ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

PARTE ORIGINALE

Vol. 281. — Fasc. 845. — Novembre 1887

PINZANI Dott. ERMANNO, *ajuto nell'Istituto Ostetrico e Ginecologico di Bologna e Libero Docente d'Ostetricia.* — **Sopra un caso grave d'incarceramento dell'utero gravido al 4.° mese.** — NOTA CLINICA (1).

Autori illustri e recenti (Salmon (2), Joulin (3), Mangiagalli (4), Tarnier e Budin (5), Robert e Fancourt Barnes (6), ecc.), ammettono, contrariamente all'opinione di Depaul (7), essere la retroversione dell'utero durante la gravidanza un fatto non assai raro, anzi secondo alcuni alquanto frequente, per cui parrebbe opera completamente inutile il parlare di un caso di questo genere. Ma d'altra parte sono persuaso che tale spostamento dell'utero gravido accompagnato da sintomi così serj, com'io vidi, deve presentarsi con tale rarità da meritarne una nota clinica speciale.

(1) Letta al XII Congresso medico tenutosi in Pavia, nella tornata del 20 settembre 1887.

(2) Salmon. « De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse ». (« Th. d'agrég. », Paris, 1863).

(3) Joulin. « Traité complet d'accouchements ». Paris, 1867, pag. 854.

(4) Mangiagalli. « Tre osservazioni di retroversione e retroflessione dell'utero gravido ». (« Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria », vol. I, novembre 1879, pag. 660-661).

(5) Tarnier et Budin. « Traité de l'art des accouchements ». T. II, Paris 1886, pag. 227.

(6) Robert et Fancourt Barnes. « Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, traduit et annoté par le D.r Cordes ». Paris, 1886, pag. 166.

(7) Depaul. « Clinique obstétr. ». Paris, 1372-76.

Il giorno 4 agosto di questo stesso anno veniva trasportata alla Clinica Ostetrica di Bologna una donna di 22 anni, maritata, bracciante di professione, ben conformata e di apparenza robusta. Essa era comatosa ed in condizioni gravissime. Dalle persone che l'accompagnavano si seppe che, mestruata per la prima volta a 14 anni, aveva avuto sempre questa funzione alquanto dolorosa, ma che del resto aveva ognora goduto ottima salute, che era gravida per la prima volta, e che l'ultimo tributo mensile era comparso il 25 aprile un po' più scarso del solito. Si seppe pure che dippoi la donna non era più stata bene, aveva avuto vomiti, malessere, senso di stanchezza, stipsi e bisogno frequente di urinare; i quali fenomeni erano andati pian piano aumentando fino a quindici giorni prima del suo ingresso all'ospedale, epoca in cui cambiò la scena. Allora l'escrezione urinaria, che negli ultimi tempi si era resa difficile, si sospese completamente per 24 ore, poi incominciò uno stillicidio involontario di urina, ed otto giorni dopo insorse edema ai piedi con dolori violentissimi al ventre ed alle estremità inferiori, con tenesmo rettale e vescicale, con vomiti persistenti, con insonnio assoluto, con cefalea forte e coll'impossibilità alla deambulazione se non carponi. Si ricorse ad un medico, e poscia ella si recò in persona da un secondo, facendo parecchi chilometri di viaggio sur un baroccio, ma ambidue senza neanche siringare la donna si limitarono ad incoraggiarla, assicurandola che quanto provava erano i disturbi abituali dello stato di gestazione. Ma le cose aggravandosi, da parecchi giorni non evacuandosi l'alvo, sopraggiungendo il coma, il singhiozzo e l'indizio di convulsioni, si prese la decisione di trasportare l'inferma in Clinica, ed allora ecco ciò che si vide.

Coma profondo, polso piccolissimo, filiforme, vuoto ed irregolare; forte dispnea; respiro accompagnato da rantolo tracheale, edema polmonare; singhiozzo; bocca arida; denti fuligginosi; edema assai intenso alle estremità inferiori, meno rilevante ai genitali, agli arti superiori e alla faccia; premiti continui; scosse convulsive limitate a diversi gruppi muscolari, e frequenti; occhio vitreo e rotato in alto; pupilla midriatica ed insensibile alla luce. Esaminando il ventre, questo all'ispezione appariva voluminoso, massimamente nella regione ipogastrica ed ombelicale; palpando si percepiva un tumore piriforme, di consistenza lignea, che giungeva due dita trasverse sopra l'ombellico, che dava suono ottuso alla percussione e che simulava un utero gravido e spasmodicamente contratto. All'esplorazione vaginale si sentiva, appena messo il dito oltre la vulva, un tumore coperto dalla parete posteriore della vagina, il quale mentre toccava il piano perineale, riempiva tutta l'escavazione, in modo che il dito esploratore penetrava a stento. Scorrendo tangenzialmente su questo grosso tumore, si arrivava e si sorpassava alquanto il margine superiore della sinfisi pubica senza però sentire il collo dell'utero. La vulva era edematosa, la sua mucosa di color rosso vinoso, l'orificio uretrale stirato in alto e posto sulla parete anteriore della vagina. Appena introdotto il dito nel retto per farne l'esplorazione, si avvertiva egualmente il grosso tumore percepito per la via dei genitali, il quale spingeva la parete anteriore di quest'intestino contro la posteriore e contro la concavità sacrale, tanto che a mala pena passava il dito. Facendo giacere la donna sul fianco sinistro, si arrivava per mezzo dell'esplorazione rettale a sentire tutta la superficie del tumore, che occupando per intero la concavità del sacro, arrivava sino al suo promontorio. Tanto col riscontro vaginale, quanto col rettale, detto tumore appariva regolarmente tondeggiante, pastoso, ma non fluttuante in modo distinto, e si avvertiva che sotto ogni premito esso si abbassava e pigiava contro il perineo. Per esser certi sulla natura del tumore sentito attraverso le pareti addominali, si siringò la donna, e quantunque si adoperasse un catetere elastico di piccolo calibro, pure si durò una grande fatica a farlo penetrare, e solo vi si riuscì quando col dito introdotto in vagina, si cercò di diminuire la compressione sul canale uretrale. Per tal mezzo si levarono 5 litri abbondanti di urina torbida, fetidissima, di color rosso vivo e commista a grumetti e a piccoli brandelli di tessuto, che ad ogni tratto otturavano gli occhielli della siringa. Dopo questa manovra, ripetendo l'esame, si sentiva che il tumore resistente notato nel ventre era sceso fin quasi a livello del pube senza lasciarne scoperto un altro dietro di sè, mentre coll'esplorazione rettale e vaginale nulla si trovava cambiato. Ecco ciò che rinvenni quando fui chiamato, sostituendo in quell'epoca il ch.° prof. Massarenti, che era assente da Bologna.

Per tutti questi fatti e massimamente per i segni razionali della gravidanza offerti dalla donna, per i fenomeni subiettivi da essa provati, per la disuria prima e la ritenzione d'urina poi, per i caratteri di questa, per la mancanza del globo uterino nella regione ipogastrica, per la presenza di un tumore coi caratteri dell'utero gravido riscontrati nel piccolo bacino mediante l'esplorazione rettale e vaginale, per l'impossibilità di raggiungere il collo, per gli edemi specialmente notabili all'estremità inferiori, per lo stato generale della paziente, ecc., non dubitai di fare la diagnosi di *retroversione completa dell'utero gravido al principio del 4.° mese, incarceramento di esso e conseguente urinemia.* Sebbene pel tumore vescicale occupante dopo la siringatura la regione soprapubica, e massimamente per la contrazione quasi permanente dei muscoli addominali, non potessi fare l'esplorazione combinata al palpamento ed ottenere così i segni dati da Playfair (1) e da Tarnier e Bu-

(1) Playfair. « Traité d'accouchements, traduit par le D.r Vermeil ». Paris, 1879.

din (1) come patognomonici della retroversione dell'utero gravido; pur tuttavia feci il giudizio suddetto, certo di esser nel vero, quantunque non ignorassi che medici esperti hanno commessi errori diagnostici rispetto a questa complicanza della gestazione (2). E di fatti a che altro si poteva pensare? Forse a fibromi della parete posteriore dell'utero gestante, quando si sa che ordinariamente in queste circostanze manca la ritenzione d'urina e l'incarceramento, e quando nel caso nostro non avvertivasi il globo uterino nella regione ipogastrica, e il dito esploratore non raggiungeva il muso di tinca, ma invece sentiva nella piega del Douglas un tumore coi caratteri dell'utero gravido? Non mi venne neanche in mente l'idea dell'ematocele e dei tumori flogistici sviluppatisi dietro l'utero; poichè in questi casi, tra gli altri segni, avrei dovuto sentire la matrice ricacciata in avanti e col collo accessibile. Debbo però confessare che, sovveneudomi del caso di Bailly (3), ebbi qualche dubbio rispetto alla gravidanza extra-uterina avente sede nella piega di Douglas. Ma riflettendo che allora la ritenzione d'urina non poteva essere così considerevole, nel palpare la regione ipogastrica doveva sentirsi il corpo dell'utero posto avanti la cisti fetale, e che il muso di tinca doveva essere accessibile all'esplorazione per la vagina, si dileguò ogni dubbio, e la certezza prese il sopravvento.

Se esaminiamo le cause che possono aver predisposto la nostra donna alla retroversione uterina, vediamo che da un lato esiste una condizione, nella quale questo spostamento è facile (le fatiche della vita campestre), dall'altra ne esiste una, nella quale è difficile (la primiparità). E di fatti sappiamo che Salmon (4), mentre ha notato che le donne di campagna che si danno ai lavori penosi, sono più predisposte alla retroversione dell'utero gravido, ci riferisce una statistica da cui risulta che su 79 inciute affette da questo spostamento, solo 13 erano primipare. Ed egual-

(1) Tarnier et Budin. Loc. cit., T. II, pag. 232.

(2) Charles. « Des deplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse ». Bruxelles, 1878.

(3) « Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés ». 1 année, décembre 1874, pag. 731.

(4) Salmon. Loc. cit.

mente in 19 casi notati da De Cristoforis (1) e da Valsuani (2), quattro unicamente erano gravide per la prima volta. Nulla è da notare relativamente al tempo della gestazione in cui era la donna quando ricorse a noi, poichè è noto che più frequentemente la retroversione dell'utero gravido viene dal medico osservata al 3.° o 4.° mese, come risulta dalla statistica di Elleaume (3), e da quella di Salmon. — Rispetto alle cause determinanti, se poniamo mente all'anamnesi, vediamo che nel nostro caso (seguendo la distinzione di Baudelocque (4)), certamente ci troviamo di contro alla forma lenta e progressiva di questo genere di spostamento, e quindi dobbiamo esaminare solo le cagioni di essa. Tra queste possiamo escludere addirittura l'ampiezza del bacino (Chailly Honoré (5)), i restringimenti di esso, la sporgenza eccessiva del promontorio (Callisen, Boivin (6)), la troppo piccola inclinazione dello stretto superiore, i tumori addominali uterini e peri-uterini, poichè non furono riscontrati; come pure possiamo escludere le aderenze dovute a peritonite antica (Blundell (7) e Bernutz (8), ecc.), poichè nella storia non ne abbiamo indizio. Ma in questa abbiamo invece un fatto molto importante per rintracciare l'etiologia della retroversione nel caso nostro, poichè la donna fin dall'epoca della prima mestruazione ebbe sempre i suoi tributi mensili accompagnati da dolore, ciò che fa presupporre che la retroversione fosse conge-

(1) De Cristoforis. « La medicina ostetrica ». (« Ann. un. med. », 1887, CXCIX, 137).

(2) Valsuani. « Sulla retroflessione dell'utero » (« Ann. un. med. », 1871, CCXVIII, 552).

(3) Elleaume. « Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse ». (« Moniteur des Sciences », 1860).

(4) J. B. Baudelocque. « Diss. Anat.-chir. » — « De utero gravido tum antrorsum, tum retrorsum verso ». (« Th. de Paris », 1784).

(5) Chailly-Honoré. « Traité pratique de l'art des accouchements », IV édition. Paris, 1861, pag. 216.

(6) Vedi: Chantreuil. « Retroflexion de l'utérus gravide ». (« Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés », VI année, avril 1879, pag. 237).

(7) Blundell. « Observations on some of the more important diseases of women ». London, 1837, pag. 6, nota.

(8) Bernutz. « Rétroversion de l'utérus gravide ». (« Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés », II année, janvier 1875, pag. 1).

nita, esistesse fin d'allora e quindi prima del concepimento. Questo fatto perciò darebbe appoggio alle idee di Tyler Smith (1), di Schröder (2), di Bernutz (3), di Spiegelberg (4), di Chantreuil (5), di Robert e Fancourt Barnes (6), ecc., che cioè la retroversione nella gravidanza sia più di frequente la continuazione di una retroversione antecedente. Così la ritenzione d'urina non sarebbe stata la causa dello spostamento, come vogliono alcuni (Guglielmo Hunter (7), e secondo Charpentier (8), anche Denman, Merriman, Desormeaux, Paul Dubois, Danyau, Jacquemier, ecc.), ma invece l'effetto come Lohmeier (9) per il primo ha sostenuto, e come ritengono molti. E ciò tanto più si deve ammettere nel caso nostro, poichè avendo in esso i disturbi nel mingere preceduto la ritenzione, è molto probabile che preesistesse la retroversione, facile causa di quelli. Ma coll'avanzarsi della gravidanza e coll'ingrandirsi dell'utero, i fenomeni di compressione sarebbero andati aumentando, ed un bel giorno dopo un lavoro un po' grave (ciò che è facile presupporre tenendo conto del mestiere della donna) si sarebbe determinata una congestione dell'utero, la quale, come vuole Bernutz (10), avrebbe cagionato un repentino aumento di quest'organo e quindi il suo incarcerarsi.

Rispetto alla prognosi, questa fu fatta gravissima e la gravità fu basata principalmente su tre considerazioni: 1.° la durata dell'incarceramento; 2.° la ritenzione dell'urina e le sue conseguenze; 3.° le condizioni della vescica. Il pronostico è tanto più grave, dicono a questo proposito Tarnier e Budin (11), quanto più lungamente la malattia è restata sconosciuta, trascurata o mal curata. E chi poteva nel caso nostro misurare

(1) Tyler Smith. « Obstetrical Transactions », vol. II, pag. 286.
(2) Schröder. « Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ». Bonn, 1867, pag. 36.
(3) Bernutz. Loc. cit.
(4) Spiegelberg. « Lehrb. der Geb. », 1878.
(5) Chantreuil. Loc. cit. (« Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés », VI année, avril 1879, pag. 237).
(6) Robert et Fancourt Barnes. Loc. cit., pag. 170.
(7) « Med. obs. and. inqu. », vol. IV e V, 1771 e 1776.
(8) Charpentier Loc. cit., vol. I, pag. 823.
(9) Lohmeier. « Theden's Neue Bem. u. Erf., etc. », 1795, 3 Th., pag. 144.
(10) Bernutz. Loc. cit.
(11) Tarnier et Budin. Loc. cit., T. II, pag. 238.

le conseguenze sull'utero, sulla vagina e sul retto, d'un incarceramento durato per quindici giorni? Certamente esse si dovevano sospettare gravi. — Venendo poi al secondo elemento della prognosi, è vero che la quantità d'urina contenuta in vescica non era relativamente eccessiva, poichè si legge che in tali circostanze Chambers (1) ne ha cavati sei litri e mezzo, Tarnier (2) sette, W. E. Green (3) circa undici e mezzo, ecc. Ma è pur vero che non tanto sulla quantità dell'urina doveva essere basata la gravezza della prognosi, come sulle sue qualità e sui danni che erano derivati a tutto l'organismo, e massimamente al sistema nervoso e al cuore, per la mancanza quasi completa dell'escrezione urinaria durata per tanti giorni, e per la corruzione subìta dall'urina. — Rispetto poi alle condizioni della vescica, queste dopo quindici giorni di totale ritenzione o quasi completa, dovevano essere gravissime, e pesar molto sul giudizio prognostico. Krukenberg (4), peccando invero un po' troppo d'assolutismo, afferma che quando si tarda più di sei giorni dal principio della ritenzione a fare il cateterismo regolare della vescica, si osserva l'espulsione di lembi in isfacelo per l'uretra; dopo dieci giorni passati senza cura, più di frequente si produce una perforazione gangrenosa della vescica. E questo sospetto era nel nostro caso avvalorato dall'essere l'urina torbida, sanguinolenta, fetentissima e commista a brandelletti di tessuto. E chi poteva garantire che non ne sarebbe derivata la rottura della vescica assottigliata, come ha visto Schwarz (5) avvenire sotto il minimo sforzo, e come è stato osservato nella Clinica Ostetrica di Torino? (6), oppure la formazione di una fistola vescico-vaginale, come ha notato Godson? (7), oppure lo stabilirsi di comunicazioni fistolose tra la vescica e l'intestino, come hanno verificato Macleod (8), Valenta (9), Krukenberg (10), oppure qualche altro accidente?

(1) Chambers. « Obstetr. Transact. », 1876, vol. XVI, pag. 181.
(2) Cazeaux et Tarnier. « Traité d'accouchements ». Paris, 1874, pag. 538.
(3) « Brit. med. journ. », 1885, vol. I, pag. 177.
(4) « Arch. für Gyn. », 1882. Bd. XIX, pag. 261.
(5) « Centralblatt für Gynäkologie », 1880, pag. 121.
(6) Pintor-Pasella. « Rendiconto », anni, 1862-63, pag. 10.
(7) « Medical Society's Proceedings », vol. VII, 1884.
(8) « Glasgow med. Journal », gennajo 1857, pag. 410.
(9) Valenta. Geburts. gyn. Mitth., XIV Memorabilien », pag. 1-5. — « Centralblatt für Gyn. », 1883, N. 45, pag. 725.
(10) « Arch. für Gyn. » 1882, Bd. XIX, pag. 261.

Benchè il caso presentasse tutta la gravità, pure mi accinsi con ardore alla cura, e con essa mi prefissi di raggiungere tre scopi; togliere l'incarceramento dell'utero, far liberamente sgorgare l'urina, praticare un'antisepsi energica della vescica. Ed ecco come mi condussi.

Essendosi la vescica dopo breve tempo dalla siringatura rialzata nella cavità addominale, ed avendo ripresi i caratteri di prima, si ripetè il cateterismo, e questa volta si cavarono due litri d'urina coi caratteri della precedente. All'esame di essa si ebbe: reazione alcalina, peso specifico 1014, albume e sangue in grandissima copia, muco-pus in abbondanza. Si fece allora una lavanda vescicale con una soluzione tiepida di acido borico all'uno e mezzo per cento, ed una vaginale con sublimato corrosivo all'uno in 2000, e si tentò la riduzione manuale dell'utero sia per la vagina, sia pel retto, seguendo il consiglio dato da Capuron (1), da Skinner (2) e da altri, di dirigere cioè l'utero in uno dei diametri obliqui del bacino. Non si trascurò neanche il metodo bimanuale o bipolare tanto vantato da Robert Barnes (3), e tutte queste manovre si fecero e si ripeterono nella posizione supina e nel decubito laterale sinistro della donna, ma senza alcun effetto; l'utero rimaneva completamente immobile. Non si potè cloroformizzare la paziente pel suo stato semiagonizzante, benchè i premiti quasi continui fossero di non piccolo ostacolo alle manovre di riduzione. Allora, per togliere l'incarceramento dell'utero, non rimaneva altra risorsa che la provocazione dell'aborto, fatta colla rottura delle membrane. Ma siccome il muso di tinca non era accessibile, si dovette venire alla perforazione della matrice attraverso la parete vaginale. Si adoperò a tal uopo un trequarti curvo del diametro di circa 3 mm., convenientemente disinfettato; s'introdusse l'indice della mano sinistra in vagina sino a sentire la parte più sporgente dell'utero, e sulla sua guida s'impiantò il trequarti, afferrato colla mano destra e tenuto colla concavità volta all'indietro. Dalla cannula uscì prima qualche goccia di sangue, poi un liquido citrino stilla a stilla. Si tentò fare l'aspirazione, ma anche con questo mezzo poco se ne cavò: il liquido estratto pesava in tutto 150 gr. circa. Intanto si lasciò a permanenza una siringa elastica nella vescica, e si ripetè una lavanda vaginale col sublimato corrosivo al mezzo per mille. Dopo l'uscita del liquido amniotico, il tumore uterino

(1) Vedi: Tarnier et Budin. Loc. cit., T. II, pag. 241.
(2) « British medical Journal », 1860.
(3) Robert Barnes. « Leçons sur les opérations obstétricales, traduites sur la II édition par le D.r Cordes, avec une préface de M. le Prof. Pajot ». Paris, 1873, pag. 238.

s'impiccolì, e col dito in vagina, si giunse al collo, il quale guardava coll'orificio esterno verso l'ombelico della donna. Coll'esplorazione rettale si sentì che detto tumore non giungeva più al perineo, ma solo a metà circa dell'escavazione, che si lasciava leggiermente spostare, che distava qualche centimetro dal sacro, e che mentre di tanto in tanto diventava duro per contrazione, si abbassava sino a distendere un poco il piano perineale ed a presentarsi all'ano, contraendo allora la paziente i muscoli addominali come per defecare. Anche in questo momento però fallirono le manovre di riduzione che furono ripetute. Dalla siringa usciva continuamente urina solo che la donna premesse o che una mano si posasse sul ventre. — Alle 10 della sera, circa tre ore dopo la puntura dell'utero, stato dell'inferma sempre più aggravato; dispnea e sopore accresciuti; movimenti convulsivi manifestissimi alla faccia; trisma; polso più piccolo, più vuoto, più irregolare e appena percettibile; rantolo tracheale ed edema polmonare aumentati; temperatura ascellare 37,6; pulsazione 120; respiro 40. Si fa un'injezione sottocutanea di etere solforico. La temperatura nella notte oscilla tra 37°,6 e 36°,8. — La mattina alle 6.45 avviene l'espulsione di tutto l'uovo insieme a pochissimo sangue; i caratteri di esso corrispondono al tempo diagnosticato; si riconosce che il trequarti è caduto sul margine placentale. Lo stato della donna è alquanto migliorato; ella ha riacquistato in parte la conoscenza, sebbene seguiti un po' di sopore, e manifesti di tratto in tratto un leggiero subdelirio. Seguita il singhiozzo; il polso è rialzato; la dispnea è minore; il rantolo tracheale è scomparso; è sopraggiunto qualche colpo di tosse. Facendo l'esplorazione vaginale si sente che il collo uterino aperto è situato in alto e dietro il pube ed è fisso sul corpo il quale gli si trova al didietro, è molto diminuito di volume ed è alquanto spostabile sino a mettersi orizzontalmente. Ma non è possibile fargli passare lo stretto superiore, e abbandonato a sè, ricade nella posizione primitiva. Sull'orificio esterno avvi qualche grumetto e un pezzo di caduca, che vengono estratti. L'addome è assai dolente, e il tumore vescicale si trova poco al di sotto dell'ombelico, e presenta la solita consistenza. Dal momento dell'ingresso, l'urina raccolta ha raggiunto i 7500 cmc. Si fa un'altra lavanda vaginale con sublimato all'uno in 2000; si leva la siringa dall'uretra, e per mezzo di una a doppia corrente si fanno passare per la vescica parecchi litri di una soluzione tiepida di acido borico a circa l'un per cento. Le lavande vaginali e vescicali sono ripetute di frequente, e tanto le une quanto le altre sono fatte con quest'ultimo liquido. Si rimette la siringa a permanenza. L'ultima urina escita è chiara, però ad intervalli sgorga dal catetere un liquame sanguinolento, scuro e fetido. Si fanno senapizzazioni alle estremità inferiori, si danno eccitanti per la via dello stomaco, si somministra 1 gr. di diagridio (scammenea), e s'injettano sotto la pelle 2 centigr. di pilocarpina allo scopo di togliere per la via dell'intestino e per quella della cute le sostanze

venefiche che si trovavano nel sangue in seguito alla ritenzione e alla decomposizione dell'urina. — Alla sera la donna offre un miglioramento notevole; la conoscenza è perfettamente ritornata; le funzioni psichiche mostrano anzi una sovraeccitazione; il respiro non è più affannoso; il polso si è anche più rialzato; dalla vagina scola pochissimo sangue commisto a muco; l'urina ha i soliti caratteri; il ventre è più appianato e non è dolente che sotto forti pressioni; la lingua è bella e umida; nessuna evacuazione alvina; pelle arida. Medesima cura, se si toglie l'uso della pilocarpina, del diagridio e delle senapizzazioni.

Da quanto ho detto, si vede che colla cura aveva raggiunto i tre scopi propostimi: aveva cercato il libero deflusso dell'urina colla siringa a permanenza, la disinfezione della vescica con lavande della sua cavità ripetute ed abbondanti, la remozione dell'incarceramento uterino col provocare l'aborto. E rispetto a quest'ultimo mezzo forse qualcuno potrà giudicare precipitato il mio modo di procedere. Doveva forse, vuotata la vescica e l'intestino, fare la cura aspettante tanto vantata da Denman (1) e da Burns (2), quando sintomi gravi minacciavano sì davvicino la vita della donna? Mi si potrebbe però ascrivere a colpa di non avere usufruito di tutte le posizioni della paziente consigliate per facilitare il raddrizzamento della matrice, come pure di non aver tentata la riduzione istrumentale. Rispetto alla prima accusa dirò che, come a malincuore fui costretto astenermi dall'uso del cloroformio per le condizioni gravissime della malata, così unicamente per questa ragione dovetti pure limitarmi alla posizione supina e a quella sul fianco sinistro per operare la riduzione. E di fatto ognuno comprende che per lo stato dell'inferma erano rese impossibili o almeno molto pericolose tanto la posizione sui ginocchi e sui gomiti che è preferita tra gli altri da Gallard (3), Joulin (4) e Blundell (5) e che mi rese ottimi servigi in un caso di retroflessione dell'utero gravido al 3.° mese, quanto, e peggio ancora, quella incomodissima consigliata da Godefroy (6). Riguardo poi alla riduzione istrumentale,

(1) Vedi: Chantreuil. Loc. cit. (« Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés », VI année, mai 1879, pag. 278).
(2) Burns. « Traité d'accouchements, traduit de l'anglais sur la IX édition », 1839.
(3) Vedi: Cailletet. « Th. de Paris », 1868, pag. 26.
(4) Joulin. Loc. cit., pag. 855.
(5) Obstetric Surgery.
(6) Godefroy. « 5 Observ. de rétroversion » (« Gazette des Hôpitaux », 1859, N. 54, pag. 214).

non adoperai nè la bacchetta di Evrat, nè la spatola-leva di Antonio Petit, nè il *gorgeret* di Röderer, ecc., essendo tutti questi istrumenti inferiori alla mano, poichè mentre con essi non siamo in caso di renderci esattamente conto di ciò che si fa pel loro intermezzo, come asserisce Chantreuil (1), possiamo produrre sovente lesioni più o meno gravi. E non ho ricorso neanche alle vesciche riempite di aria o di acqua e cacciate nella vagina o nel retto, come ha suggerito Halpin (2), e come pochi anni fa ha praticato pure Bernutz (3), poichè il palloncino, secondo ragionevolmente afferma Robert Barnes (4), manca di punto d'appoggio in basso, non potendo il perineo fornirgliene uno buono. E di più per non potersi dirigere esattamente la forza che distende la vescica, questa gonfiandosi spinge il fondo dell'utero a dirittura in alto sotto il promontorio, ciò che esige una forza maggiore di quello che se si adoperasse la mano, istrumento senziente ed intelligente. E non ho pensato neanche ai processi di riduzione immaginati da Massart (5), da Mundé (6), da Campbell (7) e da Solger (8), usufruendo della pressione atmosferica, poichè sono basati sul falso, essendo le pareti addominali elastiche e cedevoli, e circolando nell'organismo dei liquidi, i quali corrono tosto a riempire il vuoto che tende a formarsi. E d'altra parte a che doveva insistere sulle manovre di riduzione, quando Robert Barnes (10) mi consiglia di provocare l'aborto nei casi in cui l'utero è imprigionato nel bacino pel suo volume, e in tutti i casi in cui la riduzione presenta grandi difficoltà? A che doveva insistere quando Tarnier e Budin mi suggeriscono che « in certi casi d'altronde non si dovrà neanche tentare la riduzione, quando accidenti gravi durano da lungo tempo, e si può temere di produrre, spostando l'utero, la rottura di un organo

(1) Chantreuil. Loc. cit. (« Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nes », VI année, mai 1879, pag. 280).
(2) « Arch. gén. », septembre 1840, pag. 88.
(3) Bernutz. Loc. cit.
(4) Robert Barnes. Loc. cit., pag. 239.
(5) « Assoc. franç. pour l'avancement des Sc., Congr. du Havre », 1877, pag. 807.
(6) « Americ. Journal of Obst. », giugno 1876, pag. 296.
(7) « Americ. Journal of Obst. », ottobre 1876, pag. 684.
(8) « Berl. klin. Woch. », 1877, pag. 190.
(9) Robert Barnes. Loc. cit., pag. 236.

vicino aderente, come la vescica (1) »? È vero che Quintin (2) riuscì in un caso a produrre il raddrizzamento uterino con esito felice, non ostante 17 giorni di ritenzione; ma a che io doveva insistere nelle manovre riduttive, quando per esse già mi era convinto dell'inefficacia loro, sia per aderenze recenti che avesse contratte la matrice, sia (e ciò era più facile) per la congestione, la tumefazione degli organi e pel volume dell'utero?

Rispetto poi alla puntura di questo viscere, se non ho seguita la via del retto, che secondo le statistiche darebbe migliori risultati, e che non molti anni fa fu tenuta anche da Anthony Bell (3), ed è ultimamente raccomandata pure da Robert e Fancourt Barnes (4), non sono da incolpare, poichè autori illustri, tra i quali ricordo solo Hunter (5), Joulin (6), Cazeaux (7), ecc., raccomandano la via vaginale, e perchè so che i dati statistici sono in questo soggetto da tener poco a calcolo, offrendo i casi, nei quali si è praticata la puntura pel retto, in genere una gravità minore che gli altri (8).

Ed ora voglio ricordare, una cosa notata dopo la punzione dell'utero. Mentre appena avvenuto questo fatto, sentivasi col riscontro vaginale il muso di tinca volto coll'orifizio esterno verso l'ombelico della donna, come più sopra dissi, immediatamente subito dopo l'aborto esso si avvertiva dietro il pube e flesso sul corpo uterino. Alla retroversione si era dunque sostituita la retroflessione, forse in conseguenza del passaggio dell'ovo si era aumentato quel leggier grado di flessione, che quasi sempre, secondo Tarnier e Budin (9) ed altri, accompagna la retroversione dell'utero gravido.

Ma è ora di seguire la nostra malata nel puerperio e vederne l'esito.

---

(1) Tarnier et Budin. Loc. cit., T. II, pag. 243-244.
(2) « Annales de la Société médico-chir. de Liège », 1876.
(3) « British medical Journal », 1875.
(4) Robert et Fancourt Barnes. Loc. cit., pag. 178.
(5) « Medical Observations and Inquires », vol. IV e V. London, 1771 e 1776.
(6) Joulin. Loc. cit., pag. 856.
(7) Cazeaux et Tarnier. « Traité théorique et pratique de l'art des accouchements », VII édition. Paris, 1867, pag. 537.
(8) Chantreuil. Loc. cit. (« Archives de Tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés », VI année, mai 1879, pag. 282).
(9) Tarnier et Budin. Loc. cit., T. II, pag. 227.

Per rispetto alle funzioni dell'apparecchio digerente, non avendosi defecazione non ostante il grammo di diagridio, si fece il 6 agosto un clistere, il quale determinò due scariche abbondanti, seguite nella giornata da altre quattro. Il 7 la diarrea continuò, e le feci erano commiste a sangue; ma da quel giorno, dopo l'uso di 2 centigr. di morfina e di qualche clistere laudanato, questa andò mano a mano diminuendo, sicchè l'11 era del tutto scomparsa. Il 10 l'inferma ebbe qualche conato di vomito, ed incominciò ad accusare male alla gola, e all'ispezione tanto le fauci quanto la bocca erano coperte da uno strato biancastro, che si poteva togliere solo coi mezzi meccanici. Il singhiozzo andò poco a poco scomparendo. Il ventre era indolente, e sempre più si avvallava; il tumore vescicale, ognora duro, rimpiccioliva di giorno in giorno, tanto che il 12 si trovava a due dita sopra il pube. L'urina in quantità abbondante nei primi giorni, andò poi diminuendo; però a questo riguardo bisogna avvertire che ne andava perduta una parte. Essa veniva espulsa involontariamente anche quando si toglieva la siringa, e ciò fino al giorno 11, in cui si cominciò a notare che per qualche tempo la donna era capace di trattenere l'urina. Questa grado grado andò perdendo il color rosso sanguigno, rimase però sempre torbida, e all'esame fatto l'11 si riscontrò: odore ammoniacale, reazione neutra, peso specifico 1012, albume in molta copia, senza traccia di sangue e con discreta quantità di muco-pus. Quasi sempre si mantenne la siringa nell'uretra, e si continuarono le lavande vescicali, fatte come più sopra ho indicato. L'edema prontamente scomparve fin dai primi giorni di puerperio. Per rispetto alle funzioni dell'utero, nulla di anormale si ebbe a notare; i lochi furono sempre scarsi e non fetidi; la matrice andò rimpiccolendosi, tanto che il giorno 9 la sua cavità, misurata nel fare una lavanda endouterina, era lunga 8 cm. Però rimase sempre retroflessa. Il 9 fu estratto un brandello di caduca che era nel canale cervicale. Si seguitarono le lavande vaginali con l'acido borico all'un per cento, e collo stesso liquido si fecero due volte injezioni endo-uterine, allo scopo di favorire lo scolo lochiale reso difficile alquanto per la posizione dell'utero. Le funzioni psichiche ben presto tornarono normali, non così quelle circolatorie, poichè mentre nei primi giorni pareva che il polso si rialzasse, di poi, massimamente dopo il sopraggiungere della diarrea, e più ancora dopo che il 9 incominciò una leggiera elevazione della temperatura, la forza cardiaca s'andò sempre illanguidendo. E non valsero contro questo fatto gli eccitanti più forti e la digitale, tanto che il 13 alle 5 ant. sopravvenne la morte sotto i fenomeni di collasso. L'inferma aveva respiro frequentissimo con rantolo tracheale, polso celere, piccolo e vuoto, pallore e freddo alle estremità, vista annebbiata, midriasi, illusioni ottiche sebbene la psiche fosse conservata. L'etere ed il muschio injettati sotto la pelle, i senapismi, il riscaldamento e le fregagioni della cute e la respirazione artificiale a nulla valsero. — Nella seguente tabella sono indicate la temperatura, le pulsazioni, i respiri e la quantità dell'urina giornaliera.

Giorno del mese	Temperatura	Numero delle pulsazioni	Numero dei respiri	Quantità della urina	CURA
4 agosto 1887 sera	—	—	—	—	Cura eccitante — Provocazione dell'aborto — Lavande vesicali e vaginali.
5 agosto mattina	36°,6	96	32	cmc. 7560	Cura eccit. — Diagr. gr. 1. — Piloc. cgr. 2 Lav. vesc. e vag.
sera	37°,2	120	24		
6 agosto mattina	36°,8	100	22	cmc. 6000	Cura eccitante — Lavande vesc. e vag. — Clistere stim.
sera	37°,1	88	24		
7 agosto mattina	36°,8	88	24	cmc. 3500	Cura eccitante — Lavande vesc e vag. — Clistere laudanato — Morfina cgr. 2.
sera	37°,1	124	28		
8 agosto mattina	37°	120	24	cmc. 1900	Cura eccitante — Lav. vesc. e vag. — Digit. gr. 1 in infuso.
sera	37°,5	128	36		
9 agosto mattina	37°,2	124	24	cmc. 1200	Cura eccit. — Lav. vesc. vag. ed endo-uterine.
sera	38°	140	30		
10 agosto mattina	38°	112	26	cmc. 1000	Cura eccit. — Lav. vesc. e vag. — Gargar. astringenti.
sera	38°,8	120	28		
11 agosto mattina	37°,8	108	40	cmc. 1200	Cura eccit. — Lav. vesc. e vag. ed endo-uterine. — Gargarismi astringenti.
sera	38°	120	32		
12 agosto mattina	37°,1	124	40	cmc. 1000	Cura eccit. — Lav. vesc. e vag. — Gargarismi astringenti.
sera	38°,4	108	38		
13 agosto mattina	37°,6 Morte	—	—	—	Cura eccitante.

Istituto Ostetrico-Ginecologico di Bologna Letto N. 30

Alla necroscopia fu trovato: Injezione venosa meningea; edema sotto-aracnoideo; anemia ed edema cerebrale; liquido nei ventricoli. — Edema polmonare; cuore degenerato (carni pallidissime, flacide e come lessate); ventricolo sinistro vuoto; nel destro un coagulo; valvole normali. — Mancanza di ogni liquido nella cavità peritoneale; injezione venosa del peritoneo (di color azzurro cupo, specialmente nel piccolo bacino); vene addominali turgide; fegato giallastro; milza normale; rene destro anemico, il sinistro ingrossato con piramidi molto injettate, con sostanza corticale spessa e dura (nefrite al primo stadio); pelvi renali ed ureteri normali; enterite del grosso intestino con qualche esulcerazione; vescica con pareti grosse (più di 1 cm.), con cavità ampia e con mucosa pressochè normale, se si eccettuano due punti al di sopra degli sbocchi degli ureteri, dove essa mancava di epitelio; utero completamente retroflesso; traccie della puntura caduta a sinistra tanto nella parete posteriore della vagina che sulla parete posteriore dell'utero; nessuna aderenza; utero grosso come una pera, con pareti normali e mucosa normale; vagina e vulva pure normali.

Da quanto ho detto, nessuno può dubitare che la morte nella nostra inferma sia avvenuta per esaurimento della forza cardiaca, per collasso; e se ne ha una riprova guardando la tabella sfigmica, dove si vede che, non ostante la cura eccitante energica, non ostante la somministrazione di digitale, il numero delle pulsazioni è stato sempre elevato, ed il cuore non ha punto risentito l'azione di questi medicamenti. Essi agivano come gli sproni cacciati nel ventre ad un cavallo esausto per una lunga corsa. Ma da che dipendeva questo collasso? Secondo me, la nutrizione e la funzione del muscolo cardiaco, già profondamente alterate per la urinemia (come mi venne manifestato dal polso al momento dell'ingresso della paziente), non si son potute più rialzare, anzi sono andate peggiorando per due ragioni. Primieramente perchè seguitava l'inquinamento del sangue in conseguenza della cistite che risultò dall'esame delle urine, e in conseguenza dell'alterazione del rene sinistro che fu disvelata dalla necroscopia, e che sicuramente è stata prodotta dalla ritenzione urinaria. In secondo luogo perchè la diarrea dipendente da enterite acuta, e la leggiera febbre, a cui questa ha dato luogo, hanno finito per consumare del tutto quel po' di forza che restava nel miocardio. E che ciò sia vero, ci risulta dalla tabella suddetta, poichè le pulsazioni che erano alquanto diminuite di numero nei primi giorni, aumentarono di frequenza dopo che sopraggiunse la diarrea, e più dopo che venne in iscena

la febbre. Fu dunque l'infiammazione intestinale che nella nostra inferma dette il colpo di grazia, infiammazione intestinale che certo fu il prodotto dell'eliminazione, per questa via, dei principj venefici dell'urina trattenuti nel sangue. La morte perciò in ultima analisi fu cagionata dall' urinemia, la quale, secondo Robert Barnes (1), sarebbe la causa più frequente dell'esito infausto in casi di tal genere. E non è un fatto strano veder questo esito sopravvenire dopo che la matrice si è vuotata, quando sembrerebbe che tutto dovesse volgere al meglio, poichè Charles (2) ha riferito su 47 aborti accaduti nel corso della retroversione 20 casi di morte. Tarnier e Budin (3) aggiungono che l'aborto non può avere influenza fortunata per la madre e non può impedire la fine di essa, se non avviene spontaneo o provocato, prima che le complicazioni gravi abbiano avuto tempo di prodursi.

(1) Robert Barnes. Loc. cit., pag. 233.
(2) Charles. Loc. cit.
(3) Tarnier et Budin. Loc. cit., T. II, pag. 238 e 244.

OLDOINI Dott. STEFANO. — **Storia delle epidemie di Colera avvenute nel Comune di Spezia durante gli anni 1884-85-86.**

Verso la fine del 1835, quando il cholera cominciava a sparire dal mezzodì della Francia, invadendo il litorale del Mediterraneo, dopo essere penetrato in Nizza, Genova e Livorno visitò per la prima volta anche la Spezia, ed ebbe a tornarvi l'anno di poi. La terza e quarta invasione dello stesso male si ebbe negli anni 1854 e 1855. E finalmente prima delle ultime epidemie, che formano il soggetto del presente lavoro, sebbene con decorso benigno, si ebbero alquanti casi di cholera anche negli anni 1866 e 1867.

Di nessuna però delle qui ricordate pestilenze mi sarà possibile tenere parola; perchè, per quanto ne abbia chiesto notizie ed abbia anche rovistato negli archivi municipali, non mi fu dato avere o trovare in proposito che pochissimi dati, monchi ed inconcludenti. Per es., nei libri del nominato archivio non si ritrova altra menzione della prima epidemia di cholera a Spezia, fuori della deliberazione colla quale il Consiglio votava ad unanimità un solenne triduo di ringraziamento per essere stata la città liberata dal flagello: questo avveniva nello scorcio del novembre del 1835.

I.

Eravamo alla metà del giugno 1884, quando si incominciò a leggere su pei giornali la notizia dello scoppio del cholera a Tolone. Più tardi, il Ministro degli Interni, dette consistenza a quelle voci, ordinando che si applicasse il trattamento contumaciale a tutte le provenienze di terra e di mare dall'Algeria, dalla reggenza di Tunisi, dalla Francia e dalla Svizzera. Tali notizie avevano per l'Italia un'insolita gravità, l'avevano assai maggiore per talune città del suo esteso littorale; e la Spezia certo non si considerava fra le meno direttamente minacciate: anzi molte famiglie che qui risiedevano, non mancarono di tenersi pronte a partire pel caso di una invasione di quella malattia.