asfissia. Il Withridge Williams (50) combattendo le idee del Krönig e di Veit, che dicono di operare sempre a membrane integre, vuole che il limite superiore

dell'indicazione relativa sia portato a 85 mm. di C. V., sicchè il taglio cesareo possa entrare in concorrenza col rivolgimento e col forcipe allo S. S., e stabilisce che, quando la testa dopo un'ora di periodo espulsivo non mostra nessun segno di configurazione e di impegno nel bacino, si debba fare il taglio cesareo, se la madre non è infetta e il feto vive.

Per chi poi volesse indicarci, come altra maniera di risolvere il problema, l'uso della sinfisiotomia o della pubiotomia, noi potremmo dire che queste due operazioni mancavano di un requisito essenziale per noi: la sicurezza dell'esito. E valga il vero. Ciascuna di esse non presenta quella precisione dell' indicazione e dell'esito per la vita fetale per cui solo si dovrebbe praticare. Ottenuto il divaricamento delle ossa pubiche, con ciò l'operazione non può dirsi terminata, nè i pericoli per il feto sono ancora finiti: restano da superare le peripezie, più o meno indaginose, dell' estrazione a mezzo del forcipe o, secondo quanto altri preferisce, dell'espulsione. Lasciando in disparte per un momento i non rari inconvenienti, prossimi e remoti, avvenuti per la prima (la più usata) a pratici e a clinici di fama non comune, di non riuscire cioè ad estrarre il feto pure trovandosi la viziatura nei limiti più favorevoli stabiliti dai fautori di quest'intervento, ma morto per la violenza delle manovre di estrazione con pericolo grave per l'integrità del bacino, rammenteremo come, nonostante un divaricamento eccessivo dei pubi, si fu talora ridotti ad altre operazioni che falsavano lo scopo stesso del primo intervento (come l'embriotomia nel caso di Gross) (51) oppure ne diversificavano per la via tenuta (il taglio cesareo con uscita di un feto morto come in quello di A. Martin)... ecc. Sono osservazioni che non tanto di rado si fanno, e tutti gli anni qualche nuovo caso avviene e magari si pubblica. E poi l'operazione in termini, anche andando bene le cose per il feto, può lasciare e lascia non troppo di rado delle penose conseguenze (incontinenza d'orina, non avvenuto coalito della sinfisi e sue conseguenze, lacerazioni estese della vagina, fistole urogenitali). Un altro elemento che contribuì a farci mettere da banda l'idea della sinfisiotomia ci venne fornito dalle ultime statistiche che segnalano per la sinfisiotomia (Marcel Jean) (52) una morbilità materna del 65 °/₀ ed una mortalità fetale che va dal 9,3 (Bar) (53) al 16,45 °/₀ (Jean) di fronte al 5,45 (Bar) e al 5,65 (Jean) pel taglio cesareo. Ciò ne costituisce, a mente nostra, il maggiore elemento di condanna.

Nè si dica che questi insuccessi di fronte al feto spettano ad ostetrici poco provetti: accaddero anche a maestri illustri, a un Martin, talchè questi per un caso disgraziato del genere (54) ebbe a dichiarare in iscuola di non volere più per l'avvenire praticare quest'operazione se non in casi in cui la testa si lasci spingere dall' alto nello scavo, in circostanze cioè in cui può fondatamente sperarsi la riuscita anche con un'operazione meno aggressiva. Si capisce da sè come queste considerazioni acquistino speciale valore per il pratico che, pur trovandosi in condizioni di ambiente e di assistenza favorevoli, corre dal punto di vista dell' esito per la vita fetale un' alea che assolutamente non corre praticando un taglio cesareo. È questo punto che quell'insigne maestro ha lumeggiato assai bene a proposito del caso disgraziato a cui alludevamo.

Molte obiezioni alla sinfisiotomia cadono (e si capisce) di fronte al Clinico Ostetrico il quale può mettere a contributo un'esperienza vasta ed illuminata e valutare con molta approssimazione il grado e l'entità della sproporzione feto-pelvica. Ma per il pratico isolato in caso di insuccesso fetale non vi è scusa che valga a reintegrare la donna del pericolo inutilmente corso, se dopo tutto non è in grado di darle il promesso feto vivo. Ecco perchè Pestalozza (55) consiglia al pratico di accingersi *con molta prudenza* a quest'operazione, e Schröder e Kleinwächter (56), sconsigliandola, fanno notare l' esperienza che ci vuole a vederne l'opportunità, e Leopold non la crede raccomandabile nella pratica.

Potevamo noi in questo caso ricorrere all'embriotomia?

Il miglioramento progressivo operatosi in questi ultimi anni nei resultati delle operazioni dirette in genere a salvare il feto ha fatto sì che, se l'embriotomia sul feto vivo e sano non « *a vécu* », come vorrebbe Pinard, certo è stata quasi abbondonata e ristretta solo a casi di dolorosa necessità in cui si trovi costretto l'operatore isolato a ricorrervi. Nel caso nostro ci ripugnava il sacrificio di un feto vivente, tanto più di fronte all' espresso desiderio della madre di averlo vivo. Notisi poi che l'embriotomia avrebbe potuto arrecare al canale genitale lesioni tanto più pericolose in quanto meno sospettate, di cui riesce a tutta prima impossibile prevedere l'entità. Avremmo perduto sicuramente una vita ed esposto la donna al pericolo dell'infezione. Ecco perchè, invece di continuare ostinatamente nelle trazioni col forcipe,

appena acquistata la convinzione che questo istrumento non avrebbe espletato il parto, fu proposta senz'altro l'operazione cesarea.

« Nè si obbietti poi, si può ripetere col Morisani (57) pel caso I, che « ad 81 mm. di coniugata il parto è a rigore possibile per opera della « natura o per l'applicazione del forcipe. Certo in condizioni eccezio- « nali, con testa piccola e grandemente riducibile, le forze naturali « vincono talora l'ostacolo; ma in condizioni ordinarie ciò non avvie- « ne. So bene che le trazioni energiche, violente, prolungate col for- « cipe bastarono qualche volta ad estrarre la testa fetale nelle suac- « cennate condizioni; ma raramente venne fuori un feto vivo: o era « già morto o aveva riportato lesioni tali da soccomberne in breve ora. « Ma allora il forcipe non è più strumento di vita, ma arnese di morte, « e l'operazione viene convertita in una cefalotripsia mascherata ».

Augusto Martin dice (58): « Il forcipe non è mai indicato ad operare « attraverso il bacino ristretto come tale. Non è un istrumento di ri- « duzione del cranio: esso serve soltanto alla trazione. È destinato ad « afferrare la testa impegnata e fissa e tirarla giù attraverso lo scavo « pelvico ».

E Pestalozza (59): « Il forcipe, secondo il mio modo di vedere, non « rappresenta nella terapia delle viziature pelviche se non il comple- « mento del metodo aspettante: in altri termini serve a portare alla « luce in breve tempo e senza pericolo eccessivo il feto, se la spropor- « zione diametrica è tale che anche le forze naturali l'avrebbero pre- « sumibilmente superata. È per ciò che il forcipe riesce tanto bene « su testa che siasi già plasmata, modellata alla forma del bacino ri- « stretto, e fa invece tanta cattiva prova su teste ostinatamente trat- « tenute al di sopra di uno stretto superiore angusto ».

Di fronte a tutti questi precetti di maestri tanto autorevoli, che cosa ci restava a fare, dopo viste vane le trazioni col forcipe?—Aspettare ancora un poco e poi deciderci al taglio cesareo. E così facemmo.

Nei nostri casi abbiamo potuto convincerci che tutti i vantaggi che si attribuiscono all'incisione di Fritsch sono proprio reali e che il favore incontrato da questo nuovo processo è veramente giustificato. Riuscimmo sorpresi della facilità e rapidità con le quali il feto, si può dire, da sè fuoriesce dalla breccia uterina; nel 1.° caso la noiosa emorragia dovuta all'incisione e al distacco della placenta mancò quasi completamente. Ci convincemmo della grande utilità che vi è ad adottarla

per la libertà reciproca che godono operatore ed assistente, l'uno nell'incidere l'organo, l'altro nel praticare la compressione manuale del cono cervico-uterino, vantaggio poi che va associato secondo noi ad una maggiore sicurezza per il fatto che l'operazione si può dire viene fatta del tutto estraperitonealmente, senza che nemmeno una goccia di liquido amniotico o di sangue capiti nel cavo addominale. Tutto ciò, ci pare, contribuisce potentemente alla rapidità e alla sicurezza dell'intervento e dell'esito.

A chi poi volesse dirci che il caso 2.° parla poco in favore del processo Fritsch, risponderemo che l'emorragia grave non partì da quel piccolo lembo di placenta capitato sotto il tagliente, ma da un'altra causa, estranea al processo adottato, l'atonia uterina.

Per queste considerazioni è giusto quindi che venga usato in avvenire come processo di massima quello di Fritsch.

Secondo quanto da qualche anno si usa fare nelle Cliniche e nei grandi Ospedali, dove non manca dovizia di mezzi e personale di assistenza numeroso e ben istruito, e considerando quanto afferma Olshausen (60), che non si deve al taglio cesareo quella posizione di eccezione che abitualmente gli si fa, così anche per qualsiasi Ospedale è ormai giunto il momento in cui chi vi è preposto possa e debba affrontare con animo sereno un tal modo di procedere per indicazione relativa e non perdersi in dubbiezze, nè passare da uno ad altro tentativo, intanto che la natura fa, come purtroppo succede, sacrificio del feto. Augurandoci che si vada sempre più facendo strada questa convinzione nei pratici, in favore dell'indicazione suddetta, concluderemo anche noi ripetendo con Strebel (61) che nelle indicazioni relative conviene sempre attenersi al taglio cesareo piuttosto che alla sinfisiotomia ed alla embriotomia, e che il rivolgimento e il forcipe sono applicabili, ma tanto più di rado e con tanta più prudenza quanto migliori diverranno i resultati del taglio cesareo.

BIBLIOGRAFIA

(1) *Döderlein A.*—L'Ostetricia del passato e l'Ostetricia moderna. Leipzig, A. Georgi, 1897.

(2) *Reynolds E.*—American Journ. of Obstetrics and diseases of women, luin 1898.

(3) *Caruso F.*—Annali di Ostetricia, 1889, pag. 674.

(4) *Fritsch H.*—Ein neuer Schnitt bei der Sectio caesarea. Centralblatt für Gynäkologie, 1897, n. 20.

(5) *Lauverjat*, cit. da *Caruso.*—Sul taglio cesareo sul fondo col processo proprio. Napoli, 1898.

(6) *Everke.*—Ein neuer Schnitt bei der Sectio caesarea. Monatsschr. für Geburtsh. und Gynäk., Bd. VI, Heft 1.

(7) *Caruso.*—Loco cit., n. 5.

(8) *Boari.*—Atti dell'Accademia medico-chirurgica di Ferrara, 1899.

(9) *Ferrari P. L.*—Venticinque casi di taglio cesareo con incisione trasversale del fondo. Annali di Ostetricia e Ginecologia, 1902, n. 12.

(10) *Fredet.*—Journ. de l'Anatomie et de la Physiol., 1899, pag. 533.

(11) *Caruso.*—Loco cit., n. 5.

(12) *Kayser.*—Gesellschaft der Charité-Aerzte. Seduta del 25 giugno 1903.

(13) *Mattòli A.*—Taglio cesareo in placenta previa centrale. Archivio italiano di Ginecologia, 1899, n. 4, pag. 305.

(14) *Schröder.*—Lehrbuch der Geburtsh., pag. 55.

(15) *Gusserow.*—Ueber den normalen Sitz der Placenta. Monatschr. für Geburtsk., Band XXVII.

(16) *Leopold G.*—Die Diagnose der Placentarsitzes in der Schwangerschaft und während der Geburt. Arbeiten aus der Frauenklinik in Dresden, Bd. II, e Ueber 100 sectiones caesareae. Archiv für Gynäkologie, 1898, Bd. 56, pag. 1.

(17) *Ahlfeld.* — Ueber die ersten Vorgänge bei der physiol. Lösung der Placenta. Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk., Band XXVIII.

(18) *Olshausen.*—Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk., 1899.

(19) *Caruso F.*—Sulla sede normale della placenta. Atti del III Congresso della Soc. ital. di Ost. e Ginec. Roma, 1897, pag. 294.

(20) *Holzapfel.*—Hegar's Beiträge zur Geburtsh. und Gynäk., 1898, Bd. I, pag. 302.

(21) *Fasola.*—Annali di Ostetricia, 1888, pag. 77.

(22) *Ferrari P. L.*—Loco cit., n. 9.

(23) *Steinthal.*—Ein Fall von Kaiserschnitt nach Fritsch bei Uterusmyom. Centralbl. für Gynäk., 1898, n. 4.

(24) *Morisani T.*—Dieci casi di parto cesareo. Archivio di Ostetricia e Ginec., 1899, n. 3.

(25) *Campione.*—Archivio di Ostetricia e Ginec., 1902.

(26) *Nannotti.*—Annali di Ostetr. e Ginec., 1903, n. 3, pag. 174.

(27) *Braun C.*—Centralbl. für Gynäk., 1897, pag. 1352.

(28) *Clemenz.*—Ibidem., 1898, n. 10, pag. 249.

(29) *Cryzewick.*—Ibid., 1899, n. 12, pag. 313.

(30) *Becking A. G. T.* — Tre casi di taglio cesareo col metodo indicato da Fritsch. Nederl. Tydschr. v. Verlosh. en Gynaekol., 1899, vol. XI, n. 1.

(31) *Hink.*—Società Ostetrico-Ginec. di Vienna. Seduta del 12 dic. 1899.

(32) *Staude.*—Società Ostetrica di Amburgo. Seduta del 12 febb. 1901.

(33) *Boyd.*—Sezione ginecologica del *College of Physicians* di Filadelfia. Seduta del 20 dic. 1900.

(34) *Hübl H.* — Monatschr. für Geburtsh. und Gynäk., 1900 u. 1899, Bd. X, pag. 417 e Bd. XII, pag. 480.

(35) *Pestalozza,* in *Cuzzi.*—Trattato di Ostetr. e Ginec., vol. II, parte I, (in corso di pubblicazione).

(36) *Caturani M.*—Indicazioni ginecologiche della sterilizzazione della donna. Archivio ital. di Ginec., 1900, pag. 117.

(37) *Leopold.*—Loco cit., n. 16.

(38) *Jéan Marcel.*—Thése de Paris, 1901.

(39) *Withridge Williams.*—Indications for Caesarean Section as furnished by pelvic contractions. Annals of Gynecology, 1901.

(40) *Truzzi.*—L'operazione cesarea Porro. Roma, 1901.

(41) *Olshausen.*—Rélation au XII^e Congrés international des Sciences médicales. Annales de Gynéc. et d'Obstétrique, nov. 1897.

(42) *Pestalozza,* in *D'Erchia Fl.*—Studio critico della cefalotrizia, craniocIasia ed embriotomia, ecc. Tesi di libera docenza. Annali di Ostetr. e Ginec., 1902, n. 8, pag. 101 dell'Estratto.

(43) v. *Herff O.*—Trattato di Tecnica operativa ostetrica. Traduz. ital. del dott. Rossi-Doria. Roma, 1895, pag. 68.

(44) *Stroganoff.* — Società Ostetrico-Ginecologica di Pietroburgo. Rif. in Clinica Ostetrica, 1902, pag. 268.

(45) *Santomauro S.*—Forcipe e rivolgimento nelle stenosi pelviche. Padova, 1902.

(46) *Trinks.* — Neuere Kaiserschnittsfragen, ecc. Hegar's Beiträge, 1898, Band. I, Heft 3.

(47) *Menge.*—Società Ostetrico-ginecologica di Lipsia. Seduta del 18 febbraio 1901.

(48) *Dimitrieff.*—De la question du forceps haut. Thése de St. Petersbourg.

(49) *Pestalozza.*—Loco cit., n. 42.

(50) *Withridge Williams.*—Loco cit., n. 39.

(51) *Gross.* — Beitrag zur Symphyseot. in Ansschluss an einem Fall von kunst. Frühgeb. Monatsschr. für Geb. u. Gynäk., 1900.

(52) *Marcel Jéan.*—Loco cit., n. 38.

(53) *Bar P.*—Leçons de Pathologie obstétricale. Paris, 1900, I fasc.

(54) *Martin A.*—Sinfisiotomia e taglio cesareo. *La Clinica Ostetrica,* 1901, pag. 475.

(55) *Pestalozza e Guzzoni.*—Loco cit., n. 35.

(56) *Schröder, Kleinwächter, Leopold,* cit. da *La Torre.*—Alcune considerazioni intorno alla sinfisiotomia. La Clinica Ostetrica, 1899, pag. 173.

(57) *Morisani O.*—Aggiunta sulla sinfisiotomia alla trad. ital. del Trattato di Ostetricia di A. Martin, pag. 477.

(58) *Martin A.*—Manuale di Ostetricia. Traduz. ital. del dott. T. Morisani. Milano, 1891, pag. 248.

(59) *Pestalozza.*—Compte-rendu du III Congrés international de Gynéc. et d'Obstétrique. Amsterdam, 1899.

(60) *Olshausen.*—Spontane Geburt, prophylaktische Wendung, ecc. Centralbl. für Gynäk., 1894.

(61) *Strebel.*—Ein Beitrag zur Lösung der Kaiserschnittsfrage. Archiv für Gynäk., Bd. 52, Heft 2.

8135