

Una visita agli ospedali di Londra nell'estate del 1868 / pel Dott. C. Mazzoni.

Contributors

Mazzoni, Costanzo, 1823-1885.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Roma : Romana, 1869.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/ckuksnat>

Provider

Royal College of Surgeons

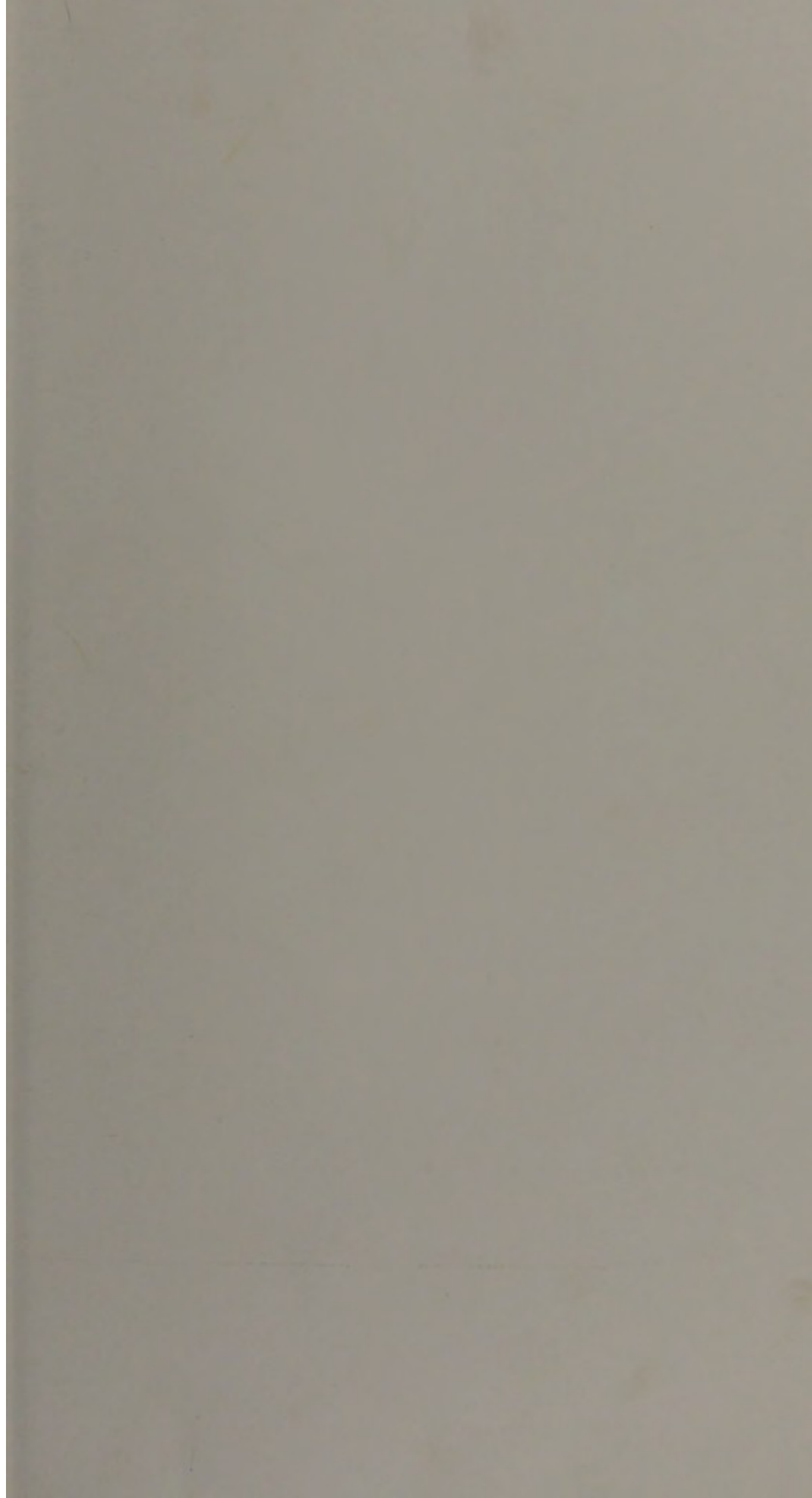
License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>





UNA VISITA

AGLI

OSPEDALI DI LONDRA

NELL' ESTATE DEL 1868

PEL

DOTT. C. MAZZONI



peregrinare, celeberrimasque orbis academias visitare
Virtutes externas non vitia sugas.

MACOPPE AP. LXIX

PRESENTED
by the
AUTHOR

Estratto dal Giornale
Archivio di Medicina Chirurgia ed Igiene.
VOL. I. AN. I.

ROMA

DALLA TIPOGRAFIA ROMANA

Piazza Poli N. 11.

—
1869.

Lettere

17

ALDO FERRAZZI

DOTTORE NELLA SCIENZA

INTELLIGENTE

UNIVERSITÀ

DI ROMA E DI VENEZIA

Lettera Prima

Pregiatissimo Collega

Come Vi è noto, lo scopo principale che mi proposi recandomi a Londra, fu quello di conoscere da vicino le particolarità della chirurgia inglese e di assistere ad alcune operazioni, che a giorni nostri hanno destato la maraviglia di tutti gli esercenti l'arte salutare, e credo di esservi riescito.

Fra queste grandi operazioni primeggia per certo *l'Ovariotomia*, la quale largamente e felicemente praticata in America e nella gran Brettagna, tardi e con diffidenza accettata in Francia, tardi e raramente ripetuta in Italia e comunque diversamente giudicata, viene oggi eseguita con successo più o meno brillante dai più distinti chirurghi di quasi tutte le nazioni.

Visitando giornalmente a Londra Ospedali ed Ospizii, posto quasi a continuo contatto dei medici ed infermi, quello che innanzi tutto attrasse la mia attenzione, furono i rapporti piuttosto unici che rari, che in Inghilterra si stringono fra il medico ed il malato.

Quivi l'uno e l'altro rivaleggiano, quegli nel ridare, questi nel ricuperare la salute, quegli spiegando uno zelo che sa dell'eroico, e impiegando con ardimento pari alla maturità del suo consiglio i più difficili mezzi, questi assoggettandosi con cieca fiducia ai voleri ed alle prescrizioni dell'altro; e la cieca fiducia dell'infermo muove, direi quasi, tutte le potenze del medico, pel quale il malato è un uomo che si è gittato intieramente nelle mani di lui e che ha messo quasi a dispo-

sizione di esso la sua vita. E poichè per gli inglesi la vita è azione, operosità senza posa, e per la più gran parte l'azione, la operosità è sussistenza, ricchezza, e l'inazione miseria, il medico ed il malato veggono nella malattia non solo la minaccia della vita, ma la sorgente degli innumerevoli guai della miseria, o almeno l'impedimento all'esercizio della propria attività pubblica e nazionale, quivi portata ad eccessivo grado. Quindi è che non sapreste decidere se maggiore sia il desiderio del medico di guarire il malato, o quello del malato di riacquistare la sanità. Dal che ne viene che fra essi si stabilisce tale intimità di sentimenti e tale accordo di azione, che diresti formarsi quasi delle due una persona sola; tanto che odesi sovente il malato pregare con insistenza il medico che tutto sperimenti, nulla lasci intentato, poichè l'inglese non si rassegna alla vita inferma che come ad ultima insuperabile necessità.

Altra grande qualità dei malati inglesi è la costante fiducia che essi conservano per lo stesso medico e lo stesso chirurgo.

Ho veduto più malati ripresentarsi dopo lunghi anni a coloro, di cui avevano sperimentato le benefiche cure, per consultarli con in mano le loro primiere prescrizioni; fra gli altri una donna vecchissima operata di cataratta dal *Dixon* da 15 anni e che a questo tornava a cagione della sua vista che era indebolita. E siffatta costanza rende ai malati inglesi anco più onore, che la fiducia che essi hanno agli uomini dell'arte da loro prescelti.

I malati inglesi non guardano al successo o all'insuccesso: essi non fanno conto che delle cure ricevute; il successo è buona ventura comune ad essi egualmente che al curante, l'insuccesso comune sventura. La malattia fu più potente degli sforzi di ogni cura, la morte è il fatto che attende tutte quante le generazioni: ecco l'ultimo, inappellabile giudizio del malato inglese. Per esso e dopo di lui per la sua famiglia le cure del

medico e chirurgo loro, che furono impotenti contro una malattia, ne vinceranno invece un'altra e salveranno la vita di altro malato a comune soddisfazione e conforto. Sì, in Inghilterra si comprende più che altrove, che la scienza e l'arte sono meno potenti della natura, e non si trascorre mai nell'enorme ingiustizia di chiamare responsabile il medico e il chirurgo della persistente infermità o della morte. Al merito della fiducia, alla virtù della costanza, i malati inglesi sanno congiungere il dovere della riconoscenza e la generosità della remunerazione.

Lascio pensatamente, chiarissimo Collega, di istituire qui un raffronto tra essi e noi. Anche a Voi come a me sarà non di rado occorso di dovere subire quasi con umiliazione atti di sfiducia, che sconcertano e suscitano una specie d'inquietezza, di vedervi cioè abbandonato dai vostri malati, e denunziato quasi come causa della malattia e della morte; falsa ingiusta denunzia che pur troppo (non so se debba dirlo o tacerlo) trova eco taluna volta e muove eziandio da chi, succedutovi nella cura, non fu di voi meno impotente contro la malattia e la morte; e finalmente anche a Voi sarà spesso mancato il debito della gratitudine. Ma speriamo che la civiltà provveda presto anche fra noi a cosiffatti inconvenienti, e che venga dato anche a noi di poter trovare interamente nei nostri infermi quella fiducia, costanza e riconoscenza che a noi si deve.

La Chirurgia inglese è conservatrice, senza cessare al tempo stesso di essere progressiva come nelle altre nazioni, ma più sodamente e forse anche più costantemente anche in questo risplende il genio inglese eminentemente pratico; e mentre alcuni popoli conservano ciò che non possono distruggere, gl'inglesi al contrario distruggono ciò che non possono conservare.

Nella Chirurgia inglese viene custodita gelosamente la tradizione dell'arte; viva è la pratica di quanto noi leggiamo appena per erudizione nei libri dei nostri antichi Maestri. Le

fratture a mò di esempio vi sono trattate con le ferule lievemente modificate, le piaghe curate quasi all'antica, cioè col preservarle dal contatto dell'aria e soltanto con filaccia bagnate in una leggera soluzione di acido carbolico, o col cerotto applicato alla maniera del Baynton: non pomate, non unguenti, non polveri esiccanti, un cataplasma al più ed anche raramente.

Per la prima volta ho veduto in Londra usata la sutura secca a pellicciaio, che io soltanto aveva conosciuta negli antichi Atlanti di Chirurgia. Ma più che mai chirurghi conservatori mi sono sembrati gl'inglesi, riguardo al metodo della *riunione immediata*; di quel metodo mercè del quale la Chirurgia Greco-Latina potè divenire sì utile e sì grande; e più tardi l'arte dei Branca e del Tagliacozzi potè raggiungere un sì elevato grado di perfezione. Questo metodo, che aveva pure un passato sì splendido fu dimenticato dal Desault, non accettato come metodo generale dal Roux, dal Larrey e dallo stesso Dupuytren, non fu per altro mai bandito dalla pratica inglese; anzi dopo l'Hunter vi fu elevato a regola generale nella cura delle ferite, e vi fu osservato e mantenuto costantemente e con forza: dirò di più, che i Chirurghi inglesi si studiano incessantemente di poterne assicurare sempre meglio i risultamenti. A tale effetto Sympson di Edimburgo (1) immaginava parecchi anni or sono l'agopressura, la quale consiste nel comprimere l'arteria meccanicamente con un ago per poche ore affine di arrestare il sangue e di non essere quindi obbligati di lasciare lungamente i fili nelle labbra della ferita, potendo rimanere impedita la prima intenzione; e se si tratta di lesione di arterie poste nella cavità, le legano recidendo la legatura rasente il nodo, acciò i fili, che dovrebbero altrimenti lasciarsi attraverso le pareti della ferita, non impediscano nè disturbino in alcun modo la riunione immediata; il nodo è poi lasciato in balia della natura. Questo processo, che chiamano di *legatura*

(1) De l'acupressure. Méthode nouvelle de réprimer les hemorrhagies Chirurgicales et d'accélérer la cicatrisation des plaies Paris 1864.

perduta, impiegano soprattutto nei casi di *Ovariotomia* o in altre operazioni eseguite nella cavità del basso ventre.

L'importanza e l'utilità del metodo della *riunione immediata* è nota a tutti, imperocchè senza di esso non sarebbe stato mai possibile nè l'operazione dell'*Ovariotomia*, nè quella delle fistole vescico-vaginali, nè di moltissime grandi operazioni chirurgiche come le plastiche ecc. E può ben dirsi che i più splendidi ed ardui successi chirurgici si sono ottenuti, quando si è fatto un'applicazione logica e rigorosa dei precetti della *riunione immediata*. Così nelle fistole vescico-vaginali il respingere la mucosa vescicale verso la cavità della vescica, l'avvivamento a larga superficie della mucosa vaginale, il mantenere a contatto lungamente le stesse superficie per mezzo dei punti metallici, sono state altrettante applicazioni rigorose dei principi, su cui basa la *prima intenzione*, e pei quali la Chirurgia americana si è mostrata all'altezza delle scuole più celebri di Europa. Eppure, chi il crederebbe? il metodo della prima intenzione pare che in Francia incominci nuovamente a decadere.

Ma questo spirito di conservazione, questa specie di culto alla tradizione, non arresta nè ritarda punto il progresso in Inghilterra, il quale non si opera però con discapito del buono che il passato produsse, sì bene migliorando il buono e aggiungendo cose nuove mostrate buone dalla esperienza; per tal guisa il progresso è al tempo stesso solidissimo. La sicurezza di azione che ne acquistano gli uomini dell'arte salutare li fa arditi a tentare i più arrischiati mezzi di cura, solo che presentino la possibilità del successo.

E questa è la ragione per cui a Londra è divenuta oggidì operazione quasi ordinaria l'*Ovariotomia* sino al punto, che il solo *Spencer Wells*, per tacere di altri, ne aveva praticate a tutto Agosto dell'anno scorso 273; mentre al contrario dura fatica ad essere accolta in altri paesi anco dai più valenti chirurghi, di modochè la chirurgia francese non ne ricorda poco più d'un centinaio, e undici appena può contarne la nostra Italia.

Anche il modo dell'esercizio pratico della medicina e chirurgia inglese merita che sia da noi ricordato, avendo di che imparare da esso e profittarne. Estimatrice giusta la nazione inglese dell'immenso valore del tempo, i suoi medici e chirurghi lo dividono ed impiegano in modo, da poter soddisfare pienamente alle esigenze della clientela e al tempo stesso a quelle dell'arte e della scienza, l'una curando, l'altra studiando e di mano in mano perfezionando.

In Inghilterra non avviene quel grave sconcio che costantemente noi qui deploriamo, che tutte cioè le ore del giorno quanto esso è lungo, debbano essere tenute a disposizione dei malati: non avviene che questi vengano a consultarti in casa quanto più torna a loro agio e piacere: non hai qui a sentir lagnanze ed accusa, allorchè dovendo alcuna cosa a te medesimo, alla tua famiglia, all'arte, alla scienza, ti trovi nella necessità di rifiutare loro udienza. Tutto ciò con quanta perdita di tempo, con quanto nostro danno e con quanto discapito dell'arte e della scienza non è d'uopo che io avverta.

Al contrario il medico e il chirurgo inglese apre in casa la consultazione dalle 10 antimeridiane ad un'ora pomeridiana: questo tempo chiamasi l'ora della ghinea, che è la remunerazione che ricevono da ogni malato per l'accordata consultazione.

Dalle consultazioni in casa, si recano alle visite degli Ospedali che durano sino alle 4 pomeridiane; in questo tempo possono esser veduti, e può seguirsi la pratica del medico e del chirurgo nelle corsie e nelle sale delle operazioni. Dagli Ospedali passano a visitare i loro clienti sparsi per la Città, e queste visite si protraggono comunemente fino alle otto.

Ma questo modo di esercizio non costituisce una regola assoluta. Quando il bisogno lo esigga, e lo esigge soltanto eccezionalmente, il malato è visitato prima delle 10 antimeridiane e dopo le otto pomeridiane, e in casi più urgenti in altre ore eziandio.

Questo modo di esercizio, ammirabile certamente per l'ordine, lascia a disposizione libera ed assoluta del medico e del

chirurgo tutto il resto del tempo, tanto per attendere allo studio e far progredire con esso l'arte e la scienza, quanto per gustare le dolcezze della vita di famiglia; e a questa, elemento primordiale ed essenziale della società, dedicare le cure di capo e di educatore.

Questo tempo il medico ed il chirurgo inglese, per quello spirito di umanità che fa apprezzare alla nazione tutto ciò che gli uomini di qualunque lingua operano di bene, impiega, come diceva, nello studio, e l'impiega nello studio dell'arte e della scienza non dell'Inghilterra sola ma di tutte le nazioni, operando essi sempre secondo i principî, come anche secondo quello, che l'arte e la scienza non ha confini di territorî, e che non sono i detti principî o buoni o cattivi per le abitudini dell'artefice o la lingua dello scienziato. E per attenermi a quanto riguarda l'Italia, la nostra lingua a molti degli inglesi è familiare, fra i quali allo Spencer Wells, all'Holms, al Brodrhurst, al Critchett, al Couper, etc.

Essi ben conoscono i progressi che la chirurgia ha fatto in Italia. L'Holms, per esempio, ha ridotto una lussazione posteriore del femore col metodo del nostro professore Fabbri di Bologna, e questo stesso metodo altre due volte era stato felicemente usato in simili casi a *Guy's Hospital*. Il Brodrhurst che si dedica soprattutto alla Ortopedia, non ignora punto i lavori del Palasciano e specialmente quelli fatti sull'anchilosi del ginocchio, e riconosce l'utilità pratica che si ritrae dal seguire in certi casi i precetti del dotto napoletano. Il Lowson ha guarito degli aneurismi colla compressione digitale a modo del Vanzetti, e sono pur noti e assai stimati i lavori del Rizzoli, del Malagodi, del Baroni, del Porta e di altri; ed io son di avviso, che se la nostra chirurgia, complessivamente presa, è un poco al di sotto dell'inglese, non abbiamo pur tuttavia penuria di chirurghi, che reggono bene al paragone cogli inglesi, per non dire che sotto qualche riguardo debbono stimarsi maggiori, in quello cioè che debbono abbracciare tutta quanta la chirurgia.

La quale se dai chirurghi inglesi viene esercitata in complesso negli ospedali, non per questo viene trascurato lo studio della specialità. L'importanza di questo studio deriva naturalmente dall'eccessivo numero d'identiche malattie, facili a verificarsi sopra un'ingente popolazione. D'altronde come in ogni scienza ed arte, così anco nella chirurgia le monografie e l'esercizio speciale influiscono potentemente sul progresso della scienza e dell'arte, e al tempo stesso sulla perfetta educazione dei chirurghi novelli. Questo potente sussidio per lo passato è quasi del tutto mancato a noi, ed ora appena, e molto incompletamente, ne viene esso somministrato. È d'aggiungersi a tutto questo, che i chirurghi inglesi possono dedicare un tempo ben maggiore, che noi non possiamo, agli studi, per le ragioni svolte di sopra, soprattutto pel delicato riguardo che i malati inglesi sogliono usare ai loro curanti, guardandosi dall'essere esigenti, e per la larga remunerazione che loro danno, in attestato della profonda loro riconoscenza.

Non dee per ultimo passare inosservato che gl'inglesi eminentemente pratici, non rinunciano alla tradizione, per abbracciare nuovi sistemi sbucciati dalla mente di qualche ardito novatore straniero o indigeno eziandio, se mai l'Inghilterra lo possedesse. Essi credono al progresso delle scienze mediche lo vogliono e vi contribuiscono con tutto i loro sforzi, ma non rinunciano giammai al passato, alla storia. Questo spirito tradizionale, impedendo ai sistemi di trionfare e financo di attecchire, toglierà, se così vuolsi, alla medicina e chirurgia inglese lo splendore abbagliante e fugace della novità; ma il loro progresso non cessa di esser serio e costante, e dal vortice delle superbe novità non viene mai svelto il buono, che l'età passate seppero produrre.

Ma più che ogni altra cosa, ebbi ad ammirare a Londra gli Ospedali tanto per il materiale, quanto per la forma e specialmente per l'igiene e per l'ordine che vi regna: ed anche

per questo riguardo dobbiamo confessare che i nostri paesi sono inferiori alla nazione inglese.

L'Inghilterra conta più di dieci Ospedali grandi, e moltissimi Ospedali piccoli, destinati soprattutto alle specialità, come quello per i pietranti, pei cancerosi, per gli storti ecc. ecc. Ospedali grandi e piccoli sono tutti d'istruzioni private, e regolati da particolari amministratori, di cui fan parte gli istituti e i donanti stessi.

A me non fu possibile nel breve tempo destinato alla mia dimora in Londra di visitare tutti gli Ospedali che là si trovano ma osservai tuttavia quanto vi è di meglio. E qui debbo un'attestato di riconoscenza all'egregio Dottor Petroselli, che in grazia delle sue esatte e complete istruzioni, mi rese possibile e facile un'osservazione abbastanza vasta e completa, in un tempo, come dissi, relativamente assai breve.

I grandi Ospedali ricevono gli affetti di qualunque malattia si chirurgica come medica; i piccoli Ospedali, come ebbi a notare, son destinati ad una classe particolare di malattie, vale a dire ai calcolosi, ai cancerosi, ai deformi, ai parti in generale, ai parti delle donne maritate legittimamente, alle malattie delle donne ed in ispecie alle *Ovariotomie*, che è quello di Samaritan Hospital dove pratica lo Spencer Wells.

La istituzione e dotazione privata di tanti Ospedali destinati alla cura di speciali malattie, fanno dello studio delle specialità un bisogno pratico piuttosto che una elezione scientifica, mentre al contrario gli inglesi sono in generale chirurghi complessivi, come lo sono e lo debbono essere quei che esercitano nei grandi Ospedali, in ciascuno dei quali la chirurgia è praticata in tutti i suoi rami.

In alcuni grandi Ospedali non vi è lusso di architettura; essi sono costituiti da una riunione di case, come in un tempo fu il nostro Ospedale di S. Giovanni e quello di S. Spirito. Queste case rimangono divise da piccole strade, da piantagioni e da albereti, e tutte chiuse da una cinta di cancelli di ferro. La casa più grande fronteggia la pubblica

via o la piazza, ed ha una facciata modesta ma elegante. In altri si fa ammirare l'architettura e la eccellente disposizione delle parti e specialmente il St. George's Hospital che è stato quasi interamente rifatto con stile moderno.

Le sale non sono vastissime; le più grandi contengono 14 letti e le più piccole 4; soltanto i letti sono posti a grandi distanze l'uno dall'altro e non vi sono secondi letti.

La nettezza massima, la ventilazione perfetta, i muri levigati e puliti e sulle pareti iscrizioni acconcie a sostenere il coraggio di chi soffre e ad ispirargli rassegnazione. Non si sente alcun odore disgradevole, tanto che neppur si avverte di entrare in luogo ov'è riunita molta gente e malata.

Le latrine trovansi fuori della corsia, e per gli ammalati che non possono condurvisi, si usano le così dette padelle che si chiudono ermeticamente, perchè non lascino dietro se il più lieve odore ingrato. Non vedi affatto resti di medicatura, cataplasmi gettati al suolo o lasciati lungamente in abbandono nelle corsie. Si usa colà una cura scrupolosa a portar via sull'istante tutto ciò, che potrebbe deteriorare l'aria e sviluppare dei miasmi. L'aria dell'ospedale e delle corsie vuolsi sempre sana: gl'inglesi non hanno soltanto in bocca le regole ma le eseguono. E per ottenere costantemente un'aria sana, si guardano persino di usare acqua, nel polire che fanno gli inservienti le corsie. Colà si crede cosa buona e si pratica come tale il lavare nei pavimenti e nelle mura le macchie di sangue o altre lordure con un panno semplicemente umido, mentre ogni altra politura si fa a secco. L'umidità vi è temuta come il fomite dei miasmi, e i miasmi sono temutissimi dai chirurghi inglesi; ed anzi si ritiene da essi, che la infezione purulenta e la erisipela che si sviluppa negli operati, dipendano da contagio sviluppato nelle corsie (1) E per questa ragione appunto

(1) Rammento a questo proposito di aver sentito ripetere dal Professore Sartori Primario Chirurgo dell'Arcispedale della Consolazione, che il giorno in cui l'atmosfera era carica di vapori acquosi i malati affetti da vaste suppurazioni o semplicemente feriti, mostrarono un peggioramento nella superficie del corpo malata. Ed è anche opinione dello stesso Professore che la cangrena nosocomiale dipenda da miasma sviluppato anche in seguito dell'umidità.

studiano ogni giorno il modo di rendere le pareti delle sale meno assorbenti e perciò più salubri. A tale effetto hanno usato in questi ultimi tempi il silicato di potassa; ma di questo neppur trovansi soddisfatti, avendo veduto che anche la superficie levigatissima e compatta si colora: la qual cosa proverebbe, che anch'essa assorbe, e procedono quindi ad altri esperimenti, essendo stati, i già fatti, reputati insufficienti.

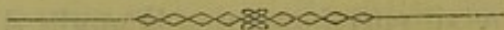
Hanno anche riconosciuto che l'unione nel recinto stesso di malati di medicina e chirurgia nuoce a questi e a quelli ed hanno di già domandato agli amministratori degli Ospedali, (come il Couper significò a me ed al Petroselli) la divisione degli uni dagli altri.

E così anche in Inghilterra sarebbesi fatta ragione a ciò che fu eseguito nella fondazione degli Ospedali di Roma, col consiglio del Cesalpino di Arezzo; a ciò che il Palasciano ha inutilmente invocato per Napoli sino al punto di dimettersi dalla sua carica di Professore, senza che per sopra soma giovato gli abbia l'aver egli rivendicato all'Italia il primato della separazione dei malati; a ciò finalmente che io stesso esposi nel Congresso internazionale tenuto a Parigi nel 1867 (1). E nutro speranza che questa istituzione rifiorirà fra non molto in Italia dove è nata almeno, dopochè giungaci di ritorno da oltre-Manica, come la lana, la seta ed altre produzioni del nostro paese. In fine l'igiene degli Ospedali è studiata colà con grande interesse e si cerca sempre il modo di perfezionarla, nè si risparmiano spese e sforzi di ogni genere, per arrecare vantaggio e conforto agli ammalati. In una parola fondatori, donatori, direttori, professori, assistenti ed inservienti, tutti si si adoprano per il bene del malato, dacchè per essi il malato è tutto.

(1) Ho letto con maraviglia nel Reso-Conto del Congresso Internazionale tenuto a Parigi nel 1867 che promotore della discussione sugli accidenti consecutivi delle morti dopo le grandi operazioni chirurgiche ecc., sia stato il Marjolin, mentre invece la discussione fu aperta da me. Se il Dottor Marjolin avesse parlato per primo, il mio discorso non avrebbe avuto luogo e non l'avrei fatto per non mascherarmi con le penne del pavone. Questa inesattezza della redazione mi prova almeno che ciò che io dissi è vero e piacquero.

Negli Ospedali tanto grandi quanto piccoli trovansi Musei di anatomia patologica, ai quali giustamente gli inglesi mettono molto interesse. Questi Musei costituiscono una immensa ricchezza e la vera superiorità inglese. Essi sono Atlanti viventi di tutte le grandi opere che noi abbiamo e soprattutto del Morgagni, di modo che il chirurgo che ben conosca le opere di questo illustre scrittore è raro che non trovi il pezzo anatomico patologico della storia della malattia che desiderasse illustrare. Eppure gli stessi Musei avevamo noi prima di loro, e li abbiamo in parte distrutti senza sapere il tesoro che perdevamo. Fortunatamente è sentito in oggi il bisogno di rifarli, e già si è messo mano all'opera.

Ma mi avveggo di avervi trattenuto di troppo, e mi taccio per ora, riserbandomi il piacere di proseguire in conversare con voi sul medesimo soggetto in una seconda lettera, che io ho in mente di scrivervi prestamente per dimostrarvi, o mio egregio collega, la sincera mia stima.



Lettera Seconda

Pregiatissimo Collega

Da quanto, forse troppo lungamente, sono venuto esponendo nella mia lettera precedente intorno al carattere ed alle abitudini degl' infermi e dei chirurghi d'oltre-manica, di leggieri avrete compreso, che la mia simpatia per gli uni e per gli altri è un fatto stabilito senza precipitazione e fanatismo. Che anzi dalla conformità di studî, di consigli, di vedute che esiste fra noi, e dalla comunanza di esercizio sullo stesso terreno, tengo per fermo di aver acquistato anche la vostra verso quelle due classi del popolo inglese. E come potrebbe avvenire altrimenti innanzi a clienti serî, devoti, riconoscenti, in mezzo a chirurghi talvolta distintissimi per ingegno, e per iscritti, spesso ricchi di profonda dottrina, forniti sempre di squisito senso pratico e generalmente abili, attivi, coscienziosi, pieni di dignità nell'esercizio dell'arte, prodighi di riguardi verso i loro colleghi, calmi nelle discussioni e nelle divergenze stesse delle opinioni e dei metodi, concordi nell'intendimento di giovare all'infermo? Nelle sale poi delle operazioni si ha un saggio luminoso della delicatezza adoperata reciprocamente, nel combattere un opinamento contrario, e dell'abnegazione colla quale si rinuncia ad un concetto anche da lungo tempo accarezzato, ove dimostrisi la erroneità del medesimo, o rimanga inferiore al confronto di un' altro.

Negli ospedali di Londra il giorno in cui si procede ad una operazione di qualche importanza, tutti i chirurghi dello stabilimento, siano essi emeriti od esercenti, primari, sotto primari, od alunni, si riuniscono nella camera operatoria per discutere e stabilire la convenienza della operazione, per proporre e determinare il metodo più acconcio a praticarla, per consigliarsi infine, ed assistersi scambievolmente. Là sparisce ogni gerarchia di età, di posizione sociale; non si ricerca che il vero e l'utile; ognuno mira al solo bene dell'infermo, ognuno vuol concorrere più o meno attivamente alla di lui guarigione. Non destò quindi alcuna maraviglia il vedere un giorno il celebratissimo Fergusson sostenere lo sciringone al giovane Smith, mentre operava un fanciullo di cistotomia. Nè per siffatte riunioni vien tolta a qualsiasi operatore la libertà di azione, nè assume perciò un'aspetto troppo uniforme la chirurgia operativa. Si respinge costantemente quanto offresi di assurdo, e spesso la innovazione non giustificata dall'esperienza, ove non si tratti di caso disperato o di tentativo altamente reclamato dal paziente. Quindi avviene non di raro, che in un ospedale ed in un giorno medesimo, due chirurghi imprendano ad operare due infermi affetti dalla stessa malattia con metodi o processi diversi l'uno dall'altro. La divergenza nei modi adoperati per la salvezza dei loro infermi, non ha presso alcuno per movente la brama di stigmatizzare il collega, nè quegli si stima perciò superiore all'altro, e molto meno gliene tiene il broncio. Ciascuno operando alla sua maniera, non ha inteso che di esprimere la propria convinzione, e volendola rispettata, rispetta parimenti l'altrui. La lealtà poi colla quale i chirurghi inglesi interpretano l'altrui convinzione, e la forza che hanno di rinunciare alla propria, ove risulti erronea o men prossima al vero, fa sì che abbia ognuno egual fiducia che la convinzione propria sarà abbracciata dagli altri, quante volte venga riconosciuta e stimata vera. Nè ciò in Inghilterra riscontrasi soltanto tra gli uomini più distinti dell'arte; anche le capacità chirurgiche di un'ordine se-

condario mostransi fornite di bastante discernimento, e di quell'abitudine di giudizio che dà l'esperienza, per apprezzare nel suo giusto valore le opere, e la pratica dei colleghi. E tosto che la persuasione del merito altrui è entrata nell'animo loro, non v'ha influenza di basse passioni che gl'induca a rifiutare ad esso il dovuto omaggio, o li trattenga dal rendergli un'atto di giustizia. E atti di giustizia occorrono frequentemente nella Gran Bretagna. Imperocchè quegli che non sa, o non ha fatto studî profondi sopra una tale operazione o specialità chirurgica, invia senz'altro l'infermo, che invoca la sua assistenza, al collega da lui stimato più abile, o dall'opinione pubblica giudicato tale per seri studî intorno a quella classe di morbi, o per lunga esperienza acquistata nell'esercizio di certe operazioni. Assai raramente occorre di osservare, che il consiglio, o la direzione data ad un'infermo, parta dall'idea di favorire un confratello prediletto, o dall'altra ancora più riprovevole di togliere una nuova probabilità di successo ad un operatore eminente. Nè poi avviene giammai che l'invidia e il mal talento contro rivali fortunati, spinga un chirurgo inglese ad esaltare il primo venuto (sia egli uomo distinto, sia ciarlatano) ed a gettare conseguentemente il discredito sull'intiera classe medico-chirurgica del loro paese.

Nel percorrere queste linee colle quali ho voluto io proclamare altamente la scienza, il tatto pratico e la moralità britannica, voi, collega chiarissimo, che mi conoscete da sì lungo tempo e sì da vicino, non vedete in me un esordiente, che sorpreso dalle stupende meraviglie di quella città vastissima, passa per l'ammirazione e lo stupore e finisce per divenire entusiasta. Io, siccome già è occorso a voi stesso, ho conosciuto in Italia ed oltremonte gli uomini più celebrati nella scienza e nell'arte chirurgica. Esaminandoli dappresso, e conversando ripetutamente con loro, ho dovuto convincermi che, tranne alcune individualità privilegiate dal genio, sono pur troppo uomini distinti, ma la cui sapienza e destrezza possono venir raggiunte, e spesso anco superate da altri. Ho del pari

la certezza che a voi, sempre benevolo verso di me, non verrà neppure in mente, che di proposito abbia voluto encomiare ed innalzare la virtù e la dottrina straniera, per infliggere quasi di riflesso una nota di biasimo sulla condotta professionale dei nostri confratelli italiani, nè per abbassare il loro valore scientifico, ed artistico in chirurgia. Al contrario nel porre in rilievo una giusta ammirazione per la maniera decorosa e leale con cui i medici e chirurghi di Londra praticano l'arte loro, non ebbi altro intendimento che quello di eccitare i nostri a modellarsi alquanto all'inglese, per attuarne la riforma dei rapporti professionali, or ora inaugurata con sommo vantaggio in varie provincie della nostra penisola. No, in Italia non v'ha difetto d'ingegno nè di dottrina; in certe Università v'è mancanza d'istruzioni moderne, e dove più dove meno, d'incoraggiamento e di mezzi. Avvi inoltre generalmente parlando molta suscettività negli animi, soverchio amor proprio, individualismo, e per mala ventura non è perduto il mal seme della discordia.

Ad onta di tutto ciò, la distanza che separa la civiltà inglese dalla nostra risulterebbe infinitamente minore, ove si misurasse sulla scala di merito propria a ciascuna classe medico-chirurgica delle due nazioni. Molti illustri medici d'Italia possono per ingegno e sapienza, e per utili pubblicazioni sostenere con vantaggio il confronto coi medici più eminenti del Regno Unito, e molti chirurghi italiani operano non meno arditamente, ed artisticamente dei migliori chirurghi inglesi. Ma quelli in patria hanno il peccato irremissibile d'essere famigliari e concittadini dell'infermo, mentre la moda impone l'oltramontanismo nella cura stessa delle malattie. V'ha di più, una specie d'aureola che circonda l'infermo risanato a Parigi, a Vienna, a Berlino e risveglia nei concittadini, che s'accalcano per congratularsi con esso lui della salute recuperata a gran distanza, e a sì alto prezzo, una venerazione per quei lontani taumaturghi dell'arte. Ed è molto se cotali ammiratori, felicitando in coro il reduce per l'idea d'essersi procac-

ciato un'ajuto straniero, non lo felicitino eziandio per la buona ventura d'essere scampato dalle mani di medici e chirurghi del paese.

I Chirurghi inglesi non sono neppure molto facili a pronunziare il loro giudizio sulla natura intima del male. Essi si limitano ad esporre le ragioni che giustificano l'operazione e qui si arrestano. Il Darham è più riservato di tutti; il volgare suo detto prima dell'operazione è stato sempre questo « quale poi sia la natura del male lo vedremo dopo. »

I chirurghi inglesi sono stati felicissimi nell'eseguire e famigliarizzare alcune grandi operazioni, e nello stabilire i precetti e le regole della *Ovariotomia*, che può considerarsi come una vera conquista dei tempi nostri nel campo della chirurgia e che armonizza colle altre maggiori scoperte chirurgiche, come la Litotripsia, la Chirurgia sotto-cutanea, la Tenotomia, la cura delle fistole vescico-vaginali e tante altre.

L' *Ovariotomia* in Inghilterra è praticata in ogni contrada da chirurghi noti ed ignoti alla scienza, talchè può dirsi a buon diritto che è divenuta famigliare come le altre grandi operazioni. A Londra poi è stata praticata in quasi tutti i grandi Ospedali destinati alle malattie delle donne dai chirurghi i più eminenti.

Presso di noi il Palasciano rispondendo sù questa materia al Dott. Santopadre, ha messo in chiara luce le circostanze che rendono l' *Ovariotomia* difficile e i gravi pericoli che la circondano, e per le une e per gli altri il dotto chirurgo giustifica la ripugnanza di chirurghi autorevoli ad ammetterla. Tuttavia egli incoraggia i chirurghi italiani a praticarla ed a seguire l'esempio degli Inglesi, e degli Americani.

Ciò non pertanto l' *Ovariotomia* è ben lontana di attendere fra noi il suffragio universale; e parmi quindi che il ricordare quello che vidi, possa riescire di qualche utilità, sia vincendo ripugnanze, sia volgarizzando il processo operativo.

I successi di questa operazione sono stati diversi nei diversi tempi, ed anche nei diversi paesi e nei diversi Ospedali. Sembra che i maggiori successi siansi ottenuti dal Keinth di Edimburgo, al quale sù settanta *Ovariotoromie* finora praticate, ne sarebbero riescite felicemente quattro quinti, cioè nella ragione dell'80 per cento. Dopo di lui viene il Tyler Smith e lo Spencer Wells, il quale supera tutti gli Ovariotoromisti di tutti i paesi, per riguardo al numero di tali operazioni che è veramente stragrande, tenuto conto del tempo abbastanza recente da cui s'incominciarono ad eseguire. In vero a tutto il 30 Agosto 1868 questo rinomato operatore ne avrebbe eseguite 273 con i seguenti risultati, cioè nel primo centinaio morte 36, nel secondo centinaio morte 29, e nelle ultime 73, morte dodici soltanto. A Londra, dopo lo Spencer Wells, viene designato il Brayant come l'Ovariotoromista il più fortunato. Il Fergusson, l'Erichsen, il Peget, il Lee, l'Holms e tanti altri hanno tutti operato più o meno volte l'*Ovariotoromia* negli Ospedali e con vario successo. Ma tutti questi eminenti Chirurghi rendono allo Spencer Wells l'omaggio che sia l'Ovariotoromista il più abile; indirizzano a lui i Chirurghi tanto indigeni quanto stranieri che vogliono occuparsi dell'*Ovariotoromia*, ed il Professore Croos di Filadelfia che ha quasi percorso i due mondi, dopo avere parlato con molto encomio del nostro Vanzetti, chiama lo Spencer Wells il principe degli Ovariotoromisti.

Nel terzo giorno della mia dimora in Londra, mi recai a far visita allo Spencer Wells in compagnia del Dott. Petroselli. Uomo di circa 50 anni lo trovai facile e cordiale: parla la lingua nostra come un'italiano. Entrai subito in discussione sul valore terapeutico dell'Ovariotoromia ed immediatamente mi presentò una malata per nome Elena Geall, dell'età di 49 anni, sottoposta a tale operazione, e guarita perfettamente e della quale poi prese a narrarmi la seguente istoria.

Avea essa una Cisti ovarica assai voluminosa e diagnosticata uniloculare.

1859 nel Maggio estrasse 50 pinte di liquido. Nel dicembre pinte 32.

1860 Maggio Pinte 38: Agosto Pinte 41. Iniezione di Jodio.

1861 Maggio Pinte 61: Agosto Pinte 40. Iniezione di Jodio.

1862 Aprile Pinte 32.

1863 Marzo Pinte 40: Agosto Pinte 32.

1864 Maggio Pinte 43: Dicembre Pinte 31.

1865 Agosto Pinte 37.

1866 Marzo Pinte 35: Dicembre Pinte 33.

1867 Marzo Pinte 47: Ottobre Pinte 47.

Da questo mese in poi la malata peggiorò sempre in guisa che si decise al fine di sottoporsi alla *Ovariotomia*, che fu eseguita dallo Spencer Wells al *Samaritan Hospital*. L'operazione non presentò altra difficoltà che una aderenza di qualche estensione nel luogo delle punture; la malata guarì in tre settimane e senza febbre, anzi fu osservato, che innanzi l'operazione il polso era a 90 battute, dopo discese a 70 e vi rimase costantemente. L'Operata era venuta a compiere ad un'atto di dovere o meglio di riconoscenza, recandosi a baciare la mano che l'aveva salvata da morte inevitabile, e le aveva ridonata la salute.

Un caso consimile avvenne al Dott. Peget nell'Ospedale di S. Bartolomeo.

Questi fatti bastarono a fermare la mia attenzione, perchè rispondevano a tutte le obbiezioni mosse all'*Ovariotomia* da alcuni Chirurghi che l'hanno condannata, senza aver potuto formarsi sopra di essa un giudizio esatto per mancanza di prove; e mi persuadeva nonostante il contrario avviso di molti che l'*Ovariotomia in questo caso è un'operazione di necessità e non di elezione, e perciò decorosa alla scienza e che risponde ai bisogni dell'umanità.*

Rispose quindi gentilmente quell' illustre Ovariomista a molte questioni che gli mossi e mi invitò per le tre pomeridiane dello stesso giorno in una casa particolare ad assistere ad una *Ovariomomia* che vi avrebbe eseguito. Mi vi condussi con il Dott. Petroselli, il quale nella qualità di assistente dello stesso Spencer Wells ne aveva veduto altre undici con un solo insuccesso. Vi trovammo il Cloroformizzatore ed un altro medico. Lo Spencer Wells ed il Cloroformizzatore entrarono nella camera della operanda e, cloroformizzata che l'ebbero, fummo introdotti.

Avvi a Londra questa delicatissima ed eccellente costumanza di non esporre una donna da operarsi alla vista di chicchesia, senza che per virtù del cloroforme abbia essa perduto i sensi, per non risvegliare in lei quella nervosa suscettibilità che è propria del gentil sesso. La camera era angusta, ma molto illuminata col mezzo di una grande finestra che si apriva dal basso in alto, come è costume in quel paese: era tenuta un poco aperto ed avea acceso il caminetto, perchè a Londra in quel giorno, sebbene di Agosto, era l'aria alquanto fredda.

La malata era posta di rimpetto alla finestra, vestita di lana e coperta all'estremità. Sul ventre era distesa una tela americana con un largo foro rotondo, il cui margine aderiva alla pelle per una specie di sostanza gommosa, di modo che della operanda non vedeasi nuda che la cute non coperta dalla tela americana, e nella quale dovea essere praticato il taglio per estrarre la cisti.

Disposti i due assistenti uno innanzi a se, e l'altro vicino alla sua sinistra, fatta chiudere la finestra, l'operatore fece l'incisione di quattro pollici circa alle pareti del basso ventre, e sulla scanalatura della tenta aprì il peritoneo; messa quindi allo scoperto la cisti, la punse col suo trequarti, ed il liquido uscì attraverso di un tubo che metteva capo ad un catino. Diminuita di volume la cisti, incominciò a trarre fuori le pareti della stessa, che vuotata completamente, pre-

sentò resistenza alla sua estrazione. Per la qual cosa lo Spencer Wells introdusse una dopo l'altra le mani fra la cisti e le pareti addominali, lacerò le aderenze parietali esistenti fra le due superficie peritoneali, e riescì ad estrarla completamente. Punse anco e vuotò ed asciugò diligentemente alcune piccole cisti che si trovarono nell'ovaia destra. Applicò poscia il suo Clamp quasi rasente alle pareti addominali, e recise il peduncolo: praticò sei punti di sutura nodosa col filo di seta, traforando coll'ago anche il peritoneo e affidando il peduncolo al solo Clamp. Alla superficie recisa del medesimo, che non era larghissimo, applicò il percloruro di ferro solido; riempì il cavo dello stomaco con bambace in fiocco e pose delle strisce di cerotto tanto sulla ferita già riunita, quanto sull'alto ventre.

La malata garantita dal liquido, per la tela americana, rimase nel suo letto nettissimo come se nulla fosse stato fatto: fu soltanto coperta esattamente da una flanella, e fu messa la più scrupolosa attenzione alla temperatura della camera acciò si mantenesse sempre eguale: l'operata guarì senza che si verificasse il minimo accidente: la cisti era molto grande e multiloculare.

La seconda operazione di Ovariectomia a cui assistetti fu eseguita dallo stesso Spencer Wells pochi giorni dopo, in una casa al di là del Tamigi; v'intervennero il Prof. Croos di Filadelfia, i dottori Adams, io ed il Petroselli che, come altre volte, fece da assistente.

Anche questa volta fummo introdotti dopo che la operanda venne cloroformizzata: quivi pure camera angusta ed illuminata allo stesso modo, e fuoco acceso al caminetto. L'ammalata coperta al solito tutta quanta, meno la parte del ventre sù cui doveva farsi l'operazione, e sul ventre era applicata la solita tela americana. Il ventre si presentava molto grande, ma non potei fare alcuno esame per istruirmi nella diagnosi. L'abile operatore fece un'incisione di quattro pollici circa tra l'ombelico ed il pube, arrivando alla cisti che fu

vuotata col solito trequarti; mise in opera gli stessi mezzi contro le aderenze, che non furono in questo caso grandi, ed estrasse la cisti. Fu applicato il Clamp al peduncolo non molto largo ma piuttosto corto, e la cisti fu tolta; l'altra ovaia si trovò sana: sei punti di sutura nodosa, la solita applicazione del percloruro di ferro, liste di cerotto adesivo sopra la sutura, bambace sul vuoto dello stomaco, e le fasciature consuete costituirono la medicatura. La malata fu quindi trasportata in altra camera riscaldata allo stesso grado che quella in cui fu eseguita l'operazione, e tosto ricoperta con la solita flanella. Stava essa in piena salute 15 giorni dopo che fu eseguita l'operazione. La Cisti era uniloculare, vastissima ed avea delle masse fibrose contenute fra le pareti della cisti medesima.

Anche in una visita che feci all'Ospedale diretto dallo Spencer Wells ebbi agio di poter osservare parecchie donne operate da cisti ovariche, delle quali alcune in corso di cura ed altre già completamente guarite; e di tutte quante potei appuntare le principali particolarità che si verificarono nell'atto e dopo l'operazione e confermate poi dal Dott. Petroselli, il quale aveva di già assistito a molte *Ovariotomie*.

Per le quali cose posso stabilire che la pratica dello Spencer Wells, la più accreditata, a sentenza dei più illustri chirurghi di Oltre-Manica, si riassume tutta quanta in queste regole generali.

Incisione più corta che sia possibile; impedimento assoluto apposto a qualunque fluido, acqua, sangue, liquido della cisti ecc. di versarsi nel bassoventre, azione la più limitata nella cavità del bassoventre, ed estrazione della cisti all'impensata, direi quasi, dei visceri addominali: che se poi richiegga il caso di dovere agire diversamente nella cavità addominale per ragioni di aderenze, di versamento o di altro, allora impiego di mani, di spugne e di altri mezzi senza alcuna riserva.

Nel distruggere le aderenze è di suprema importanza l'impedire ad ogni costo che il sangue non gema nell'addome,

essendo la nettezza della cavità addominale indispensabile al buon successo. Le aderenze sì recenti che antiche debbonsi distaccare, quando si possa, con la mano, e se gemessero sangue è necessario legare i vasi e tagliare il filo della legatura presso il nodo che poi si lascia perdere in cavità. In questo incontro serve che io ricordi come lo Spencer Wells, in un caso applicasse fin 17 legature, lasciandole tutte in cavità e l'ammalata guarì. Non riuscendosi a staccare le aderenze colla mano, fà duopo legarle e sezionarle tra le legature, ed anche queste lasciare, come le altre, in cavità. Se la legatura fosse molto larga, fatta in parti che non si potessero incidere come è l'omento, allora lo Spencer Wells avvicina la legatura alle pareti addominali presso il Clamp, al quale assicura il filo.

Nell'estrazione della cisti, ciò che spetta all'assistente è di comprimere continuamente e gradualmente nel luogo dove il liquido della cisti lascia un vuoto, affine di evitare uno esquilibrio nella circolazione addominale, ed impedire il più che si può l'ingresso ad una grande quantità d'aria.

Il peduncolo poi può presentare queste varietà, essere cioè di grande, media e piccola lunghezza. Nel primo caso sezionarsi il peduncolo in un punto che non sia nè troppo teso ne troppo lento; nel secondo si taglia rasente la cisti, nel terzo finalmente, essendo impossibile l'applicazione del Clamp senza spostamento dell'utero, che verrebbe soverchiamente stirato, si applica al peduncolo o la legatura col filo di seta recidendone i capi vicino al nodo, o la cauterizzazione coll'istrumento di Baker Brown, rimettendo in ambedue i casi il moncone del peduncolo entro la cavità del bassoventre.

Questi diversi modi di trattare il peduncolo costituiscono in arte due metodi fondamentali, cioè il metodo intraperitoneale e quello estraperitoneale. Lo Spencer Wells ritiene come presagio di felice successo il poter mettere in pratica il metodo estraperitoneale, di poter cioè applicare al peduncolo il Clamp; poichè ha osservato, che la legatura riesce pressochè sempre funesta al risultato finale dell'*Ovariotomia*, e che la cauterizzazione non va esente da gravi complicazioni. Cosic-

chè l'esperienza dello Spencer Wells avrebbe giustificato i timori del Morgagni sulla riuscita della *Ovariotomia*, a cagione soprattutto delle diverse condizioni in cui può rinvenirsi il peduncolo.

Nelle Cisti di ambedue le ovaja lo Spencer Wells opera soltanto la più grande, e si limita ad aprire e vuotare la più piccola, che lascia libera nella cavità addominale, avendo osservato che le doppie legature sono sempre più pericolose delle semplici, e preferisce invece di fare a tempo opportuno una seconda Ovariotomia. Racconta di aver ripetuto per questa ragione la seconda Ovariotomia in quattro donne, tre delle quali sopravvissero.

Nei casi d'applicazione del Clamp, le regole da seguirsi sono le seguenti.

1.° Che l'applicazione del Clamp sia praticata in modo da evitare possibilmente ogni stiramento del peduncolo.

2.° Che sia perfettamente stretto.

3.° Che fra il Clamp e le pareti del bassoventre non rimanga alcuna porzione del peduncolo, dovendo il Clamp rasentare le pareti del ventre.

4.° Che il peduncolo venga tagliato quasi rasente il Clamp stesso.

5.° Che la superficie cruentata del peduncolo sia ricoperta di percloruro di ferro solido.

Lo Spencer Wells suol praticare la sutura nodosa con filo di seta a più doppi, attortigliato, resistente ma non molto grosso. Incomincia la sutura dai due estremi della ferita, distante due centimetri dal bordo della medesima, comprendendovi il peritoneo e proseguendola verso il centro. I punti sono distanti gli uni dagli altri di un centimetro, e li stringe quanto basta per mantenere a contatto le labbra della ferita senza violentarle. Applica delle pezzoline di tela finissima sotto il Clamp e delle lunghette sù tutta la ferita riunita, ed assicura il tutto coll'apporvi alcune strisce di cerotto adesivo. Sul voto dell'epigastrio lasciato dall'estrazione della cisti, lo Spencer Wells applica, come si è detto, della bambace secondo

il bisogno, così per mantenere caldo il ventre come per far pressione sul vuoto medesimo, e ve la mantiene con strisce di cerotto. Tutta la medicatura infine viene ricoperta, e difesa da una pezza di flanella.

La malata viene adagiata sul letto nella posizione orizzontale, con un piccolo cuscino sotto le ginocchia e mantenuta convenientemente calda col mezzo di coperte di lana.

E qui non vi dispiaccia se vi ripeto anche una volta le cautele che lo Spencer Wells usa prima e dopo l'operazione: perocchè il successo dee ripetersi sovente e in gran parte dalle cose minute, le quali potrebbero sembrare inutili. Si veste la malata di flanella fino a tutto il bassoventre; si pone in un letto largo un metro, e ricopresi con tessuto di lana, tranne il bassoventre sul quale invece si adatta una tela americana forata nella parte corrispondente all'ombelico, e avente nel bordo del suo foro una specie di gomma, come vi accennai di sopra, per cui viene ad aderire alle pareti del ventre, per impedire che i liquidi possano bagnare la malata e le sue vesti. Le gambe sono assicurate con una cigna che gira attorno il letto, per impedire qualunque movimento della malata durante l'operazione. Il letto su cui essa giace è posto innanzi ad una finestra molto illuminata, che si tiene aperta durante la cloroformizzazione, e la camera è mantenuta alla temperatura di 16 gradi Reamur.

Per l'anestesia lo Spencer Wells fa uso comunemente del percloruro di Metileno, applicato con un apparecchio speciale dal suo assistente Jonher.

L'armamentario, oltre ai soliti bistorini forbici, tente scanalate, pinzette etc. etc. è composto del trequarti dello stesso Spencer Wells con tubo di cautchu, di pinzettoni per estrarre la cisti, di Clamp di diversa grandezza, di aghi triangolari lunghi, e di un recipiente lungo e stretto per raccogliere il liquido. Contiene inoltre istrumenti di riserva come uno specchio per illuminare il bassoventre, un piccolo *écraseur*, pinzettine a pressione continua, secondo il modello Koeberlé di Strasburgo, due grandi pinzette di Baker Brown per rove-

sciare le pareti addominali, e visitare i punti ove furono distrutte le aderenze, e così arrestare l'uscita del sangue; ferri a cauterizzazione etc.

Dopo l'operazione il letto della malata viene chiuso all'intorno da una cortina o altro riparo per difenderla dal rinnovamento dell'aria nella camera, quando sia lasciata in quella ove fu operata, siccome ordinariamente si pratica.

È poi di sommo interesse per assicurare con molta probabilità il buon successo, l'eccitare la traspirazione nei tre primi giorni; mancando questa, sorgono disturbi di bassoventre, vomiti, dolori, l'enteroperitonite. Le medicature vengono rinnovate ogni 24 ore a secco, o più spesso secondo il bisogno: nè si adopera mai in esse l'acqua od altro liquido.

La remozione del Clamp suol farsi tra il quinto e decimo giorno, secondo che più o meno resistente rinvengasi il peduncolo.

Lo Spencer Wells non amministra alcun medicamento ad eccezione di qualche bibita d'orzo, e sostiene le forze dell'operata con brodi e minestre nel primo secondo e terzo giorno. Nel quarto giorno poi prescrive un pesce od altro cibo di facile digestione, qualora il tutto proceda regolarmente. Nei casi di peritonite amministra l'oppio, sia internamente, sia per clistere ed eseguisce la siringatura nel caso probabile di ritenzione di urina. Dopo l'*Ovariotomia* è la vescica soprattutto sù cui lo Spencer Wells porta la sua attenzione: dal quinto all'ottavo giorno procura di ottenere una deiezione alvina per mezzo di un clistere.

Se tutto va a seconda, la malata si alza di letto dopo la seconda settimana, dopo la quarta lascia l'ospedale, non avendo più bisogno dell'opera chirurgica.

Queste cose notando, io confido che le mie parole, belle non d'altro che della verità de' fatti da me osservati, saranno da voi accolte con la consueta cortesia dell'animo vostro; della quale non volendo abusare più a lungo, mi permetterete ch'io ritorni a discorrervi di più altre cose nella lettera seguente.



Lettera Terza

Pregiatissimo Collega

Nella mia seconda lettera procurai di mostrarvi l'*ovariotomia* secondo la pratica dello Spencer Wells il più abile fra i chirurghi di Londra nell'esercizio di quella operazione. Permettetemi ora che io v'intrattenga alquanto sugli antecedenti della *ovariotomia* stessa, non per insegnare a voi, istruito come siete nella storia della Chirurgia e che esattissime notizie mi avete fornito sulla specialità che forma il tema delle mie lettere, ma per ricordarvi come una grave operazione chirurgica non entra ordinariamente nel dominio dell'arte, che procedendo dalla timida proposta alla discussione accademica, da questa alla esecuzione temeraria, per tornare di poi ne' suoi confini legittimi e razionali. Così intendo appianarmi la via all'esposizione del suo stato attuale ed alla rivelazione dell'avvenire che, a mio avviso, le è riservato, per procurarmi infine l'opportunità di ricordare il nome di un illustre Chirurgo Italiano dimenticato finora dagli scrittori stranieri non ostante che in sul principio di questo secolo, e poco innanzi alla pratica del Mac Dowel, formulasse un tecnicismo dell'*ovariotomia*, e dettasse precetti utilissimi al conseguimento di un favorevole successo.

A Teodoro Schorkoppf balenò la prima idea di estirpare le ovaja morbosamente degenerate; ma ancorchè vagheggiasse

l'idea di siffatta operazione, si astenne dal praticarla, stimandola del pari pericolosa e crudele (1).

Al Schorckoppf succedette lo Schlenker (2) il quale però limitossi a porre la questione innanzi ai maestri dell'arte se fosse possibile cioè la estirpazione delle ovaja con un'apertura praticata sul bassoventre.

Nicola Willi nel 1731 convinto della incurabilità di una cisti ovarica multiloculare, che formava il soggetto del suo *specimen medicum*, si domandava se quel tumore poteva estirparsi a fine di togliere il male dalla radice; aggiungendo poi che l'esperienza avea dimostrato la guarigione di gravi ed estesissime ferite addominali, veniva a conchiudere non doversi da alcuno temer molto la cura di quella malattia, basata interamente sull'escissione dell'ovaja (3).

In Italia Targioni Tozzetti, ricorrendo il 1752, persuaso che si dovesse pensare all'estirpazione dei tumori ovarici refrattarii alla terapeutica ordinaria, domandava se fosse possibile di estirpare i tumori solidi delle ovaja (4).

Il De-Laporte nell'anno 1753 proponeva l'*ovariotomia* nei casi di alterazioni idiopatiche delle ovaja innanzi all'Accademia reale di Chirurgia e il segretario della medesima, il celebre Morand, sosteneva la proposizione affermando, la chirurgia moderna esser capace di imprendere grandi cose, e doversi lodare l'autore della questione intorno alla possibilità d'estirpare le ovaja malate (5).

Nel 1770 Van-Swieten scriveva intorno all'estirpazione delle ovaje « quando la malattia non è di antica data ed il
« timore di adesione colle parti adiacenti non abbastanza giu-
« stificato, non sembra impossibile potersi tentare l'operazione
« colla speranza di buon successo » (6).

(1) Schorckoppf. Disertatio medica inauguralis de hydrope-ovarica febr. 1695.

(2) Schlenker. De singulari ovarici sinistri morbo Leide 1722.

(3) Nicolai Willi. Specimen medicum sistens stupendum abdominis tumorem Basille 1781.

(4) Prima raccolta di osservazioni mediche Firenze 1752.

(5) Memoires de l'Accademie royale de chirurgie 1733.

(6) Commentaria in Hermanni Boerhave aphorismos.

Non rilevasi con bastante chiarezza del testo se Pott, o i suoi Colleghi dell'ospedale di S. Bartolomeo, circa il 1770 praticassero a loro insaputa l'estirpazione d'ambedue le ovaja sulla medesima inferma. È però fuor di dubbio che due tumori erniosi formati dalle ovaja stesse furono tolti dopo averli legati al peduncolo, non tanto perchè Pott asserisce i corpi rinchiusi nei sacchi erniarii (esaminati durante l'operazione e dopo estratti) essersi trovati sì rassomiglianti alle ovaja umane, da non poterli considerare altrimenti, quanto per le due circostanze messe in rilievo dallo stesso autore, dell'avvizzimento cioè delle mammelle sviluppatissime per lo innanzi, e della cessazione completa delle regole (1).

Fin quì i chirurghi eransi limitati a proporre il quesito della convenienza della *ovariotomia*; ma non andò guari che Theden il primo espose a Berlino il metodo operativo per l'*ovariotomia*, consigliando di fare un'incisione al di sopra dell'inguine del lato affetto, ed attraverso di essa portare una legatura sul peduncolo del tumore da estirparsi di poi nella sua integrità.

Quantunque l'operazione eseguita da Laumonier di Roun nel 1731 non possa considerarsi come una *ovariotomia*, tuttavia importa di registrare il nome di questo chirurgo, che il primo osò aprire l'addome per tentare la guarigione di un'idropisia della tromba; e la ottenne felicemente incidendo il bassoventre, spaccando la cisti in tutta la sua estensione, e dando esito al liquido contenutovi (2).

Poco di poi Giovanni Hunter riconosceva la possibilità della estirpazione delle idatidi delle ovaja, come egli chiamava la degenerazione cistica di esse, e l'affermava conveniente soprattutto nell'esordire della malattia (3). E Guglielmo Hunter sebbene rifuggisse dalle grandi incisioni addominali, conveniva sull'estirpazioni delle cisti ovariche, qualora si potesse

(1) Pott. Oeuvres chirurgicales Paris 1777.

(2) Histoire de la Société royale de médecine 1782.

(3) Oeuvres complet. trad. Richelot. Paris 1839.

con una piccola incisione introdurre il dito; estrarre la cisti, pungerla, e legarne il peduncolo a livello della ferita.

Chambon de Montaux nella sua opera: *des maladies des femmes* pubblicata nel 1784, parlando delle cisti ovariche molto estese, dopo aver dichiarato sull'autorità di Duverney l'inutilità e il pericolo delle punzioni, domandava: « allorchè la
« malattia è stata conosciuta poco dopo la sua origine quando
« il tumore non è aderente; se l'inferma è sana e robusta,
« conviene egli abbandonarla ad una morte certa, ancorchè
« tarda, e perciò più spaventosa, ravvisandosi dalla malata
« di avere in sè le cause della sua distruzione? »

In risposta a tal domanda diceva il nostro autore che Diemberbroeck riteneva possibile l'estirpazione dell'ovaja; ricordava l'uso infame invalso presso gli Egizi, e seguito di poi dagli Arabi di render le donne sterili mediante la castrazione; e cita la testimonianza di Suida ed Ateneo che affermano quella pratica essere stata spesso ripetuta dagli antichi, donde risulta che non dovessero considerarla come assolutamente mortale. Quindi concludeva « non si può ora dedurre da ciò
« che la chirurgia, sussidiata a' nostri giorni dalle cognizioni
« anatomiche, e portata ad un'alto grado di perfezione, ten-
« tar potrebbe la medesima operazione con probabilità mag-
« giore di buon successo? » Tali congetture, egli prosiegue, sembrano cangiarsi in principî certi, quando si leggono le osservazioni di Morand sù questo argomento. Ei non accettava che il caso in cui l'ovaja abbia acquistato un'adesione assai forte colle parti vicine; ma siccome non se ne incontrano sull'esordire della malattia, ei la crede sempre praticabile.

Power correndo l'anno 1793 nella circostanza di una necropsia da lui praticata sul cadavere di una donna mancata a vivi in conseguenza di una idropisia ovarica, formalmente esprimeva al suo amico Darwin l'idea della possibile estirpazione delle ovaja malate. Poco dopo lo stesso concetto veniva accolto e sostenuto in una tesi del Latopie (1).

(1) Theses de Montpellier an. V.

Frattanto (1798) il sovraccitato de Montaux, ricco di nuove cognizioni e di larga esperienza, riproduceva per le stampe, rifusa e grandemente accresciuta, la sua opera *des maladies des femmes*, con altro titolo.

E in questa seconda edizione, convintosi maggiormente lo Chambon dei progressi della Chirurgia, più non limitossi ad accennare, come vedemmo, la possibilità dell'*ovariotomia* ma risolutamente proclamandola, prese a dichiararsene partigiano assai caldo. Egli mostrò di fatto (come fu notato dal Koeberlé) una gran convinzione e non minor larghezza di vedute, allorchè distinguendo differenti gradi d'aderenze delle cisti ovariche soggiungeva « allorchè il tumore è immobile
« non si può giudicare l'estensione delle aderenze e la natura
« delle parti agglutinate, ed è perciò che non è a tentare
« una operazione, di cui non sono prevedibili le conseguenze.
« Quando il tumore è libero, l'operazione non presenta grandi
« difficoltà, e non è suscettibile di alcun grave accidente. Le
« aderenze stesse del tumore coll'omento non distruggono
« la sua mobilità: ma se a caso se ne incontrassero senza
« averle prevedute per mancanza di segni certi, non sarebbe
« gran danno l'asportare il margine aderente dell'omento
« medesimo.... Tutti i tumori delle ovaja scirrosi, steatomatosi,
« cartilaginosi, carnosì; le cisti ripiene di liquidi densi o sot-
« tili, tutti questi tumori, dico, presentansi atti ad essere ope-
« rati nelle circostanze di sopra accennate. La stessa dottrina
« si può applicare agl'ingorghi e all'idrope delle trombe.
« Esistono tumori ovarici che, raggiunto un certo volume, non
« acquistano ordinariamente accrescimento ulteriore. Noi non
« ne proponiamo l'operazione, finchè rimangono in codesto
« stato d'inazione..... » Dopo siffatto precetto, di che tanto si onora la Chirurgia moderna, il nostro autore con linguaggio direi quasi fatidico esclama « noi siamo persuasi che verrà
« tempo in cui tale operazione sarà estesa a maggior numero
« di casi da quello da noi proposto; e non si troverà quindi
« difficoltà a praticarla. » Ma tutte codeste proposte d'inter-

vento chirurgico nella cura del cisti-ovario, le ripetute discussioni dei chirurghi e delle accademie sulla convenienza di essa, l'autorità del Morand, la pratica della castrazione muliebre presso gli antichi, il metodo operatorio esposto dal Theden, il fatto importantissimo del Pott, la guarigione ottenuta dal Laumonier, rimasero infruttuose per la Chirurgia, dappoichè altri scrittori non meno stimati, come De Haen, Morgagni, William Hunter, Sabatier ecc. considerarono quelle proposizioni come semplici argomenti di discussione accademica, e dichiararono l'operazione ora temeraria, ora crudele, e la respinsero con orrore, enumerandone ed esagerandone eziandio i pericoli.

Con Chambon de Montaux si chiude la serie degli scrittori che nel secolo XVIII più o meno risolutamente proposero l'*ovariotomia*: talvolta la praticarono per errore di diagnosi, e tal'altra la eseguirono come di sopra vedemmo in una maniera del tutto incompleta.

Per altro il concetto di togliere i tumori ovarici dalla cavità addominale, essendosi abbarbicato nella mente de'Chirurghi, non abbisognava che un passo per procedere all'attuazione definitiva di esso. E siffatto avvenimento preparavasi in certo modo dal celebratissimo nostro Monteggia, allorquando sul principio del secolo XIX. mostrandosi contrario all'estirpazione delle cisti ovariche, (dopo averle però dichiarate eseguibili) per la necessaria ampiezza del taglio addominale. E pel frequente rinvenirsi di coaliti e complicazioni, proponeva un metodo, e dirò meglio, un espediente particolare per condur fuori del ventre la cisti e legarla. Questo espediente però per chi ben lo considera non è altro che l'estirpazione stessa, praticata in condizioni determinate di cisti mobile, a pareti sottili e peduncolo allungato, e precede soltanto il vuotamento del liquido contenutovi, dappoichè l'incisione del ventre a cui convien ricorrere, per consiglio dello stesso Monteggia, dovrebbe essere risguardata come sussidiaria dell'apertura di un trequarti a *gran calibro*. Che anzi vi affermerei

la proposta del Monteggia, apparentemente eccentrica per l'inversione degli atti operativi (facendo precedere la puntura alla incisione) qualora venga sottoposta ad una analisi imparziale, trovasi interamente basata su quelle medesime indicazioni e sù quei principi, che a' nostri giorni prevalgono nella pratica della *ovariotomia*.

Difatti egli la riteneva indicata nei tumori non pervenuti ad un volume eccessivo, dondolanti nel bassoventre, attaccati quasi per un filo, non complicati con altre affezioni d'indole maligna, e quando infine l'inferma richiedeva istantemente siffatta operazione. Raccomandava inoltre le incisioni addominali poco estese, il vuotamento del liquido racchiuso nella cisti, l'estrazione di questa con pinzette particolari, la legatura del peduncolo.

Dal testo del Monteggia che di proposito voglio trascrivervi, voi collega chiarissimo, di leggieri giudicherete se è giusta siffatta mia apprezziazione « evacuata l'acqua, egli scrisse, mandar dentro per la cannula il fusto di acciaio a due o tre branche dello strumento che adoprasì per cavare i calcoli dall'uretra, ritrarre la canna del trequarti e, portate le dette branche contro qualche parte della cisti, farvi scorrer sopra la cannula propria che serve a chiuderle, e presa così porzione del sacco vuoto, trarla verso il foro del medesimo, dilatandolo se abbisognasse con qualche incisione. Nei tumori delle ovaja il peduncolo, cioè la tuba suole trovarsi stirata ed allungata da poter permettere il portar fuori il sacco dell'ovaja vuoto, e lo si estirperebbe, previa legatura, lasciando andare il filo nel ventre che con altro capo pendente fuori si estrarrebbe quando si sente staccato. Le ovaja troppo grosse e scirroscie, o aderenti non potrebbero in questo modo venire estirpate ».

Quasi contemporaneamente al Monteggia D'Escher (1) proponeva di eseguire l'ovariotomia nella maniera seguente « fare un' incisione lungo il margine esterno del muscolo retto,

(1) *Considerations medico-chirurgicales sur l'hydropisie en enkystée des ovaires*. These Montpellier 1808.

distaccare con le dita ed all' uopo col bistori le aderenze ove esistono, estrarre ed escidere il tumore dopo aver legato il peduncolo, porre il filo della legatura ad uno degli angoli della ferita, le di cui labbra ravvicinate debbono essere mantenute in posto da compresse laterali, e da una fasciatura a corpo ».

In quest' anno medesimo troviamo che fra le tesi sostenute a Montpellier ve ne ha una di Samuele Hartman, nella quale questo giovane medico prese a sostenere l'estirpazione del cisti-ovario e descrisse eziandio il modo che reputava più acconcio ad eseguirla.

Mentre l' idea della ovariotomia come ho provato di mostrarvi fin qui, negli ultimi 25 anni procedeva lentamente ma progressivamente nell' opinione dei Chirurghi europei, attuavasi ad un tratto con istupendo successo in America; ed ivi subito dopo quella operazione, sì contestata nell' antico mondo, entrava in una nuova fase, voglio dire nel vero periodo scientifico pratico.

È universale credenza che nel Dicembre del 1809 Efraim Mac-Dowel il primo eseguisse felicemente a Danvis nel Kentuki l' estirpazione di un cisti ovarico. Non vi ha dubbio che in quell' epoca tale operazione sortisse buon esito per l' abilità del nominato Mac-Dowel: non è certo del pari che fosse la prima tentata in America, quantunque il Professor Cross nel 1852 rivendicasse caldamente innanzi alla Società medica di Loesville (Kentuki) la priorità dell' *ovariotomia* a favore del suo compatriotta Mac-Dowel. Che anzi afferma il Negroni (sulla fede delle transazioni dell' associazione medica Americana) la prima *ovariotomia* essere stata praticata veramente nel Kentuki, ma da un certo John King cacciatore indiano sopra una donna che il Mac-Dowel avea rifiutato di curare, e ritenuto dover soccombere conseguentemente alla rottura della sua cisti.

Per altro se il Mac-Dowel non ebbe il merito della priorità nel praticare l' *ovariotomia*, ebbe certamente quello non

meno considerevole di aver ripetuto dal 1809 al 1830 siffatta operazione ben 13 volte in condizioni svariatissime e col risultato di 8 guarigioni definitive.

Da una storia di ovariotomia eseguita dal Dottore Gaetano Emiliani a Faenza nel 1815, redatta dal suo figlio Emilio sulle schede paterne e quindi pubblicata nel Bullettino delle scienze mediche di Bologna correndo l'anno 1843, sembra che quel modesto ma abile Chirurgo, quando si accinse all'estirpazione dell'ovaja, ignorasse del tutto la pratica contemporanea dell'Americano Mac-Dowel. Da quanto poi afferma il giovane Emiliani, suo padre fu confortato ad intraprenderla dai fatti empirici registrati dagli antichi scrittori, dalla autorità del Morand del Diemberbroek, dalla inutilità dei mezzi terapeutici, dalla insistenza della inferma, dalla approvazione del medico curante. È veramente a deplorare che in questa istoria tanto onorevole per la Chirurgia italiana, non si trovi ben definita la natura del tumore ovarico, e non sieno descritti tutti i differenti atti operativi con quelle minute particolarità colle quali l'estensore della istoria ne ragguaglia di poi intorno alla pronta guarigione della operata Rosalia Ghetti, al riordinamento delle sue regole, alla gravidanza e maternità consecutiva, alla esistenza infine di lei del Dottor Brunetti, del flebotomo Bucci e di altri spettatori dell'operazione all'epoca in cui scriveva. Il pezzo patologico conservato nell'alcool e di decorazione tuttavia al gabinetto della società medico-chirurgica di Bologna, offresi di figura piriforme, ed ha nel suo maggior diametro 9 cent. 5 nel minore.

Questa operazione dell'Emiliani, sulla autenticità della quale non può cader verun dubbio, fu una vera estirpazione dell'ovaja e la prima certamente pratica in Europa; e con essa può dimostrarsi a mio avviso che *l'ovariotomia* non fu importata presso di noi; ma eseguita soltanto pel genio chirurgico dell'Emiliani. Che se dal 1809 al 15, per la mancanza del *vapore* e del *telegrafo* elettrico, erano tarde e difficili le comunicazioni fra l'America ed il vecchio mondo, sì crudel-

mente travagliato da convulsioni politiche e da guerre colossali, non è maravigliare che le *ovariotomie* del Mac-Dowel non esercitassero alcuna influenza in Europa e che fossero ignorate dall'Emiliani.

Non avvenne però lo stesso negli Stati Uniti, dove la pratica del chirurgo Kentukese trovò caldi partigiani. Fra questi primeggia Natham-Smith che nel 1821 estirpò una cisti ovarica uniloculare, ma aderente alla parete addominale ed all'omento. L'esito felice di questa operazione incoraggiò lo Smith stesso a tentarne altre negli anni successivi; ma soltanto circa il 1840 l'*ovariotomia* divenne popolare nell'America del Nord, per opera di molti chirurghi e particolarmente dei celebri Atlee, Peaslee, Dunlap ed altri.

Prima però che i chirurghi americani entrassero nel periodo progressivo e direi quasi classico della *ovariotomia*, incominciarono in Inghilterra i primi tentativi di questa operazione e, come d'ordinario, furono infelici. E per verità nel primo caso operato da Lizars, la diagnosi fu immaginata imperocchè non esisteva tumore di sorta nel ventre della donna che pure venne sottoposta alla *gastrotomia*. In un secondo esperimento, lo stesso Lizars trovando malate ambedue le ovaja, non riuscì a toglierne che una sola; il terzo per mala ventura condusse a morte l'inferma a cui erasi estirpato un tumore aderentissimo. Neppure la quarta prova del chirurgo brittanno fu portata a termine, essendosi rinvenuto dopo l'apertura del ventre un fibroma dell'utero assai vascolare ed aderente.

I fatti fin qui narrati non parlavano per verità in favore della *ovariotomia*, nulla di meno il Dott. Will di Londra non si ristette dall'imitare il suo collega scozzese. Egli difatto estirpava nel 1827 un tumore fibroso dell'utero ed accresceva sfortunatamente la cifra della tabella mortuaria. Non isfiduciato, tentava di nuovo l'operazione; ma non la ultimava per le numerose aderenze del tumore con le parti vicine. E in conseguenza dei disgraziati e in breve tempo ripetuti risulta-

menti di tale operazione, anche in Inghilterra incominciava a venir meno il fervore per essa; e forse l'ovariotomia sarebbe caduta nell'oblio, se nel 1835 non sorgeva un caldo partigiano a ravvivarla. Era questi Jeaffreson che con miglior ventura eseguiva l'estirpazione di una cisti biloculare, la quale sebbene distesa da 6 litri di liquido, potè essere estratta attraverso l'incisione che superava appena 10 centimetri. Più potenti però furono per la vita della *ovariotomia* la voce e l'opera di Carlo Clay e di Enrico Walne. Questi abilissimi chirurghi le dettero un nuovo impulso coi loro arditi tentativi e non meno prosperi successi, pervenendo a fissare l'attenzione dei loro colleghi sulla già tanto contestata operazione. I loro sforzi venivano poi efficacemente coadiuvati dal Simpson che nel 1846 con una discussione calma ragionata e piena di erudizione, intese a persuadere i suoi colleghi non essere l'*ovariotomia* operazione più pericolosa delle altre molte che occorrono giornalmente nell'esercizio chirurgico. Confermava inoltre i suoi ragionamenti colla felicità della sua pratica in *ovariotomia*.

Allora si vide questa operazione divenire soggetto di studi profondi e di esercitazioni pratiche presso i distinti chirurghi Bird, Keiuth, Paget, Erichsn, Dickson, Murray, Hotchinson, Tyler-Smith e Fergulson. Il passo seguente col quale l'ultimo di cotesti valentissimi esprimevasi, intorno al fatto di tale operazione, fa conoscere chiaramente di qual valore e con quanta convinzione la giudicasse. « La mia esperienza personale nella *ovariotomia* è comparativamente ristretta. Frattanto malgrado la prevenzione che dalla mia prima educazione ho ricevuto contro di essa, io mi sento disposto a riconoscere che l'estirpazione di una malattia così formidabile (cisti-ovarico) è a dirsi una maravigliosa operazione, comunque si eseguisca per l'uno o l'altro dei diversi processi operativi che sono non solamente giustificabili ma in realtà a seconda dei casi felicemente scelti ».

Di tal maniera l'*ovariotomia* procedeva in Inghilterra con varia fortuna fino al 1850, nella qual epoca Roberto Lee che

aveala costantemente avversata, sorse a combatterla con la forza prepotente della statistica. Egli basandosi sulle cifre, dimostrava la impossibilità di affermare in un terzo delle inferme, l'esistenza di una malattia dell'ovajo, avanti l'apertura dell'addome, e soggiungeva che, ammessa la presenza di una cisti, di un tumore ovarico qualunque, era del pari impossibile di affermare la sua estirpazione.

Le polemiche della stampa periodica, le discussioni della società scientifica, promosse dall'opposizione stessa del Lee, e soprattutto il numero delle guarigioni ottenute non corrispondente alle esigenze della chirurgia moderna, incominciavano di nuovo a sconcertare l'animo dei chirurghi inglesi riguardo alla *ovariotomia*, allorchè due campioni novelli vennero in mezzo a propugnarla. Duffin primieramente, richiamando l'attenzione sul pericolo derivante dalla composizione del peduncolo nella cavità peritoneale, e dando l'esempio di fermarlo al di fuori, stabilì il gran principio di operare a preferenza col metodo extra-peritoneale. L'altro, Spencer Wells, restituitosi a Londra, dopo la guerra di Crimea, vi praticava nel 1858 la estirpazione dell'ovajo malato. Da questo primo tentativo egli si tolse il formale incarico di pubblicare tutti i risultati delle *ovariotomie* che avrebbe operato, e non mancò al suo proposito con sincerità e singolare esattezza.

Una pratica incominciata con fortuna pari al suo ardore e lealtà, doveva rapidamente procacciargli una ben vasta clientela. Nè seguiva altrimenti; imperocchè nel 1860 troviamo già registrate da Worms, nella sua dotta memoria intorno alla *ovariotomia*, 20 operazioni eseguite dallo Spencer Wells con 13 guarigioni; ma da quell'anno a questo in cui scrivo quella cifra è salita a 280 con risultamenti ognora più favorevoli per l'applicazione di principii talvolta nuovi, sempre sanissimi e per la sua maniera di giudicare le indicazioni e di scegliere i processi operativi.

L'onore della ovariotomia fu rialzato adunque dall'abilità e fortuna dello Spencer Wells; e il trionfo potè dirsi com-

pleto allorquando Baker-Brown tornò dopo quattr'anni d'inazione a praticare quella operazione, ed il Clay di Berinchingam diè alla luce una statistica sì completa e favorevole da convincere i più restii e da incoraggiare i più timorosi.

Dietro quanto fin quì vi ho esposto, voi, ottimo collega, vorrete ben persuadervi che *l'ovariotomia* nel Regno Unito viene oggidì praticata assai largamente e con pienissimo successo.

Volendo ora seguire la nostra istoria nell'Alemagna, è mestieri di rimontare al 1819, nella qual'epoca *l'ovariotomia* vi fu praticata per la prima volta. Questa operazione anche presso i tedeschi ci presenta differenti fasi di favore e diffidenza, di entusiasmo e di languore; ma in un orbita più ristretta di quella percorsa in Inghilterra. Il primo esperimento fatto da Chrysmer nel Wurtemberg riuscì infaustamente, essendo morta la donna dopo l'estirpazione del tumore che occupava l'ovajo sinistro, ed aderiva al ventricolo e al colon traverso. Più felice fu il medesimo nell'anno seguente, estirpando un tumore ovarico libero da ogni aderenza. Correndo ancora l'anno 1820 Chrysmer lasciavasi persuadere di operare un'altra *ovariotomia* in condizioni del tutto sfavorevoli, e conseguentemente non riusciva che ad un'insuccesso. Dzondi sull'esempio del collega di Wurtemberg eseguiva nel 1821 l'estirpazione dell'ovaja, ma gli fallì il proposito, dappoichè aperto il ventre, credette di constatare una supposta unione del tumore coi visceri circostanti e si ristette dal farne l'estirpazione. Quindi il tentativo del Dzondi non va considerato che come una semplice gastrotomia di esplorazione. Nel 1824 un nuovo tentativo conduceva a morte l'inferma, e la cisti non potè essere completamente asportata per la grande spessezza del peduncolo.

Dai casi fin quì esposti e da altri che per brevità tralascio, registrati dagli scrittori alemanni fra i più notevoli, rilevasi facilmente che i saggi di *ovariotomia* praticati in Germania a tutto il 1825 non valsero a procacciarle per verità gran favore, nè confortarono punto i chirurghi di quella nazione a ripeterla.

Nulladimeno il Dieffenbach, abile e fortunato operatore di Berlino, nel 1826 volendo rialzare il valore della *ovariotomia* ed eccitare coll'esempio le prove de' suoi colleghi, si accinse ad eseguire l'estirpazione del cisto-ovario.

E primieramente occorreagli di operarne uno mobilissimo, ma a base assai larga, e che perciò dovette recidere.

La grave emorragia derivata dal taglio fu a mala pena frenata, nulladimeno l'inferma dopo alcune settimane risanava completamente. Altri casi però non riuscivano ad ugual fine, e quello stesso sù cui provossi il Martini nel 1826 riuscì doppiamente infausto e per l'emorragia infrenabile e per l'incompleta estirpazione del tumore.

Dopo tanti esperimenti tornati infruttuosi (in 18 operazioni condotte a termine, tre guarigioni soltanto) l'*ovariotomia* cadeva in discredito nella Germania, e vi si manteneva lungamente, non ostante una guarigione ottenuta poscia dal Ritter coll'estirpazione di un tumore ovarico aderente e complicato ad ascite.

Peraltro circa il 1850 l'*ovariotomia* ritornava in favore, e diveniva soggetto di nuovi e più razionali tentativi.

Probabilmente i racconti delle guarigioni non meno numerose che splendide, conseguite in America e nel Regno Unito, spinsero i più celebrati fra i chirurghi alemanni (Kiwisch, Heyfelder, Tiebold, Scanzoni, Lagenbeneck, Konore) a portare di nuovo il coltello sopra i tumori delle ovaja.

La grande autorità di codesti maestri dell'arte diè momentaneamente un certo impulso alla *ovariotomia* e ne promosse novellamente la pratica. Ma trascorsi pochi anni, e l'opposizione divenuta prevalente, si desistette da ogni tentativo ulteriore, donde il Koeberlé nel 1865 credevasi in diritto di scrivere « i deplorabili risultati dell'*ovariotomia* scoraggiarono i medici di quella nazione, in guisa che dal 1856 a' nostri giorni, non sembra che si sia stata più eseguita siffatta operazione. » E per verità delle tre operate dal Dohlhoff di *ovariotomia*, due ne perirono; la terza scampò da morte, ma per

diagnosi fantastica, soggiacque ad una apertura gratuita dell'addome. Ugualmente una sola donna delle 5 sù cui tentò Kiwisch l'estirpazione dell'ovaja, ebbe la sorte di sopravvivere. Di 8 *ovariotomie* spettanti a Langenbech, si ottennero 3 guarigioni a testimonianza del Dott. Laskowschi due soltanto al dire del Koeberlé. Per chiudere adunque la storia dell'*ovariotomia* in Alemagna, senza diffondermi in altri particolari, ricorderò che dalla statistica assai accurata del Simon, disgraziatamente risulta non avere i chirurghi tedeschi raggiunto sopra 61 casi di quella operazione, che appena 12 guarigioni radicali.

Dopo ciò, parmi non essere a meravigliare se gli insuccessi, più numerosi in Germania che altrove, malgrado la perizia riconosciuta nel maggior numero degli operatori, abbian fatto risorgere ed alignare un opinione contraria all'*ovariotomia* e giustifichino la ritrosia dei chirurghi a praticarla.

Il discredito in che cadde l'*ovariotomia* al di là del Reno, dopo un primo ma brevissimo periodo di favore, il carattere guascone attribuito agli Americani del Nòrd, incapace perciò a conciliarsi la fiducia degli scienziati, le rivalità nazionali, e politiche riguardo all'Inghilterra, furono le principali cagioni per cui in Francia i chirurghi più influenti passarono sotto silenzio quella operazione, o la respinsero del tutto, sconsuando in tal guisa la tradizione della proposta del de La Porte, dell'approvazione del Morand, della pratica del Laumonier; e ritenendo in conto di non veritiere le statistiche americane ed inglesi, fu quindi soltanto che nel 1844 Schereau, nella sua memoria intorno alle malattie dell'ovaja, riferì i risultati assai favorevoli di 65 *ovariotomie* praticate all'estero. Contemporaneamente peraltro, ed in opposizione alle vedute dello Schereau, Giraldés in un rapporto letto alla società medica di emulazione sopra una tesi del Gazeaux intitolata: « *Cisti dell'ovaja* » conchiudeva nel modo seguente « l'operazione spaventevole e pericolosa non solo per la proporzione dei morti che somministra, ma pur anco per la sua troppo frequente inutilità, in conseguenza d'erronee diagnosi, deve

essere rifiutata energicamente. » Ciò non ostante nello stesso anno 1844 l'*ovariotomia* era già divenuta in Francia soggetto di serie investigazioni, argomento di discussioni calorose, ed eccitamento a pratici tentativi. E fu a quell'epoca medesima che un chirurgo di provincia, il Dott. Wojerkowski di Quingey, riconduceva coll' esempio i suoi colleghi all' esercizio dell'*ovariotomia*, secondo Koeberlé eseguendo tale operazione quasi per caso, nella circostanza di un tumore addominale complicato ad ascite. L'estirpazione del medesimo, non essendosi potuto stabilir bene il diagnostico, fu intrapresa temerariamente sulla semplice richiesta della donna malata. Il modo onde fu eseguita l'operazione e la sua riescita, vinse per verità la comune aspettazione, e dopo breve intervallo imitavalo Rigaud a Strasburgo, tentando l'operazione medesima, ma con contrario successo, imperocchè non potè essere ultimata, e l'inferma ebbe a perire, ancorchè versasse in condizioni più favorevoli dell'altra e quasi per nulla ne differisse la malattia.

Questi opposti risultamenti della ovariotomia concorsero a mantenere assai animata la discussione, non più intorno alla possibilità; ma sì bene alla convenienza di essa, fino al 1847 in cui Vaullegard, come già Wojerkowski, praticava di bel nuovo in provincia l'*ovariotomia* col beneficio dell'eterizzazione. Al dire di Koeberlé ei conducevala con un coraggio meraviglioso per l'epoca, e con abilità straordinaria, in un caso di cisti multiloculare complicata ad ascite gravissima. La riunione della ferita ottenuta di prima intenzione, e il versamento non riprodotto nella cavità addominale, dettero luogo ad una guarigione completa. Questo splendido fatto fe' tacere in gran parte le opposizioni e spinse alcuni illustri chirurghi come Quittembaum, Duch, Maisonneuve etc. all'esecuzione di altre *ovariotomie* che però sortirono generalmente una fine infausta. Ed ecco eclissarsi nuovamente in Francia il favore per l'*ovariotomia*; ed anzi convinzioni più contrarie ed oppositori più numerosi sorsero alla medesima, quando dall'alto della cattedra la voce autorevole di Velpeau faceva intendere le parole

seguenti: « bisogna respingere con tutte le nostre forze siffatta temerità, non essendo che prove assolute di pazzia. Per l'onore dell' arte nostra, e della nostra nazione è una fortuna che quì nulla avvenga di somigliante. In America in Inghilterra ed in Germania eziandio si è veduto commettere di tali pazzie. Ogni anno, in ogni mese i giornali stranieri ci recano notizie di simili tentativi che si fanno da tutti, e quello che è più inaudito si è, il vederli praticare da persone di un merito incontestato. »

Nel 1856 l' opposizione divenne direi quasi solenne e universale in seguito di una discussione che ebbe luogo nell' accademia di medicina dove il solo Cazeaux ebbe il coraggio di dichiararsi convinto che la *ovariotomia* era pienamente giustificabile, e di terminare il suo discorso con tali memorabile parole. « Io non abbandonerò questa tribuna senza protestare contro quella specie di anatema scagliata da molti de' nostri colleghi sull' estirpazione dell' ovajo ».

Da quest' epoca al 1861 Hergott, Richard Boinet etc. eseguirono di nuovo l' *ovariotomia*, ma come per lo innanzi con prevalente disgrazia. Per la qual cosa i colleghi loro, non tenendo conto di quelli esempi, anzichè imitarli, amarono meglio di biasimarne l' operato e di rimanersi nella opposizione. Quindi fu duopo che la cifra delle *ovariotomie* praticate in Europa e nel nuovo Mondo giungesse quasi al migliajo, che le statistiche ne autenticassero le resultanze vantaggiose, e che il Nèlaton andasse a verificarle in Londra, perchè essi si convincessero che la estirpazione delle ovaja era veramente una operazione ragionevole e praticabile. Il vero impulso pertanto fu dato in Francia alla *ovariotomia*, nel corso dell' anno 1862, dalle operazioni e dagli sforzi riuniti dei Dumarquei, Sèdillot, Desgranges, Parise, Richet, Koeberlé e soprattutto del Nèlaton, il quale dopo essere stato testimonio oculare delle splendide operazioni del Baker-Brawn, potè giudicare l' *ovariotomia* con tutta calma e verità e non esitava poscia in una lezione clinica, che la storia ha registrato, di pronunciarsi solennemente

a favore di essa nei termini seguenti: «v'è ragione d'incoraggiare piuttosto che biasimare i chirurghi disposti a praticare *l'ovariotomia* quando la crederanno indicata, e l'indicazione esiste dal momento in cui una cisti multiloculare comincia ad indurre il deperimento, o una serie di gravi accidenti».

Per tal modo, entrata *l'ovariotomia* assai più largamente nella pratica chirurgica, l'opinione non tardò a modificarsi a suo vantaggio in tutta la Francia e a porsi in un movimento più universale ed accelerato.

Questo fatto risulta evidentissimo dal numero ed importanza delle memorie, degli articoli, delle note venute in luce intorno a tale operazione dal 1862 al 67 ora separatamente ora nelle riviste scientifiche; e il numero degli operatori andò con egual passo crescendo in questo tempo.

Difatto a quelli che poco innanzi ho nominato, voglionsi aggiungere Serre, Berrut, Brisser, Curty, Gayot, Huguier, Labbé, Lacroix, Reguault, Gosselin etc., che a Marsiglia, a Lione, a Montpellier, Meudane, Bezieres, Rennes, Strasbourg, e Parigi praticarono l'estirpazione del cisti ovarico con vario successo, ma generalmente più favorevole in provincia che nella Capitale. In questa il solo Nélaton per lo spazio di 5 anni (1862-67) ha eseguito dieci volte *l'ovariotomia* con qualche fortuna, se si considerano coteste sue operazioni relativamente a quelle de' suoi colleghi parigini. E sul vero appariva una più chiara luce dalla cifra delle guarigioni, che ci porge il Koeberlé di Strasburgo, nel continente Europeo, cifra la più elevata, dacchè al punto a cui si arrestano le mie ricerche istoriche montano al numero di 28 sopra 46 operazioni.

Al Koeberlé adunque si appartiene il gran merito di aver dato alla Francia un' esempio luminoso, ed acquisto all'*ovariotomia* novelli e valentissimi parteggiatori.

Che dirò intorno al procedimento dell'*ovariotomia* in Italia a voi, Collega chiarissimo, che vista a Modena l'operata del Bezzi, ne pubblicaste in compendio una prima operazione

nel giornale medico di Roma; che assisteste meco alla *gastrotomia* fatta in Roma dal Ceccarelli per l'estirpazione di un voluminoso fibroma; che insieme ad altri Professori distintissimi foste presente all'ovariotomia eseguita dal Landi a Pisa nel setttembre decorso, la prima pervenuta a guarigione nella nostra penisola, e che vi affrettaste a farci conoscere nelle sue particolarità più essenziali col mezzo del giornale suddetto?

A questi tre casi aggiungendone altri quattro operati dal Vanzetti, due dal Bottini, uno dal Peruzzi, uno dal Loreta ed uno dal De-Cristoforis, voi conterete in tutto 11 *ovariotomie* sette operatori, una guarigione. Da ciò pur troppo fassi manifesto che la pratica dell'*ovariotomia* si mostri presso di noi non meno timida che limitata. Eppure siccome io notava di sopra, un Emiliani eseguendola il primo a Faenza nel 1815 la inaugurava in Europa. (1) Ora per qual ragione dal fatto del chirurgo faentino all'*ovariotomia* praticata del Vanzetti, cioè dal Marzo del 1815 al 1858 decorsero inutilmente 44 anni? Perchè nel decennio che separa la prima operazione del Vanzetti dall'ultima felicissima del Landi (Settembre 1868) non si condussero in Italia che undici *ovariotomie* (2) due *gastrotomie* per estirpazione di fibromi, e tre *gastrotomie* di semplice esplorazione?

Sarà questo l'argomento che mi propongo di svolgervi nella prossima lettera.



(1) Trovo a questo proposito, in un recente scritto del Peruzzi, felicissima la frase seguente «l'ovariotomie a fait son entrées en Europe en 1815 pour la voie d'Italie» (Aperçu historique sur l'origine et le progrès de l'ovariotomie en Italie).

(2) Nel Marzo 1869 il chiarissimo Peruzzi estirpava a Lugo una cisti ovarica multiloculare con lievi aderenze parietali ed omentali, ed anche questa operazione ha sortito un esito assai favorevole.

Lettera Quarta

Pregiatissimo Collega

Sul finire della mia lettera precedente, io mi domandava perchè dall' Emiliani in poi corressero inutilmente 44 anni, e perchè dall' operazione del Vanzetti a quelle del Landi non si contassero in Italia che sole 11 *ovariotomie*. Ebbene, mio dottissimo Collega, a me pare che ciò debba ripetersi da tre principali cagioni, cioè a dire dai chirurghi, dalla natura istessa della malattia e da alcuni particolari condizioni delle malate. Ed ora voglio numerarvi come questo insieme di circostanze abbia, secondo il mio parere, potentemente contribuito a rendere rara fra noi l' operazione dell' *ovariotomia*.

Egli è un fatto evidentemente dimostrato che le grandi scoperte iniziate fra noi, compirano altrove il loro ciclo. Basta di consultare per poco la storia, per rinvenirne ad ogni passo le prove. La prontezza dell' ingegno e la vivacità dello spirito, di che son dotati i chirurghi italiani, non si atteggia parlando nella generalità, a quella laboriosa pazienza, a quello studio continuo e perseverante col quale gli oltramontani pongono in atto le più difficili imprese e pel quale facilmente s'intendono fra di loro.

A noi il compito di applicare sù vasta scala alcune dottrine è reso difficile per il trasmodare soverchio delle discussione scolastiche, di guisa che, mentre presso noi si discute,

altrove si opera; onde io mi passerò dall' annunciarvi altre ragioni relative ai chirurghi ed entrerò a parlarvi della seconda cagione, che è quella che si desume dal concetto della malattia medesima.

Io tengo per fermo che il cistovario occorra meno frequentemente nelle nostre donne, di quello non accada presso quelle di altri paesi. Fra le cause che prevalentemente contribuiscono allo sviluppo di tale malattia, voglionsi collocare in prima linea quelle che riguardano il genere di vita, la natura del clima e le conseguenti modificazioni organiche.

Or bene, fate che le donne in un clima incostante e intemperato si abbandonino frequentemente ai disordini della vita, che dalle abitudini del proprio paese sieno costrette a sobbarcarsi alle più gravi fatiche, a sopportare i disagi i più penosi, ad esercitare infine quei lavori che presso di noi convengonsi soltanto al sesso forte, e voi avrete ragione della maggiore proclività in queste donne alle malattie dell'apparato uterino e sue dipendenze.

Da noi per contrario ove la donna attende soltanto alle faccende domestiche e alla educazione della famiglia, ed ove anche nelle classi più modeste sono concessi tutti quei riguardi che la presente civiltà consente alla gentilezza del sesso, da noi vien meno questo massimo elemento predisponente e non frequentissime si osservano le affezioni delle ovaja.

Ed in fatti, sia per la mitezza del clima, sia per le regolari abitudini della vita è certo che nelle nostre donne l'apparato generatore gode generalmente di una vita normale; l'utero compie regolarmente le sue funzioni, rari appajono i disturbi delle mestruazioni, e l'età critica che altrove giunge più presto ad imprimere profonde orme in alcune donne che veggonsi invecchiare innanzi tempo, rispetta più a lungo le donne italiane e quelle del nostro paese specialmente, fra le quali non è raro incontrarsi in talune che conservano belle e robuste le forme del corpo, ad onta che la natura cessato abbia di prodigar loro il mensile tributo. In conseguenza di che, noi

vediamo effettuarsi quasi sempre il parto fisiologico, seguire un normale puerperio; cosicchè la patologia del parto e l'anormalità del puerperio, se in altri paesi è quasi una regola, può bene a ragione considerarsi presso di noi siccome una eccezione.

Nelle quali cose a me sembra rinvenirsi una ragione efficiente da far credere che il cisti ovario nelle nostre donne sia meno frequente che in quelle degli altri paesi.

Per ultimo le condizioni sociali in cui le donne italiane si ritrovano, rispetto a quelle delle altre nazioni, debbono esercitare una influenza marcatissima sulla possibilità di tradurre in atto l'*ovariotomia*.

V' hanno paesi come la Francia e l'Inghilterra soprattutto, in cui il tempo è danaro. Gli abitanti usi al lavoro e convinti che senza di esso non vi è che miseria e morte, in nessuna ardua circostanza della vita viene dato loro di temporeggiare. Laonde posti nel bivio di decidersi fra una lunga malattia, che sarà causa della più orribile miseria, od una pronta operazione, dietro la quale può sollecitamente ricuperarsi la salute, non si esita un'istante e volenterosi scelgono quest'ultima via.

Ma in ben altre modo corrono le cose nella nostra Penisola, quì, ove un'eterno sorriso di Cielo colla dolcezza del clima largheggiò il suolo di tutti i prodotti della natura, miserie così sconfinite sono ignote del tutto; nè il freddo e la fame, che miete annualmente molte vittime nelle nordiche regioni, si fa causa di morte nel nostro paese. Là chi è malato non lavora e chi non lavora muore di fame. Qui per l'opposto chi è malato trova, come in ogni luogo, oltre agli ospedali allé case di ricovero e di soccorso, la privata beneficenza e la pietà cittadina che, in mille modi e con mille risorse soccorrendo ai malati di ogni genere, abitua le inferme a quella resistenza ad ogni atto operativo, che non si rinviene nelle donne d'oltremonte.

Di guisa che le nostre inferme di cisti ovarico piuttosto che affrontare il pericolo di un'operazione che potrebbe essere

seguita da sollecito e infausto risultato, si adattano meglio all'idea di una lunga malattia che abbia pure per inevitabile fine la morte, purchè questa sia remota e non dolorosa.

Ecco adunque per quali motivi io sono indotto a credere che l'*ovariotomia* venisse praticata fra noi così raramente. Del resto comunque ciò avvenga, a me par tempo da ritornare all'argomento.

La storia dell'*ovariotomia* presenta delle differenze nella pratica della medesima. Queste differenze possono riassumersi nei seguenti modi onde vennero eseguite.

Alcuni Ovariotoromisti si sono serviti della incisione grande, han legato il peduncolo con un laccio, lasciando un capo al di fuori, altri tagliando la legatura presso il nodo e lasciandola perdere nel basso-ventre. I più però si accordano ad usare il Clamp come ho accennato nella pratica dallo Spencer Wells.

Per quanto poi concerne la riunione della ferita alcuni comprendono nella sutura il peritoneo, altri lo lasciano intatto avvicinando le pareti addominali in modo che le due superficie del peritoneo lese siano a largo contatto fra loro. Alcuni fanno la sutura nodosa, altri l'incavigliata, servendosi ora dei fili di seta ed ora di quelli di argento. Lo Spencer Wells ed il Bryant credono che la sutura metallica laceri il peritoneo e la ritengono perciò dannosa.

Tutti poi sono di accordo nell'asciugare scrupolosamente la cavità addominale riputando questa cautela indispensabile pel buon successo e per evitare la peritonite, poichè sembra che la peritonite si accenda più per i corpi estranei lasciati nella cavità del bassoventre, che per lesione del peritoneo, stesso: gli studi del Blundel appoggiano queste osservazioni. Ma tutti cercano concordemente il più che si possa di ottenere la riunione immediata dell'incisione addominale e che non avvenga alcun disturbo per non essere obbligati di riaprire la ferita e per evitare la suppurazione, dalla quale potrebbero derivare quei

soliti accidenti che mettono in pericolo le operazioni le meglio eseguite.

L'*ovariotomia* è operazione di elezione o di necessità. Nei due casi narrati nei quali le punzioni e le iniezioni iodate aveano protratta la vita, con tuttochè le malate irreparabilmente corressero incontro a morte, l'*ovariotomia* riescì a salvarle ambedue ed ebbe un valore terapeutico assoluto, come la sola operazione che restava a fare e riescì. In casi consimili, credo non vi sia chirurgo il quale non consideri l'*ovariotomia* come un mezzo prezioso, un vero beneficio apportato all'umanità, anzi l'unico mezzo per condurre a salvamento la vita.

Non così avviene nei casi, in cui l'inferma non prova ancora le gravi conseguenze del male e può vivere altro tempo senza che la sua esistenza sia minacciata da vicino. V'han difatti cisti ovariche, le quali si mantengono stazionarie per molto tempo, senza arrecare alcun disturbo alle principali funzioni della vita, nè alterazioni dello stato generale di salute. In questi casi l'*ovariotomia* può procurare, è vero, una guarigione radicale, ma può essere causa eziando di affrettata morte ad una malata, che avrebbe potuto vivere molto tempo senza questa operazione o usando mezzi diversi. In casi di tal natura, come lo ha detto giustamente il Palasciano, l'*ovariotomia* perde il suo valore terapeutico e novantanove successi non basterebbero a giustificare una sola morte avvenuta prematuramente; e non può al certo farsi plauso a quei chirurghi, i quali vorrebbero, che l'*ovariotomia* fosse il trattamento iniziale di ogni tumore ovarico. Io ho veduto guarire cisti ed anche voi potete raccontare parecchie guarigioni di tumori ovarici di varia grandezza ottenute colla sola cura interna; e per mia parte sono riescito a guarire quattro cisti ovariche uniloculari anche grandi, col solo metodo del vuotamento parziale successivo da me proposto e praticato da qualche anno a que-

sta parte: (1) metodo vantaggiosamente ricordato dal Cantani e ripetuto felicemente da Voi stesso e dal Corsini. Le posteriori osservazioni mi confermano nella certezza da me sempre avuta, che questo metodò giudiziosamente applicato avrà i suoi buoni effetti.

Le iniezioni jodate han pur guarito radicalmente cisti dell'ovajo come ho potuto osservare nella vostra e nella mia pratica. Pel che io reputo che in casi siffatti sia errore scegliere innanzi tutto la *ovariotomia* come solo metodo di cura.

Ma vi sono delle cisti nelle quali la cura generale torna inutile ed egualmente poco applicabili sono il vuotamento parziale successivo e le iniezioni jodate. Queste cisti sono quelle conosciute col nome di composte; esse crescono, s'inflammanno, aderiscono ai visceri vicini, alterano la salute generale e cagionano irreparabilmente la morte; e tutto questo spesse volte in brevissimo tempo. Di fronte a queste cisti il chirurgo dovrà attendere che la malata, peggiorando sempre più nelle condizioni locali e generali, giunga agli estremi per doverle apprestare i soccorsi dell'arte, oppure sarà miglior consiglio farla decidere per tempo all'operazione? Questi per me sarebbero i casi dell'*ovariotomia* di elezione, tenendo conto dei risultati che si hanno nelle *ovariotomie* fatte in buone condizioni e quelle fatte in condizioni contrarie.

Certamente la questione dell'opportunità è molto ardua a risolversi; e per me, nei casi in discorso, non lo può essere in forma generale e precettiva; poichè molte volte non basta la conoscenza esatta della natura della malattia e delle alterazioni anatomiche nei visceri circostanti, ma conviene anche ricorrere a quel tatto pratico, che si apprende soltanto col lungo esercizio e si sente meglio che non si esprima; e perciò tutta questa questione è subordinata a quell'abilità individuale per la quale un chirurgo si distingue dall'altro.

Ma se io dovessi formulare una qualunque proposizione direi, che quando la cisti ovarica composta avesse tendenze a

(1) Sul vuotamento parziale successivo nell'Idrope ovarico: Lettera al Peruzzi. — Roma. —

progredire e ad infiammarsi, io tenterei l' *ovariotomia* come trattamento iniziale; poichè sulle iniezioni jodate e su altri mezzi non vi è, come dissi, che da contare pochissimo.

Leggo infatti in un resoconto riportato nella Medicina operatoria di Malgaigne, che sopra undici casi di cisti multiloculari curate colle iniezioni di jodio si ebbero cinque recidive e sei morti, dunque risultati nulli. Il Desormeaux ha raccolto 77 casi di cisti ovariche, le quali furono trattate colle iniezioni di jodio. Si ebbero 51 successi 7 insuccessi 19 morti. Al Landreau in 45 casi di cisti ovariche, nelle quali si fece l' iniezione jodata fu dato di osservare le seguenti proporzioni 30 guarigioni, 6 insuccessi, 9 morti. Nè il Landreau nè il Desormeaux specificano se le cisti fossero o no composte, il che aggraverebbe sempre le condizioni della riescita; ma pure ammesse tutte per tali, sarebbesi avuto sopra 133 casi, guarigioni 81, insuccessi 19, morti 34; un risultato cioè di mortalità superiore alla statistica ultima dello Spencer Wells, il quale giova ripeterlo, ha perduto colla *ovariotomia* undici operate sopra settantatre, a quelle del Brayant, del Keint di Edimburgo del Clay di Manchester e del Tylor Smith nelle quali apparisce una perdita al disotto del 20 per o/o operando senza scegliere i casi; e tutti gli ovariotomisti convengono che il successo è tanto più sicuro quanto più si opera per tempo ed in buone condizioni generali della malata. E sembra che la prima operazione riescita in Italia, dopo quella dell' Emiliani, nelle mani dell' dotto Prof. Landi sia stato per questa ragione principalmente.

Ora siffatti risultati non giustificano appieno il decidersi per tempo ad una operazione per una malattia la quale non ha altri mezzi sicuri per guarire tranne l' *ovariotomia*?

E per verità grave gravissima cosa a me sembra l' attendere che nelle cisti composte a corso rapido le condizioni sempre più aggravantesi rendano indispensabile e più pericoloso un mezzo che usato per tempo avrebbe potuto probabilmente arrecare le guarigione.

A chi poi opponesse che nell'incertezza del successo val meglio, ed è quasi un dovere, l'attendere gli estremi della vita, risponderei che col non mettere a rischio la vita della malata a tempo ancora opportuno per salvargliela, le si rende certa o pressochè certa la morte in breve tempo. Fra l'incertezza del successo e la certezza della morte al mio corto intendimento, non mi par dubbia la scelta.

Questi miei opinamenti avrebbero bisogno della cooperazione di uomini serî e coscienziosi, che per mezzo delle statistiche rendessero conto del corso che hanno le cisti composte, della loro durata e delle sofferenze che arrecano alla vita delle persone che ne vengono affette, per decidere se convenga affidarle alla inazione, piuttostochè ad un rimedio radicale quale è l'*ovariotomia*. Riguardo a me in questi casi opererei, se ne venissi richiesto dalla malata stessa, nè sarei lontano dal consigliare un simile rimedio.

Credo poi inutile il ripetere come vi siano casi nei quali l'*ovariotomia* non debba essere tentata, sia per la natura maligna della cisti, sia per la impossibilità di formarsi un criterio abbastanza esatto sui rapporti della cisti cogli altri visceri, sia per le gravi ed estese aderenze della medesima coi visceri circonvicini, e sia infine per le gravi condizioni in cui si trova lo stato generale della malata. Basta gettare uno sguardo sulle statistiche dell'*ovariotomia* per persuadersi che le gravi complicazioni sono lungi dall'essere rare; si contano anzi a centinaia le operazioni incominciate e che non poteronsi condurre a termine. Un fatto di tal natura avvenne di recente nelle mani dell'abile Richet clinico chirurgo a Parigi; l'operazione non fu terminata per effetto appunto della estensione delle aderenze, che il tumore ovarico avea con molti dei visceri contenuti nella cavità del bassoventre.

Ma è facile di distinguere fra loro questi casi? E l'arte ha mezzi bastanti per formulare una diagnosi che possa servir di guida al chirurgo operatore?

Riconoscere innanzi a tutto nella cavità addominale l'esistenza di una cisti ovarica così bene da non confonderla con altro morbo.

Stabilire quindi i rapporti che questa cisti ha con i visceri addominali: ecco i due cardini fondamentali sui quali poggia la diagnosi.

Ora l'arte possiede mezzi atti per formulare un diagnostico che riesce pressochè sicuro quando la cisti ovarica è di piccola grandezza, ma il valore di questi mezzi diminuisce notevolmente quanto più il tumore si è sviluppato: in altri termini i mezzi diagnostici hanno più o meno di probabilità di riescita secondo il tempo in cui il tumore viene osservato, di guisa che vi è un tempo e vi hanno condizioni morbose dei visceri vicini, per le quali un tumore ovarico può essere confuso con un tumore del fegato, del rene, coi tumori fibrocistici dell'utero, coll'ematocele, colla gravidanza extrauterina etc. etc.

Questi errori disgraziatamente non sono infrequenti, e rammenterete come il Pean credendo di operare un tumore ovarico cadesse sopra una ipertrofia vastissima della milza, come il Demarquay operasse un tumore fibro-cistico dell'utero ritenendo di operare una cisti dell'ovajo. Rammenterete egualmente come il Dottor Ceccarelli ed io ci siamo trovati l'uno e l'altro in inganno sulla natura di tumori addominali diagnosticati per cisti composte, mentre non erano che fibromi sottoperitoneali.

In quasi tutti i musei di Londra si osservano tumori dei visceri addominali che pel loro eccessivo volume furono presi per cisti ovariche; e credo conveniente fra i molti esempi che potrei riferire, il fermarmi sui seguenti che non sembrano a me privi d'interesse.

Nel Museo patologico di San Giorgio osservasi un rene enormemente ingrossato e convertito in una vasta saccocchia con sepimenti membranosi corrispondenti alla divisione della pelvi renale, la cavità è piena di sostanza colloidea e depositi cal-

carei consistenti in fosfati di calce; l'uretere ostrutto da un calcolo renale. Questo pezzo patologico appartiene ad una donna di 70 anni, che per dieci anni mostrò un tumore al lato sinistro, che fu giudicato una cisti ovarica; essa peraltro soffriva poco. Non saprei per qual ragione, accade in seguito che le urine sempre limpide e naturali apparvero subitamente e costantemente marciose: dopo questo fatto il tumore diminuì: la settuagenaria fu presa da diarrea cui andava soggetta e morì. Con l'osservazione che vi ho riferito il pezzo patologico fu dato al museo dall'Hokins.

A quello di Gay's Hospital fra gli altri pezzi patologici mirasi un'enorme cisti composta sviluppata nell'utero N. 2245; un'enorme fibro-cistico dell'Utero N. 2272 ed un fibroma grandissimo con gravidanza N. 2249. Tutti questi tumori erano stati presi per cisti ovariche come apparisce dalla spiegazione che ne dà il testo del catalogo.

Nel bollettino della società anatomica di Parigi T. XXVIII. pag. 519 leggesi la storia di una donna affetta da cisti idattidea multipla del fegato, della vescichetta biliare, della milza, del legamento largo, del grande epiploon fino alla tromba uterina destra presa anch'essa per cisti del'ovajo. Il Nèlaton diagnosticò una cisti ovarica uniloculare e fece l'iniezione jodata, la malata morì; l'errore dipese dalle intestina ritenute nei lati della colonna vertebrale da essudati organizzati.

In simile errore di diagnosi è occorso anche a me di cadere in un caso, che sembrato interessante a voi, al Vanzetti ed al Malagodi aggiungo ai surriferiti.

Trattasi di una donna cinquantenne, che soffriva da vent'anni di un vasto tumore all'addome, divenuto in progresso di tempo talmente enorme e così incommodo che minacciavale la vita. Lo diagnosticai per una cisti ovarica multiloculare e composta, e così fu ritenuto da molti altri medici e chirurghi da me invitati a visitare l'inferma. Il Dottor Corsini soltanto accettò freddamente la diagnosi, parve a lui che mancasse il rimbalzo del liquido, ma io non feci gran conto di questa

osservazione per ragione della grande spessezza, che supposti avessero le pareti della cisti e per le masse solide in esse contenute. Eseguii l'incisione addominale, si presentò il tumore, lo punsi tre volte in diversi luoghi ma inutilmente, poichè non conteneva liquido: desistetti, riunii la ferita con la sutura incavigliata e condussi la malata al letto; morte dopo 15 giorni. Nell'autopsia si trovò una corona di piccoli fibromi con uno enorme nel centro, uniti gli uni agli altri da piccole cisti sierose contenenti poco liquido, tutta la massa pesava 69 libbre senza contare il liquido contenuto nelle piccole cisti che furono pressochè tutte vuotate.

Più non la finirei se tutte volessi ricordare le storie che voi già conoscete in gran parte di errori di diagnosi; dirò solo che non esito a ritenere essere in taluni casi pressochè impossibile il farla.

Nulladimeno dobbiamo convenire che anche su questo punto si è molto progredito. Fui presente quando il Greenhalgh nella sua clinica, dove furono mandate tre donne per essere operate, supposte affette da cisti ovariche, riconobbe da quell'abile chirurgo che egli è, in una un'ascenso vastissimo del fegato, in altra un tumore al rene sinistro, e nella terza un tumore fibro-cistico dell'Utero, e ciascuno dei detti tumori avea aderenze con i visceri vicini e così furono risparmiate tre vittime.

Lo stesso Spencer Wells confessa di aver commesso errori di diagnosi, prendendo per cisti ovariche i tumori dei reni. Istruito dai fatti da lui osservati fa le seguenti conclusioni. Nei casi di tumori del rene destro il colon ascendente si trova ordinariamente alla parte interna ed in quei del rene sinistro il colon discendente passa trasversalmente dall'alto al basso sopra il tumore stesso. In massima generale l'intestino si trova sempre all'innanzi nei tumori renali e nell'indietro nei tumori dell'ovajo: il contrario è l'eccezione. L'intestino può essere vuoto o compresso e formare una specie di briglia pella quale potrebbero nascere dei dubbi: percorrendola con

le dita si contrae e sentesi il rumore dell'aria che vi si produce. Si rende più chiaro questo segno spingendo l'aria per l'intestino retto, ed allora l'ascoltazione e la percussione tolgono ogni dubbio.

I tumori dei reni cominciano ad apparire tra le false coste e l'osso ileo e si distendono in seguito verso l'ombelico, l'ipocondrio e quindi verso l'anca. Al contrario il tumore ovarico comparisce verso la regione inguinale o iliaca, distendendosi in seguito in alto ed in dentro, i tumori renali si legano ordinariamente a qualche alterazione dal lato dell'orina, quelli della ovaja coincidono con taluni cambiamenti nella regolarità o quantità delle ricorrenze mensili o con altri disturbi uterini.

Il Professor Baccelli avrebbe osservato che nei tumori ovarici il suono ottuso della percussione fatta nell'alto delle regioni glutee manifesta l'origine della malattia in uno od in ambedue le ovaja, mentre nei tumori dei reni e del fegato la percussione fatta nelle dette regioni darebbe la sonorità.

Ma uno dei mezzi che mettono in pratica i più accreditati Ovariotoristi nei casi di diagnosi dubbiosa è la puntura, di cui si servono o come mezzo esplorativo od evacuativo secondochè viene richiesto dal caso. Il Nèlaton tra gli altri considera la puntura come un mezzo prezioso per diagnosticare anche le aderenze, che la cisti ovarica ha con gli altri visceri, poichè la sua retrazione accade più o meno completa a seconda del numero e dell'estensione delle aderenze stesse; e se nei casi già ricordati del Ceccarelli e mio ci fossimo valse della puntura, avremmo almeno appreso prima di accingerci all'operazione che non erano cisti ovariche i tumori coi quali avemmo a fare, che egli estirpò e che io tentai inutilmente di togliere dalla cavità addominale.

V'han poi dei casi nei quali le maggiori probabilità per una buona diagnosi mancano assolutamente, tanto in riguardo alla natura del tumore, come ai rapporti ed alle aderenze che esso può avere coi visceri circonvicini. È in tale stato di dubbio che l'operazione non deve essere tentata; poichè vi è la

grandissima probabilità di non poter condurre a compimento l'atto operativo, come già dissi essere accaduto troppo spesso con aggravamento delle condizioni della malata dopo averla esposta ad inutili sofferenze.

In conclusione mi permetterete che io riassuma quanto ho detto così.

Vi hanno cisti le quali non debbono essere operate, potendo la malata vivere molti anni senza correre il gran rischio di quest'operazione, e queste sono le cisti uniloculari a corso lento.

Cisti che possono essere operate e sono quelle composte e a corso rapido.

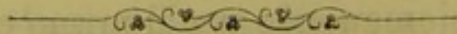
Cisti che debbono essere operate perchè non havvi nè tempo di attendere, nè altri mezzi da sperimentare, e sono le cisti semplici o composte le quali minacciano la vita assai da vicino.

Finalmente cisti che non debbono essere operate per difetto di diagnosi o per soverchie aderenze coi visceri vicini o per condizioni sfavorevoli della malata.

Non parlo delle cisti cancerose, poichè è troppo riconosciuta a' nostri giorni la inutilità dell'estirpazione di siffatti tumori anche in altre regioni del corpo.

Con tali basi sembrami possa sperarsi che l'*ovariotomia* prosiegua brillante il suo corso nella pratica chirurgica già così bene avanzato soprattutto nella Gran Bretagna, dove i più abili chirurghi la sostengono con grande calore ed efficacia convinti come sono, che questa mirabile operazione verrà tramandata alla posterità, se non come una novità, almeno come pratica conquistata alla chirurgia e assodata dagli esempi del secolo in cui viviamo.

Gradite l'espressioni della mia distinta stima.



Lettera Quinta

Pregiatissimo Collega

Era ben facile il prevedere che, per quella legge di continuo progresso che governa lo spirito umano incessantemente investigatore, l'*ovariotomia* conquistata in modo stabile e sicuro dalla chirurgia sarebbe stata una nuova via all'acquisto di altri processi operativi nella cavità del bassoventre.

Infatti il Clay di Manchester nell'eseguire una *ovariotomia* si trovò nella necessità di estirpare con la cisti ovarica un fibroma e porzione dell'utero e suoi annessi. Questa prova gli fallì completamente, ma ripetuta una seconda volta gli riescì a maraviglia, avendo felicemente con la cisti ovarica tolto un fibroma e l'utero quasi per intero.

Questo primo successo indicò per lo meno la possibilità di rimuovere dalla cavità dell'addome masse fibrose, l'utero stesso e sue dipendenze; anzi dopo l'invenzione dell'*écrasseur*, della *legatura perduta*, e della *galvano-caustica*, tornava in campo l'estirpazione dell'utero sotto migliori auspici e per una nuova via.

Atlee di Filadelfia per il primo tradusse in pratica il concetto di Clay, eseguendo per il primo e con pieno successo la gastrotomia, con lo scopo stabilito di togliere dalla cavità del bassoventre un tumore che aveva diagnosticato per fibroma sottoperitoneale.

Dopo di lui il Rizzoli nel 1862 in Italia, il Koeberlé nel 1863 in Francia, il Brown, lo Spencer Wells in Inghilterra, il Barnham in America ripeterono più volte l'operazione di Atlee per estirpare tanto fibromi quanto altri tumori uterini. Ma i risultati non furono tali da incoraggiare tutti gli ovariotoromisti di praticarla, e quei pochi che l'osarono non ne furono soddisfatti tanto, da farsene fautori e propugnarla con quell'ardore che l'ovariotomia. E non a torto, perocchè le operazioni eseguite a Londra ed in Italia furono infelici, e ben poche di quelle ripetute in America ebbero successo. Ma ci mantengono ancora in qualche speranza di migliore avvenire per questa operazione le guarigioni ottenute in Francia dal Koeberlé (1).

Sembra che l'operazione sia riuscita a preferenza quando il tumore era peduncolato, e quindi non si ebbe la dura necessità di estirpare con esso parte del viscere su cui aderiva, e che al contrario sia stata eseguita in generale da insuccesso in quei casi in cui fu necessario di togliere porzione dell'utero e delle ovaja. Difatti in 24 casi che ho potuto raccogliere di gastrotomia praticata per tumori fibrosi peduncolati si sono avute otto guarigioni, e sopra 45 casi di gastrotomia per tumori fibro-cistici uterini e fibromi interstiziali con amputazione parziale dell'utero o di una o di ambedue le ovaja, non si ebbe più di nove guarigioni. Ma importa di notare che la metà di queste guarigioni sono dovute allo Koeberlé, sopra 8 operazioni che eseguì. Questi adunque avrebbe ottenuto la guarigione in ragione del 50 per % mentre gli altri in ragione del 15 53, per %.

(1) Il Dott. Angelo Zotti di Sinigaglia avrebbe felicemente estirpato nel luglio dell'anno corrente un fibroide che aveva il suo impianto nel muscolo iliaco sinistro pel tratto di circa 5 centimetri, valendosi del tagliente a preferenza della legatura. Il tumore era dunque sottoperitoneale e l'operazione sarebbe riuscita tale se la malata con uno sforzo che fece non avesse procurato l'uscita delle intestina, accidente che complicò l'atto operativo aprendo il peritoneo.

Il Peruzzi avrebbe anche praticato recentemente la gastrotomia per l'estirpazione di un enorme mioma con porzione del corno sinistro dell'utero a quanto pare con felice risultato, ma il tumore avea un piccolissimo impianto nell'utero e può considerarsi tra quelli peduncolati sotto il punto di vista operativo.

Le guarigioni, e deve ben notarsi, si sono sempre ottenute a caro prezzo e con la cura consecutiva di due ad otto mesi; mentre al contrario le morti seguirono in generale rapidamente l'atto operativo, ed in due casi dopo 4 ore, in uno dopo tre ore, ed in altro dopo il brevissimo spazio di 75 minuti.

Da ciò appare che finora, manca funestamente anche troppo perchè i chirurghi prendano animo a fare questa operazione e le malate a subirla. Che anzi ove si consideri ancora la incertezza del diagnostico e la gravezza dei mezzi terapeutici, v'ha per ora anche di soverchio per rifuggire quasi sempre dalla medesima.

E a dir vero l'arte diagnostica se riesce oggi a differenziare un tumore del rene, del fegato, della milza da quelli delle ovaja e dell'utero, e se può anche stabilire con qualche precisione che il tumore sia solido o contenga liquido, se sia libero o più o meno aderente, ci lascia ancora nel dubbio circa la natura intima del tumore stesso, non riuscendo nemmeno al microscopio di determinare le differenze istologiche tra il vero fibroma ed il fibroma infettante, tra questo e il sarcoma, e il cisto fibroma; di modochè spesse volte si conosce soltanto *post mortem*.

L'arte è almeno finora impotente eziandio a precisare il luogo e l'estensione della origine del tumore, cioè se trovisi nelle ovaja o nell'utero, e se si debba in conseguenza togliere il solo tumore o con esso anche porzione del viscere col quale è continuo.

La terapia chirurgica poi oppone a siffatti tumori la legatura e la cauterizzazione, ed il loro valore terapeutico viene diversamente giudicato dagli sperimentatori e dagli operatori; ed anche qui si avvera una volta di più che la via sperimentale può servire di appoggio, ma non di base alla indicazione terapeutica.

Infatti gli esperimenti eseguiti sugli animali dai Dottori Spiegelber e Valdeyer depongono in favore della legatura per-

duta e della cauterizzazione; perchè essi dopo aver legata e recisa porzione dei corni dell'utero, lasciando perdere la legatura nella cavità addominale, e dopo aver tolto porzione dell'utero sia col ferro rovente sia colla galvano-caustica, hanno potuto concludere, che si possano lasciare nella cavità peritoneale, piccoli corpi estranei senza alcun danno del peritoneo, e che i tessuti strozzati o cauterizzati non divengono cangrenosi e non arrecano danno alle parti vicine, quante volte la cavità addominale sia perfettamente chiusa. Queste conclusioni trovano anche un raffronto negli esperimenti fatti sugli animali dal Dottore Maslowsky di Pietroburgo, il quale avrebbe avuto eziandio l'opportunità di ripeterli sopra una donna affetta da doppio cistovario, trattando il peduncolo destro col caustico ed il sinistro colla legatura, e lasciando l'uno e l'altro nella cavità addominale, ottenendo così sull'uomo un felice risultato in conferma del valore dei suoi esperimenti.

Ma lo Spencer Wells non si sente incoraggiato da siffatti esperimenti come lo furono gli sperimentatori stessi, di considerare cioè la legatura o il cauterio o qualunque altro metodo intraperitoneale di trattare il peduncolo di un tumore come eguale e molto meno come superiore al metodo estra-peritoneale.

Egli scrive infatti « Che sotto alcuni rapporti gli esperimenti riescono soddisfacentissimi in quanto che ci dimostrano ciò che realmente avviene, quando una legatura o un escara è chiusa nella cavità peritoneale; e ci insegnano che, quando noi c'incontriamo con una difficoltà straordinaria nel fermare il peduncolo fuori della cavità peritoneale, possiamo ricorrere al cauterio o alla legatura, non come finora abbiamo fatto con una quasi completa ignoranza di quello che possiamo aspettarci in appresso, ma con una idea più accurata del processo di riparazione e dei pericoli che possono derivare da esso. Se noi potessimo sperare nelle donne malate le stesse serie di cambiamenti che abbiamo osservato nei cani e nei conigli, ci potremmo trovare più completamente d'accordo colle con-

« clusioni degli sperimentatori tedeschi. Ma altro è il togliere
 « un pezzo di corno uterino, un ovario sano, un pezzo di
 « omento o di mesenterio da un cane o da un coniglio; altro
 « è un gran tumore uterino o ovarico da una donna, la cui
 « salute generale è stata più o meno impressionata dalla
 « formazione graduale del tumore e probabilmente anche dalle
 « ripetute punture, e della quale le condizioni della pelvi e
 « dell'addome sono state grandemente alterate dalla pressione
 « del tumore, o dalle adesioni formate colle parti circostanti.
 « Anche nei cani e nei conigli sani in cui la legatura o il
 « cauterio era stato considerato il più felice nei suddetti espe-
 « rimenti, abbiamo veduto che l'adesione della parte legata o
 « cauterizzata alla vescica, all'intestino e alle ripiegature vi-
 « cine del peritoneo, era stata la regola. Ed io ho costatato
 « in alcuni casi, che l'aderenza del peduncolo legato o caute-
 « rizzato ha determinato all'intestino uno strozzamento fatale,
 « e ove non sia stato fatale, siffatte aderenze sono soggette ad
 « essere permanentemente dannose più che la sola adesione di
 « un peduncolo alla parete addominale.

« Siffatti esperimenti hanno un gran valore ed io non
 « esito a riconoscerne il loro interesse e la loro importanza.
 « Non dobbiamo peraltro rinnegare per essi a ciò, che dimo-
 « stra l'attuale pratica sulle donne sofferenti. E più io vedo casi
 « di *ovariotomia*, più sono spinto dalle particolarità di qua-
 « lunque di essi, ed incoraggiato dai raccontati successi degli
 « altri o guidato dal desiderio di evitare certi ovvii ed inevi-
 « tabili disvantaggi, procedendo col metodo extraperitoneale, di
 « ricorrere al cauterio o alla legatura. Io mi trovo men sod-
 « disfatto dei risultati di questi metodi e più avverso ad im-
 « piegarli; e la mia più grande confidenza è nel Clamp e nel
 « principio del metodo extraperitoneale. » È da notare, che lo
 Spencer Wells si pronunzi in questo senso relativamente alla
 estirpazione del cistovario, il quale d'ordinario ha un pedun-
 colo più o meno spesso, più o meno lungo, sul quale si può
 in qualunque modo agire.

Ma ben diverso e assai più gravi procedono le cose nella gastrotomia per tumori solidi situati nella cavità addominale; poichè nei fibromi sottoperitoneali il peduncolo esiste eccezionalmente, e non mai tanto lungo e sottile da permettere l'applicazione del metodo extraperitoneale. Nei sarcomi nei cisto-sarcomi e nei cisto-fibromi poi dell'utero può mancare assolutamente il peduncolo; anzi questi tumori spesse volte nascono dall'utero e dalle ovaja, e l'operatore non solamente non può mettere a profitto contro di essi il metodo extraperitoneale, ma invece è obbligato di estirpare col tumore anche porzione del viscere, al quale il tumore aderisce. Aggiungete a tutto questo gli effetti dinamici prodotti dall'azione della legatura e della cauterizzazione sull'organismo, anzi sulla sensibilità di visceri delicatissimi, come sono quelli destinati alla riproduzione della specie.

Questa gravità non è sfuggita agli ovariotomisti stessi; i quali nei casi di doppio cistovario hanno fatto le due operazioni ad epoche lontane l'una dall'altra; e rammenterete come lo Spencer Wells su cinque casi di tal genere abbia avuto quattro risultati, operando le due cisti in due epoche distinte.

Ma vi ha di più ancora ed è che i tumori peduncolati non producono mai la morte, e gli incomodi che arrecano alle malate non oltrepassano a quelli di una gravidanza prolungata; e perciò l'indicazione terapeutica non essendo proporzionata colle conseguenze dell'operazione non trova la sua applicazione: la gastrotomia adunque rimarrebbe pei soli tumori sessili con le probabilità accennate..

Per le quali ragioni mi sembra che a buon diritto lo Spencer Wells favorisca poco questa operazione, la quale bene a ragione è considerata da Lui come una operazione eccezionale, da tentarsi soltanto, quando la malata è agli estremi di sua vita, quando può stabilire che realmente la morte sarà prodotta inevitabilmente dalla pressione, che il tumore esercita sui visceri essenziali alla esistenza e quando può giudicare con tutta probabilità, che il tumore non abbia infettato l'organismo.

Il tentarla in queste condizioni può essere quasi un dovere, specialmente per un'operatore così destro e così fortunato come lo è stato finora l'illustre Spencer Wells. Ma se anche dopo avere aperto il bassoventre trovasse la base del tumore molto larga ed il suo volume talmente vasto, che per estrarlo occorresse una incisione molto estesa della parete addominale, lo Spencer Wells abbandona allora l'idea dell'estirpazione e riunisce la ferita.

In generale però può dirsi che la gastrotomia per lo scopo accennato a Londra ha compiuto presentemente il suo corso collo Spencer Wells e col Baker Brown; poichè nessun'altro chirurgo dei grandi Ospedali di Londra, a quanto io mi sappia, l'ha mai praticata; anzi quei distinti chirurghi di Londra, che ho consultato in proposito, si sono mostrati contrari e l'hanno condannata come operazione della quale non può essere formulata la sua indicazione. Anche da ciò mi convinsi che i chirurghi inglesi non ripetono una operazione per la sola ragione che fu da altri praticata, e mi persuasi anche meglio che gli Ospedali di Londra sono il vero tempio di Esculapio dove si custodisce gelosamente la tradizione e dove il nuovo non entra, se non quando abbia avuto una solenne sanzione da una lunga e matura esperienza.

Vi è un'altra gastrotomia che si chiama di saggio o di esperimento, ed è quella che si pratica dagli ovariotomisti per la sola ragione di completare la indicazione dell'*ovariotomia*. Di questa io non vi parlerei, se non si ritenesse da molti chirurghi come operazione assolutamente innocente. Tale infatti vien giudicata dallo Spencer Wells, dal Peruzzi e dalla più parte degli ovariotomisti. Ma avendo io fatti contrari tanto miei propri quanto altrui, non credo del tutto inutile che ancora su di essa v'intrattenga per poco, sfidando così la vostra pazienza a leggermi.

Vi è noto il fatto che mi avvenne e non occorre che io vi ripeta, che, per uno sbaglio di diagnosi, praticai la gastro-

tomia, che invece di una cisti trovai un fibroma; lo punsi in tre luoghi; desistetti da ogni ulteriore atto operativo; riunii la ferita con punti di sutura; la malata morì di peritonite dopo 15 giorni.

Il secondo fatto avvenne nella clinica del Professor Baccelli. Una malata di 40 anni aveva un vasto tumore nel ventre. Per differenza di diagnosi fu praticata la gastrotomia con incisione piccolissima, due pollici; morte al 10° giorno. Il terzo caso accadde in Londra allo stesso Spencer Wells, il quale in un caso di cistovario multiloculare e aderente in inferma molto indebolita, eseguì la gastrotomia di sperimento; morte dopo 20 ore: Petroselli ed io assistemmo all'autopsia. La 4ª gastrotomia fu praticata dal Richet a Parigi me presente. Tumore cistovario composto con vaste aderenze, gastrotomia di saggio, morte dopo pochi giorni. Nè tutte felicissime, sono state le gastrotomie di sperimento eseguite dal Baker Brown ed in America.

Questi casi mi hanno fatto meritamente riflettere, che possa essersi preso un'equivoco circa la pratica della gastrotomia di saggio. Mi spiego: o si fa questa operazione incidendo semplicemente le pareti del bassoventre e giungendo fino al tumore per pungerlo ed esaminarlo nel tratto della incisione soltanto; ed allora comprendo che possa essere nella maggior parte dei casi un'operazione innocente, ed aggiungerei anche inutile. Ma se la gastrotomia è fatta per acquistare un criterio definitivo e sicuro tanto sulla natura del tumore, quanto sui rapporti che esso ha con gli altri visceri, ed allora oltre all'incisione è necessario introdurre le mani tra il tumore ed il peritoneo per conoscere l'estensione delle aderenze, la resistenza del tumore stesso e le condizioni del peduncolo. Se la cosa è come io la penso, nè mi pare che possa essere altrimenti, come si può ammettere che la gastrotomia in questo caso sia operazione innocente, mentre è canone della medicina legale che la sola penetrazione delle ferite del bassoventre possa produrre la morte!

Ma basta su questo argomento e dobbiamo augurarci che la diagnosi dei tumori ovarici divenga tanto sicura, da liberarci dalla dolorosa necessità di ricorrere a questa operazione preventiva.

E qui finirei il mio racconto; ma il desiderio di esporvi ancora più completamente che mi fosse possibile le impressioni, che lasciò nella mia mente l'esercizio chirurgico negli ospedali di Oltremanica, mi muove a richiamare la vostra attenzione sopra alcune altre operazioni, che colà vengono più frequentemente praticate.

E continuando a parlarvi di quelle dell'utero, io vi terrò discorso principalmente dell'*isterotomia*, la quale consiste in una o più incisioni che si praticano ora superficialmente ora profondamente in uno od in ambedue gli orifici del condotto uterino. Questa denominazione forse non vi parrà esatta, siccome è sembrato anche a me, ma l'uso è invalso e con tal nome oggi viene registrata nei libri dell'arte. Convien però distinguere questa operazione dalla resezione del collo dell'utero e dalla sua totale ablazione.

Innanzi di entrare a parlare della prima, permettetemi che dica poche parole sulla seconda, poichè per la terza io mi rapporto completamente a quanto vi ho accennato sulla *gastrotomia* per l'estirpazione dei fibromi e di altri tumori addominali.

La resezione del collo uterino è buona ed utile operazione, di che ho avuto dai chirurghi inglesi favorevoli notizie e dalla quale, per mio conto, ho ottenuto ottimi risultati; talchè sono indotto a credere che questa operazione rimarrà nella pratica chirurgica.

Come vi è noto, essa fu immaginata dallo Huguier contro l'allungamento ipertrofico del collo dell'utero simulante un prolasso uterino e produttore tutti gli effetti morbosi del vero prolasso. In Inghilterra poi viene essa praticata anche contro la conicità

esagerata del collo uterino, ritenuta eziandio dal Lisfranc come causa di sterilità.

La scoperta dell'*écrasseur* fu considerata come un'avvenimento fortunato per eseguire siffatta operazione al coperto di ogni accidente primitivo, ma l'esperienza successiva ha fatto conoscere, che questo mirabile strumento, mentre salva dalla emorragia, produce nella generalità dei casi, la ristrettezza del condotto uterino nella parte superstite all'azione della catena. Ed in prova di ciò vi adduco due esempi che occorsero nella mia pratica.

Eseguii su di una tale Angelica di anni 40 stiratrice la resezione del collo uterino, che essendo allungato ed ipertrofico le arrecava, come accade nel vero prolasso, eccessivi dolori e incomodi svariatiissimi da dover rinunciare all'esercizio del suo mestiere. In conseguenza di tale operazione tornò dopo due mesi al lavoro e vi continuò per due anni; al finire dei quali le mestruazioni, che si mantennero sempre regolari, incominciarono ad essere scarse e dolorose, e finirono per cessare completamente, ricorrendo nelle epoche mestruali dolori così insopportabili da obbligarla a guardare il letto.

Visitata nuovamente l'inferma trovai un tumore, che, dalla fossa iliaca sinistra, si estendeva verso la regione dell'utero e scendeva tra la vagina e l'intestino retto; l'orificio uterino non si vedeva affatto. Pensai che il sangue mestruo avesse disteso l'utero e che poi rifluendo per la tuba falloppiana avesse dato luogo alla formazione dell'ematocele periuterino. Feci un'incisione nella direzione dell'orificio uterino e la dilatai a destra ed a sinistra servendomi del cistotomo doppio del Dupuytren. Fluì una grande quantità di sangue nerissimo, che continuò per molti giorni: il tumore quindi s'impiccolì gradatamente e la malata, ristabilitasi perfettamente, ritornò alla sua occupazione; ed ora non ha altro incomodo tranne quello di dover essere sondata di tempo in tempo.

In altra malata consimile applicai pure l'*écrasseur* ed ebbi presso a poco i medesimi inconvenienti.

Dopo questi due casi non ho avuto altra occasione di praticare simile operazione. Ma posso narrarvi che appresi dal Greenalgh come questa operazione a Londra si pratici spesse volte giovandosi delle forbici a preferenza della legatura per ovviare precisamente al consecutivo restringimento del canale uterino, il quale con tal metodo raramente si verifica. Egli ebbe la gentilezza di mostrare al Petroselli ed a me la sua robusta forbice praticando l'operazione suddetta sopra un cono fatto da più doppi di pelle di dante. Ci narrò pure come avendola più volte ripetuta non avesse avuto mai a deplorare alcun grave accidente o di averne anzi ottenuto risultati soddisfacentissimi.

L'isterotomia a Londra è usata frequentemente sia contro l'atresia sia contro la strettezza congenita ed acquisita del condotto uterino. Io però sono indotto a credere, che questa operazione sia stata praticata da molti chirurghi anche prima che gl'Inglesi vi richiamassero in modo particolare l'attenzione e la riducessero a metodo regolare. Nè intendo già di quella incisione che si pratica sul collo uterino nell'atto del parto nei casi, in cui il collo non cede alla contrazione dell'utero, ma parlo di quei stringimenti prodotti da tessuto cicatriziale per ragione qualunque. Ed a proposito vi narro il caso seguente occorsomi molti anni indietro.

Il distinto D. Polverosi otto anni or sono desiderò che io visitassi una nobile signora di Fuligno, la quale in seguito di parto laboriosissimo non ebbe più regolarmente i suoi catameni, ma soffriva di tali dolori da metterlo in seri pensieri. Si riscontrò l'atresia dell'orificio uterino e si osservò un pertugio capillare a sinistra presso il margine dell'utero; di modo che si stabilì di fare un'incisione, che partendo dal forcellino accennato, giungesse fino al centro dell'utero, e di là penetrare entro la cavità uterina, incidendo a destra ed a sinistra secondo il bisogno. Così si fece, e con un uretrotomo

che tagliava dall'innanzi all'indietro fu sbrigliato da me a destra ed a sinistra anche l'orificio cervico-uterino che era ristrettissimo: nè mi rimasi a questo, e dopo tre giorni riescendo per i tagli fatti ad introdurre il cistotomo del Dupuytren, ne ampliai le incisioni. La cura consecutiva per mantenere la necessaria dilatazione degli orifici uterini fu completata dallo stesso Polverosi, che usò a preferenza il nitrato di argento: la malata gode tuttora della più florida salute, senza avere mai più sofferto del minimo fastidio in nessuna epoca mestruale.

Dopo un'anno praticai la stessa operazione per uno stringimento dell'orificio utero-vaginale sulla Signora della Seta giovane dell'età di 25 anni, e più tardi sopra una Signora inglese maritata ad un Russo.

Da quanto vi ho fin qui narrato voi vedete, che prima che questa operazione giungesse fra noi dal Regno Unito e dall'America io l'aveva già praticata e chi sa quanti altri chirurghi come me. Ma conviene essere giusti nello assegnare il vero valore pratico, rinchiuso nel più ampio concetto di tale operazione; e per me confesso che la eseguii soltanto per l'indicazione anatomica e non sotto quel vasto concetto con cui è stata proposta dai chirurghi Americani ed Inglesi, i quali soprattutto la praticano contro l'amenorrea, la dismenorrea e la sterilità; in quei casi infine, in cui le gravi sofferenze indicano una condizione patologica del condotto uterino. Insomma la differenza stà in questo, che io seguendo i dettami della pratica traeva consiglio dal fatto, che mi cadeva sotto gli occhi, e limitai a quelle le mie osservazioni; mentre gli altri sollevando la questione al campo speculativo pensarono, che tale operazione potesse convenire anche nei casi, in cui non era possibile scrutare con gli occhi la supposta lesione, e il fatto rispose all'idea.

Ed ora tornando all'argomento debbo dichiararvi, che io non posso ammettere col Sims, che la dismenorrea sia sempre l'espressione sintomatica di un'ostacolo meccanico, cioè a dire

ostruzione, incurvazione, estrema piccolezza del collo, de' suoi orifici e del suo canale ec. Vi è una dismenorrea puramente spasmodica, dismenorrea nervosa, che riconosce per causa una contrazione spasmodica del condotto uterino e principalmente dell'orificio interno, della quale la medicina trionfa coi suoi rimedi.

Non dovete dunque maravigliarvi di apprendere, che l'*isterotomia* contro la dismenorrea ostruttiva, venga praticata in Inghilterra frequentissime volte. Questa operazione viene eseguita in diversi modi a seconda dell'istrumento che viene messo in opera; e non sarà del tutto inutile, che io spenda una parola sui diversi strumenti finora immaginati.

Il Sympson per il primo inventò un'isterotomo, il quale è costituito da una lama strettissima nascosta in una guaina, avente tre o quattro centimetri di lunghezza nella sua porzione tagliente, e munita nel corpo di un rilievo, per determinare il limite della sua penetrazione nel collo uterino; è una specie di bisturi nascosto, che pel suo meccanismo ha molta analogia col litotomo di frate Cosimo. Con questo istrumento il collo uterino viene sbrigliato nei due lati a due riprese.

Il secondo isterotomo venne immaginato dal Greenhalgh e fabbricato dal Weiss; istrumento rimarchevolissimo per la sua ingegnosa costruzione e per la nettezza e regolarità del suo taglio. La parte terminale dell'istrumento, lunga da tre a quattro centimetri, contiene due lame nascoste, una a dritta l'altra a sinistra, presentando il loro tagliente all'infuori. Per mezzo di un meccanismo queste lame vengono messe in moto ed escono dalla guaina col loro tagliente riguardante ciascuna la parete corrispondente del canale uterino; tirando lo strumento in basso, il collo uterino viene inciso con profondità crescente dall'alto al basso. Lo Charrière ed il Matthieu hanno modificato questo strumento, pel solo scopo di presentarlo agli acquirenti ad un prezzo meno elevato.

Il Sims ed il Barns si servano delle forbici lunghe, robuste e curve sul piatto, con le quali incidono ambedue i lati

dell'orificio uterino, completando poi l'ineguaglianza dell'incisione fatta dalle forbici nell'orificio utero-cervicale con un tenotomo sottilissimo.

In Francia il Nonat pratica l'isterotomia con un bisturi a lama strettissima, ed il Curty finalmente, col mezzo dello speculum, introduce nell'utero una sonda scanalata ad asta lunga; sulla solcatura fa scorrere un bisturi col quale, dopo aver ritirata la sonda, incide a destra ed a sinistra il canale uterino, secondo il bisogno.

Questi processi di *isterotomia* hanno tutti, senza dubbio, il loro valore; ma dovendone far la scelta ho adoperato dapprima il cistotomo del Dupuytren, e poi l'istrumento del Greenalgh, col quale l'operazione riesce veramente semplicissima. Questi due istrumenti convengono soprattutto se si tratta di sbrigliare la parte superiore del condotto, specialmente l'orificio cervico-uterino. L'uso del bisturi è certamente eccellente, poichè ogni strumento, che in una data operazione abbia dopo d'esser guidato con intelligenza per produrre il suo effetto, deve essere bene accolto da ogni abile chirurgo; ma d'altronde il bisturi esige una destrezza ed una precisione non comune a tutti i chirurghi, poichè in un viscere come l'utero, situato ad una certa profondità, si può essere tratti in inganno circa la esattezza della incisione, e tanto più se ambedue gli orifici debbono essere incisi; onde io ho preferito l'isterotomo del Greenalgh nell'orificio cervico-uterino, e mi son servito delle forbici del Sims e del Barns per l'altro orificio.

Fatto lo sbrigliamento, accadde qualche volta di dover combattere l'emorragia, la quale viene facilmente frenata col percloruro di ferro secondo il Sims, o con un tampone di spongiopilin secondo il Greenalgh, il quale disse di aver praticato oltre 400 volte tale operazione, sempre con felice risultato, e senza che essa fosse seguita da gravi accidenti siano primitivi siano consecutivi.

Ma il benessere indotto dalla operazione non sarebbe duraturo, se non venisse mantenuto dilatato lo spazio prodotto

dalle incisioni; e per ottener questo è necessario d'introdurre nel condotto uterino un qualche corpo estraneo, la sonda uterina, le sonde coniche graduate, il tubo di osso pertuggiato del Greenalgh, i tubi di zinco e rame del Sympson, la cannula di piombo del Coglaw ec. ec. Io mi son valso più volte e con successo del nitrato di argento.

Alcuni chirurghi sono di avviso, che il metodo della dilatazione meccanica debba essere il trattamento iniziale di ogni restringimento del canale uterino, a preferenza dell'incisione, ma i risultati clinici depongono in favore dell'ultima.

L'*isterotomia* fu accolta in Francia ed in Italia con qualche riserva per il timore un poco esagerato della emorragia consecutiva, e per l'abituale resistenza opposta dalle malate. Tuttavia sono già molte le operazioni eseguite in ambedue i paesi, e convien confessare, che il concetto dell'operazione stessa trova appoggio anche presso i medici, in quei casi in cui il restringimento dell'utero induce i fenomeni della dismenorrea ostruttiva e la sterilità, e soprattutto quando riesci infruttuoso ogni altro metodo di cura.

Prima di finire, permettete che io rettifichi una inesattezza incorsa nella storia della *ovariotomia* e fattami rilevare dalla cortesia del Dottor Blasi, il quale di più ha voluto darmi il fascicolo di Gennajo del corrente anno del *The British and foreign medico-chirurgical review* etc. nel qual fascicolo si legge a pagina 9 quanto siegue. « Il primo tentativo di « *ovariotomia* a Londra fu fatto dal Dottor Augusto Bozzi « Granville, italiano di nascita, il quale dopo aver preso il « grado di Dottore si stabilì a Londra dove egli vive ancora.

« Il Signor Brodie, in seguito sir Benjamin, Heate, Ear-
« le ecc. assistevano all'operazione. Dopo che l'addome fu com-
« pletamente aperto si riconobbe che il tumore era aderente
« alle pareti addominali ed a qualche ripiegatura dell'intesti-
« no. Fu dunque deciso di non andare innanzi e fu riunita
« l'incisione lunga 7 pollici. »

« Il Dottor Granville operò una seconda malata il 21
« Marzo 1827, togliendo un tumore del peso presso a poco
« di 8 libbre e grosso come una testa di adulto, mediante una
« incisione di 9 pollici. La malata morì il terzo giorno di
« sfinimento, cagionato da un salasso praticato per soverchio
« zelo di un'assistente. »

Cosicchè possiamo ripetere non senza qualche compiacenza, che l'*ovariotomia* fu praticata per la prima volta nel continente Europeo e nella capitale della Gran Brettagna da due illustri chirurghi italiani, dall'Emiliani e dal Bozzi Granville.

Conservatemi la vostra stima e la vostra pregevole amicizia.



Lettera Sesta

Pregiatissimo Collega

Io confido, gentilissimo collega, che voi vorrete perdonarmi le molte parole, onde io amai ricordarvi le varie impressioni in me destate dall'esercizio dell'arte chirurgica negli Ospedali di Londra, e vorrete in conseguenza permettere che prima di giungere al termine, io vi parli ancora di varie altre operazioni, che colà si praticano frequentemente, contentandomi di accennarvi tutto ciò per sommi capi.

Laonde, proseguendo a parlarvi dell'apparato urinario, non posso a meno di rammentarvi la grande soddisfazione da me provata nell'osservare come la Litotripsia venga ivi esercitata in vasta proporzione. Nei grandi Ospedali io la vidi praticare pressochè da tutti i chirurghi primari fra i quali vi noterò il Fergusson, l'Erichsen, il Peget, lo Smith, l'Holms etc. etc.; anzi nell'Ospedale pei pietranti, chiamato Saint Peter's Hospital, mi ricordo di avere assistito a sei sedute di Litotripsia fatte l'una dopo l'altra in sei individui calcolosi.

I soggetti che sono prescelti a questa operazione sono quelli che hanno raggiunta la virilità e la vecchiezza, mentre nella prima età viene preferito il taglio, avendo l'esperienza dimostrato l'insuccesso di tale operazione in quell'età, ed il vantaggio positivo che se ne ritrae sopra tutto nell'età avanzata, in cui per contrario il taglio suole riescire quasi sempre pernicioso.

Quindi è che io giudico pregio di queste poche osservazioni segnalarvi il chirurgo, che meglio si distingue in simile specialità. È questi il D.^r Thompson che può dirsi veramente dotato di una abilità eccezionale, come attestano tutti i suoi contemporanei. Il Thompson colla positività dei suoi splendidi risultati faceva riscontro agli insuccessi di qualche abile specialista, di guisa che la Litotripsia praticata sul Re dei Belgi, come voi rammenterete, veniva condotta a buon termine dal Thompson stesso.

Ora mi passerò dal particolareggiare il modo e gli strumenti che si usano in Inghilterra per tale operazione, e vi dirò soltanto, che tutti a seconda dei diversi casi possono trovare il loro posto. Il caso speciale è quello che forma la regola di applicazione.

Pertanto l'estrazione immediata è infrequente, come infrequenti sono le iniezioni fatte in precedenza all'atto operativo collo scopo di distendere la vescica, la quale si fa invece distendere mediante l'urina, che il malato deve ritenere per qualche tempo innanzi l'operazione. Dalla infrequenza della estrazione immediata consegue, che i calcoli debbono venire emessi dal canale dell'uretra mediante il solo impulso dell'onda urinosa; donde la necessità assoluta di una minuta triturazione per ovviare al pericolo, che i frammenti si arrestino lungo il canale. Il quale accidente, potendo essere causa di tristissimi effetti, stabilisce il fatto il più culminante del metodo in questione ed ha dato origine in Londra a due modificazioni. La prima è relativa agli strumenti di triturazione in cui le morse (cucchiaja) riducono il frammento in minime porzioni senza ritenerlo, e questo strumento porta il nome del suo inventore Thompson. La seconda poi consiste nell'avere immaginata una sciringa di grande calibro, che termina in un'apertura a forma di becco di flauto allungato e viene introdotto nella vescica con un mandarino d'osso di balena. Al manubrio di questa sciringa è adattata un'ampolla di vetro con restringimento finale su cui viene a congiungersi una bolla elastica di molta

forza, la quale è ripiena di liquido. Una forte pressione di questa bolla spinge il liquido nella vescica, ed il successivo distendersi, per la elasticità sua propria, attrae nuovamente il liquido e con esso anche i frammenti, che possono attraversare l'estremità pervia della sonda metallica. Questa specie di pompa così ingegnosa deve al Clower, che la chiama col suo nome.

Però comunque ingegnosa, non in tutti i casi riesce utilissima, come ebbe osservato il Thompson, il quale notò che talune volte l'ispirazione del liquido avviene sì fortemente, da soffrirne anche le pareti vescicali. Nè basta; che vi ha dei casi nei quali qualche frammento introdottosi in cattiva direzione nel canale della sonda può rimanere fuori di essa in parte, e colla sua punta ferire le pareti dell'uretra e del collo vescicale; e comunque s'introduca il mandarino nella sciringa all'effetto di spostare il frammento, ciò non si consegue senza una qualche scossa più o meno forte. Per la qual cosa i chirurghi inglesi pongono grande attenzione a simili conseguenze, che producono talvolta febbre intensa, disturbano il buon andamento dell'operazione e si fanno causa di successive infiltrazioni urinose. In conseguenza di che preferiscono in genere di praticare una minuta triturazione del calcolo vescicale, lasciando alle forze naturali della vescica, ove di esse non sia difetto, la cura di espellere i frammenti.

Che se la necessità li costringe ad adoprare l'estrazione immediata, allora viene eseguita, come vidi usare dallo Smith, spezzando primieramente il calcolo coll'istrumento di attacco come si fa d'ordinario, estraendo poi con piccoli strumenti terminati a cucchiaja i minuti frammenti, di maniera che ad ogni introduzione dell'istrumento segue l'estrazione di un frammento, ed in ciò fare pongono grande cura perchè l'operazione riesca veramente incruenta.

Insomma tranne poche eccezioni relative o all'età del paziente o alle condizioni speciali della vescica e soprattutto alla sua irritabilità, l'operazione della Litotripsia è condotta

con molta arte e con profondo studio. Ed è di grande conforto per l'umanità e di sommo interesse per la scienza, se si pensi, che la pratica della Litotripsia, accettata dapprima nella capitale del Regno Unito con freddezza e sperimentata con esitazione, vi fece poi così splendidamente le sue prove, da lasciare indietro tutti gli altri paesi del continente Europeo.

Che se tanto si può dire della Litotripsia, non occorre egualmente di parlare della Uretrotomia. Questa ad onta degli studi del connazionale Syme e di quelli della vicina Francia, non attecchì che in via di eccezione presso i chirurghi inglesi, i quali stan fermi invece alla dilatazione, persuasi del suo perfezionamento, e che ove essa sia abilmente adoprata a seconda dei casi, possa riuscire a trionfare dei restringimenti uretrali. E sù questo argomento io non mi soffermerò più oltre, avendo in mente di pubblicare, quanto mi riuscirà possibile, alcuni miei studi in proposito.

Passerò invece a parlarvi di un'altro genere di operazioni che ho veduto praticare assai frequentemente negli ospedali di Londra; m'intendo dire della resezione delle ossa sia nella loro continuità che nella contiguità.

È indubitato, che lo indirizzo di siffatta pratica sorto nella Gran Brettagna, si diffuse poi così rapidamente per ogni dove, che si può con franchezza asserire, non esservi oggi chirurgo, il quale con qualche caso interessante non abbia recato il suo contingente su l'argomento delle resezioni.

Durante la mia dimora in Londra ebbi luogo di osservare più volte la resezione del cubito, della mano e del piede. E quì gioverà di ben determinare, che si deve propriamente intendere con ciò la resezione delle ossa, che formano l'articolazione e non già il loro sequestro o la resezione di un'osso solo, nel quale ultimo caso non dovrebbe dirsi resezione del ginocchio, del piede etc. ma dovrebbe chiamarsi col nome dell'osso resecato, o d'aggiungervi almeno l'appellativo di *parziale*.

E tutto questo vi dico, perchè mi accadde di leggere in un giornale italiano, come la resezione dei condili del femore venisse impropriamente appellata resezione del ginocchio.

Ed a proposito di resezione del ginocchio non vi tacerò, che questa operazione si pratica spesso non solo negli adulti ma anche nei bambini, nei quali, sebbene le epifisi non proseguono nel loro regolare sviluppo, la diafisi invece si allunga tanto, da imprimere all'arto una forma alquanto conica e pressochè regolare, da rendere soddisfatti del risultato. Ho assistito a due di questi casi operati dal Lee, ed in ambedue venne tolta la rotula, poichè lasciandola si è trovata qualche volta necrosata. Il Vanzetti in Italia colla eloquenza dei fatti ha sanzionato solennemente siffatte verità.

Ho assistito anche due volte alla disarticolazione del ginocchio, che ho veduto guarire quasi per prima intenzione, e vi confesso che mi è sembrata un'ottima operazione e da preferirsi possibilmente all'amputazione della coscia. La statistica a Londra rivela 13 morti sopra 42 operati.

Tornando alle resezioni io debbo aggiungere, che una delle operazioni che mi riesci nuova fù l'ablazione completa dell'astragalo malato. Vi sono è vero molte storie di lussazioni dell'astragalo seguite da ablazione di quest'osso, ma sono tutti casi, in cui la violenza esterna avendo isolato l'astragalo dai suoi rapporti colle ossa e coi legamenti, rendeva molto agevole al chirurgo il modo di completare l'operazione.

Ben ardua però e malagevole cosa è togliere quest'osso situato così profondamente nell'articolazione del piede, e mantenuto nei suoi rapporti da fortissimi legamenti. Questa operazione, che ho veduto praticare in Londra per malattia dell'astragalo, non è mai occorsa nella mia pratica, nè rammento di averla altre volte veduta eseguire. Sembra che in Inghilterra sia stata praticata altre quattro volte e sempre con buon risultato, poichè il piede quasi per nulla raccorciato offriva un'utile e valido appoggio all'arto. A me pare, collega dottissimo, che a tale operazione debba accordarsi un giusto fa-

vore, e giova sperare che confortata dall'esperienza acquisterà in avvenire maggiore sviluppo.

Ma se a ragione, ogni ospedale di Londra può considerarsi siccome vastissimo campo di medicina operatoria, l'ospedale oftalmico la vince su tutti, sia pel grande numero di malati ambulantî che vi affluisce, sia per le numerose operazioni che vi vengono praticate.

In quest'ospedale ha luogo una consultazione giornaliera di due a trecento persone, e vi prestano l'opera loro quattro chirurghi primari ed altrettanti assistenti, i quali dalle 9 ant. all'1½ pom. visitano tutti i malati, ed eseguisciono quante operazioni si credono necessarie.

Ed ora essendo mio intendimento di ripetervi quello che mi sembrò degno di peculiare osservazione, io vi accennerò con qual potenza di mezzi quivi si proceda allo studio delle malattie degli occhi.

In una grande camera oscura ardono continuamente quattro lumi a gas con idonei scompartimenti per le osservazioni oftalmoscopiche endoculari, sicchè ognuno può osservare comodamente il suo malato senza bisogno di disturbare il vicino. Una copia abbondante di lenti d'ogni forma e d'ogni grado serve allo studio delle malattie di refrazione (astigmatismo, astenopia etc.). Le piccole operazioni si praticano là per là sul luogo della consultazione; le altre han luogo dopo il fine della consultazione nella camera operatoria, l'oculista a cui si diresse il malato è il chirurgo operante.

Gli oculisti addetti a tale ospedale sono Dixon, Bowman, Critchett, Couper, Lowson. Essi operano di frequente l'un dopo l'altro, spesso in un medesimo giorno, e si prestano tra loro scambievolmente assistenza.

Assai più cose vi avrei a notare sulle particolarità che distinguono l'esercizio oftalmojatrico di Londra da quello di altri paesi; ma riassumendo vi dirò soltanto, che quivi osservai

molta parsimonia dal lato operativo, sì che non ebbi a deplo-
rare quello sconcio che si rinviene altrove, in che gli specia-
listi trasmodando l'indicazione operativa, si fanno a rintrac-
ciare dovunque glaucomi, pressioni endoculari, iriditi plastiche
e che so io; di modo che eccovi iridectomie e punzioni fuor
di misura, le quali vi lasceranno ben poche pupille nella loro
integrità. Non così però avviene in Londra ove la iridectomia
viene praticata dietro esattissime indicazioni, ed anzi posso
affermarvi di certa scienza di non averla veduta eseguire, che
due volte per glaucoma acuto fra una moltitudine immensa
di malati.

In egual modo occorre della paracentesi, la quale dai chi-
rurghi inglesi viene usata in via d'eccezione, atteso che si
pensi da essi, che la malattia possa anche guarire senza il vuotamento dell'umor acqueo: opinione nella quale io non con-
vengo completamente, ed ho potuto in qualche occasione dimo-
strare tanto al Couper come al Lowson, che vi hanno dei casi
in cui il vuotamento dell'umore acqueo riesce di reale van-
taggio. È indubitato per altro che altrove in genere si abusa
di tale operazione, specialmente da coloro che fan professione
di specialisti.

Per ciò che riguarda la cataratta osservai, che mentre
l'estrazione si eseguisce con tutti i metodi sia il classico, sia
il lineare, sia l'aspirazione mediante una pompa etc.; la che-
ratotomia superiore viene preferita nel maggior numero dei
casi, e si presceglie di operare nella posizione orizzontale.

In Londra fin dal 1862 tenuto conto delle idee di Spe-
rino di Torino, di estrarre cioè tutto l'apparato cristallino
(capsula e lente) mediante la pressione, il Critchett si provò
a far la stessa cosa mediante un cucchiarino, e ne ho veduta
una serie completa nelle buste a cataratta. Di poi osservando
il Critchett che dall'introduzione ripetuta degli strumenti nel-
l'interno dell'occhio ne seguivano assai spesso iriditi od atresie
pupillari, abbandonò tale metodo di estrazione, che da tre anni
ebbe colà fatto il suo compito.

Nel 1866 il Castorani di Napoli di passaggio in Roma mi mostrò il suo metodo che era quello stesso di Critchett, a meno del taglio che era il lineare. Nell'anno susseguente praticai più volte questo metodo, e lo mostrai ai giovani che in buon numero assistono sempre alle operazioni oculistiche da me praticate nello stabilimento oftalmojatrìco Torlonia; ma dopo che i risultati ottenuti riescirono meno felici del metodo classico, io l'ho ritenuto per servirmene soltanto in casi speciali. Fui maravigliato nello scorso anno, quando per mezzo della stampa si fece ammirazione e si dette per nuova nel nostro paese merce siffatta. Eppure non si trattava che della estrazione dello Sperino, praticata veramente dal Critchett, ripetuta in Napoli dal Castorani ed in Roma da me. Di guisa tale che il Gioppi avrebbe il merito di aver reso noto al mondo scientifico questo metodo, e di averne modificato gli strumenti per meglio servirsene. Che se si volesse ritenere come modificazione essenziale il non fare contemporaneamente l'iridectomia, risponderei, che nel metodo lineare l'iridectomia non costituisce una condizione *sine qua non* del metodo, ma invece viene eseguita secondo la particolarità dei casi. Anzi dirò di più che la iridectomia nel metodo lineare si fa soltanto per facilitare in certi casi l'uscita del cristallino usando la pressione, e si rende perciò superflua quando il cristallino viene estratto invece col cucchiajo. E valga tutto questo a rendere un poco più esatta la storia dei fatti. Dopo di che proseguirò ad accennarvi che in Londra è frequentissima la incisione dei condottini lacrimali, ma con diverso scopo.

L'enucleazione del bulbo dell'occhio si eseguisce molto frequentemente per timore dell'oftalmia consensuale. Il modo facile con cui i dolori di un'occhio possono propagarsi all'altro impone grandemente ai chirurghi inglesi: fatto al quale non viene accordato il medesimo valore dai chirurghi delle altre nazioni. Ed io non verrò qui divisando a chi si debba meglio prestare attenzione; ma non lascerò di notarvi, che per mio conto ho verificato bene spesso anche in Roma questo infausto

avvenimento. Nondimeno presso di noi domina un fatale pregiudizio quasi in tutte le classi, e se la proposta di un'operazione qualunque agli occhi viene accolta spessissimo con ripugnanza, l'enucleazione poi incute spavento nei malati, ed anzi debbo aggiungervi, che più di una volta essa ha destato la facile ilarità in qualche nostro collega, cui l'infermo ebbe ripetuta la proposta suggeritagli. Potrebbe forse nascere questione se la enucleazione sia o no preferibile al vuotamento. Ma la risposta mi sembra chiara: la enucleazione guarisce in otto giorni, e questa sarà di preferenza praticata a Londra e nei paesi in cui per la necessità del lavoro si fa tesoro del tempo. Il vuotamento poi troverà più facilmente la sua indicazione là dove in mezzo ad ubertosa abbondanza il *dolce far niente* permette una lunga e continuata cura.

E prima di finire io voglio aggiungere alle cose anzidette alcuni tratti caratteristici, che distinguono la organizzazione degli studi medici in Londra. Essi anche sotto questo rapporto esprimono lo spirito tenace, perseverante e indipendente del popolo inglese.

L'insegnamento non è ristretto nella cerchia delle scuole ufficiali, ma esso appartiene a tutti come a tutti appartiene la libertà di esercizio. Per tradizionale costumanza in Inghilterra non vi è duopo di gradi accademici, nè di autorizzazione governativa. Colui che sente di potere insegnare fa scuola; ed esercita l'arte quegli che si crede abile a tale esercizio.

Però nel 1859 vi è stato introdotto un'esercizio ufficiale regolato da una legge, che diede origine ad un Consiglio superiore e ad un Registro permanente. Il consiglio è costituito da alcune notabilità tolte dalle diverse Corporazioni ed Università dello stato. Il Registro tiene conto di tutti coloro che hanno un diploma rilasciato da qualunque Corporazione riconosciuta dal Consiglio. Il titolo di medico e chirurgo ufficiale non può essere conseguito che da quelli iscritti su tale Registro, senza di che è permesso l'esercizio, ma non si ha diritto al titolo.

I titoli sono di tre specie cioè medici, chirurghi e farmacisti e vengono rilasciati da tre diverse Corporazioni che sono per i medici, il *Royal College phisicians*, per i chirurghi, il *Royal College of Surgeons*, per i farmacisti, la *Society of Apothecaries*.

In ciascuno dei grandi ospedali poi vi ha un insegnamento completo medico-chirurgico. I giovani vanno da uno all'altro ospedale e compiono a loro talento il corso dove credono maggiore l'abilità degli insegnanti. Questi giovani fanno domanda di seguire l'insegnamento e pagano un certo numero di lire sterline annue per essere annoverati nell'albo degli studenti; e questo accorda loro il diritto di rimanere l'intera giornata a studiare tanto nelle corsie che nel Museo. Essi mediante un concorso possono essere poi ricevuti siccome interni, nel qual posto continuano per un'anno e qualche volta anche per un biennio, ed hanno il vitto e la camera con tutto l'occorrente. Il numero degli interni chirurghi è doppio degli interni medici, ed hanno tutti una provvisione annua di cinquanta Lire Sterline circa.

Vi sono primari da tre a cinque per ogni ospedale secondo il numero dei malati. Ogni primario ha uno o due sotto-primari i quali non dipendono già dal primario, ma sono così denominati e per titolo di anzianità e perchè ognuno di essi assiste nelle operazioni il primario e viceversa. In generale però allorchè è giornata di operazione quasi tutti i primari accedono nella sala operatoria e si consigliano reciprocamente.

Fra i primari vengono scelti i professori insegnanti, i quali ricevono tale onorifica distinzione dal consenso unanime dei loro colleghi; sicchè non accade quello sconcio, che altrove si osserva, di vedere professori insegnare talune volte una materia non bene posseduta o totalmente nuova per essi. I professori vengono remunerati colle quote pagate dai diversi studenti. La elezione dei primari poi viene fatta dalla Società dello spedale, che ha cura di esercitare la

più ampla giustizia, facendo cadere la scelta sopra il più meritevole.

Non vi sono gradi accademici nè esami per esercitare come dissi la professione, ma questi gradi compreso il dottorato vengono conferiti come prova di grande dottrina a persone di merito distinto: tali onori sono distribuiti da due Collegi, uno dei quali antichissimo e governativo, di cui fanno parte gli uomini più eminenti in ritiro dall'esercizio e si chiama *University London College*. Nell'altro Collegio viene conferito soltanto il diploma di Laurea a titolo di grande sapere. Il quale diploma viene anche distribuito dai Congressi scientifici; e nel 1868 il Congresso di Oxford conferì il diploma di Laurea dottorale al Peget.

Levatrici, nel senso che dai noi si intende, là sono ignote del tutto, nè vi ha scuola Ostetrica per esse. Non vi hanno che donne assistenti al parto, le quali non devono occuparsi che di portare le cure al bambino, ed attendere alle cose secondarie — Il solo chirurgo Ostetrico è quello che assiste al parto; ed in questo a me sembra che gl'inglesi abbiano continuata l'antica tradizione romana. Imperocchè si apprende da alcuni monumenti storici che si rinvennero negli antichi sepolcreti, *columbaria*, come accanto alle urne che contengono le ceneri d'alcuni grandi famiglie, riposino quelle dell'*Obstetricus* quasi a titolo di onore; nè mai viene fatta menzione della levatrice, la qual parola è di data molto posteriore.

E qui mi cade in acconcio di rammentare come, in un basso rilievo, che trovasi a ridosso della parete di un antico sepolcro, si vegga la puerpera nell'atto del parto occupare la posizione orizzontale: ragione per la quale, mi pare, che possa logicamente dedursi esser quella la posizione, nella quale la donna si faceva partorire; e la invenzione della sedia abbia seguito di poi per la non felice ispirazione di qualche novatore.

Dalla maniera facile colla quale ognuno può esercitare a suo talento l'arte salutare, vi parrebbe quasi conseguenza necessaria che i Cerretani dovessero trovare in Inghilterra un adito libero e franco alle loro ignobili speculazioni. Ma egli è invece tutt'altro. In quel paese freddamente e saggiamente calcolatore, la ragione delle cose ha sempre un giusto riscontro nelle proprie istituzioni. La libertà, che non mai trasmoda in licenza, mentre accorda a ciascuno il diritto di prescrivere, somministrare e vendere rimedi, provvede altresì, che, non segnalando mediante gradi accademici gli esercenti che pel conseguimento di que' gradi verrebbero imposti all'opinione pubblica, ognuno possa rinvenire più agevolmente l'esercente in proposito. Imperocchè l'opinione pubblica, che fondata sul consenso universale non può mai esser fonte di errore, avendo pronunciata la sua parola su coloro che sono atti di preferenza a curare le diverse malattie, ne segue che in ogni caso si rinviene la persona idonea e soltanto a quella si fa ricorso. Di questa guisa Asthley Cooper potè formare la sua colossale fortuna.

Un ultima considerazione ancora e quindi finisco.

Le pubblicazioni per mezzo della stampa sono men frequenti che altrove; ma portano costantemente l'impronta di una grande verità.

Le diffamazioni scientifiche, le ingiurie, gli astuti e segreti maneggi per nuocersi a vicenda vi sono sconosciuti. Si scrive non per la propria gloria ma per l'interesse della scienza, nè al desio dell'ambizione si sacrifica tutta la onestà del vero. Eppoi i loro scritti non consistono in un piccolo fatto, nè in una insignificante storia morbosa, ma sono il prodotto di mature e profonde osservazioni, che servono sempre a rischiarare qualche insoluto problema della scienza, e dureranno finchè il vero non cesserà di esser tale.

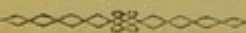
I voli della fantasia, la versatilità dell'ingegno, le facili innovazioni che non possono essere arra di verità, non fanno parte dei lavori medici.

Nè la speculazione mai compartecipa a siffatte pubblicazioni. Laddove s'impiegano grandi volumi, quivi bastano poche pagine; ed è tanta la sincerità colla quale si procede alla ricerca della verità, che il Greenhalgh nella sua pubblicazione sulla gastro-isterotomia, come voi rammenterete, narrò di otto casi che furono seguiti da otto morti. Qual prova maggior che non l'utile proprio, nè la propria ambizione guidò la penna di quest'autore?

A me pare che gli inglesi meglio d'ogni altro abbiano apprezzato il valore pratico della nota sentenza di Baglivi che « *medicina tota in observatione* » e che all'opposto della sentenza di Quintiliano « *scribunt ad judicandum non ad narrandum* ».

Ma mi par tempo che cessi da questo mio troppo lungo racconto. E se v' intrattenni di soverchio lodando le istituzioni, che regolano l'esercizio Chirurgico in Londra, non intesi con questo di biasimare le nostre, ma meglio mi ebbi in pensiero di rilevare, come possono riuscire di buono e di imitabile esempio fra noi i vantaggi, che risultano da una pratica vasta, sicura ed esercitata con grande onestà.

Che se nel mio dire peccai di poca avvedutezza nell'osservare, sorpassate vi prego a questo mio difetto e tenete a calcolo soltanto la mia sincerità nel riferire.



IMPRIMATUR

Fr. Marianus Spada Ord. Pred. S. P. A.
Magister

IMPRIMATUR

Joseph Angelini Archiep. Corinth.
Vicesgerens

