BIBLIOTECA LANCISIANA
R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MISCELL.
B 5
18

C. Dottor MAROCCO

SOPRA UN' ANOMALIA CONGENITA

dell' introito della vagina

Con Tavola

MILANO
Tipografia Fratelli Rechiedei
1886.

C. Dottor MAROCCO

SOPRA UN'ANOMALIA CONGENITA

dell'introito della vagina

Con Tavola

MILANO
Tipografia Fratelli Rechiedei

1886.

SOPRA UN' ANOMALIA CONGENITA

dell' introito della vagina

L' Illustrazione di un caso clinico, come quella di un preparato porta con sè di necessità la scrupolosa disamina in un terreno ben più largo di quello che a prima vista sembrerebbe necessario alla sua specificazione, a classificarlo a seconda delle sue note caratteristiche.

Nel più dei casi essa diventa un lavoro di controllo che molte volte come tale, nella ricerca delle analogie, delle somiglianze, nella rivista critica di opinioni ed ipotesi già emesse, nel contribuire nuovo materiale di osservazione coll'aggiunta del frutto delle proprie indagini, acciocchè ne scaturisca spontanea una conclusione più o meno decisa a seconda del piedestallo su cui si regge, guadagna un'importanza speciale e ben superiore a quella che non le venga per il semplice titolo di aver arricchito la letteratura di un fatto specie più o meno degno di nota. Infatti in ogni nuova ricerca si utilizzano i mezzi più recenti, si lavorano necessariamente terreni contigui, si possano raccogliere contributi di casuistica, sparsi, sfuggiti o male interpretati nel censimento letterario sempre assai difficile anche se fatto nelle condizioni più favorevoli.

Lo studio di questa anomalia di sviluppo si lega ad un altro argomento non senza importanza nel campo della Ginecologia pra-

tica, quello delle lacune vaginali accennate, per quanto io mi sappia, per la prima volta dal Breiscky e successivamente dal Winckel; e si fu appunto questa apparenza di stretta parentela che mi invogliò ad occuparmene.

Il vizio di conformazione nel dominio della vagina, per il quale noi andremo in cerca di una definizione, appartiene a quelle deviazioni della normale evoluzione dell'organo che solo l'analisi minuta di tutti i particolari può arrivare a concretarne l'essenza o condurre ad una ipotesi soddisfacente.

Anzitutto vediamo rapidamente quali vizi di conformazione si incontrano nella vagina e nella sua falda di confine, l'imene.

Sebbene Klebs (pag. 4755 Tratt. di Anat. Patolog.) affermi l'indipendenza della fusione, cioè della scomparsa del setto, del tratto uterino e del tratto vaginale nei riguardi embriologici, tuttavia il capitolo delle anomalie di sviluppo resta sempre assai complicato, sia dal lato anatomico, come dal lato clinico e a dimostrarlo basta correre l'interessantissimo capitolo delle atresie.

Il Breiscky nel pertrattare i vizi di conformazione della vagina (Trattato delle malattie muliebri Billroth e Lücke 1886) esclude quelle forme legate ed anomalie del retto e della vescica, nonchè quelle così pronunciate da non permettere alcun soccorso chirurgico. A me non giova punto una tale esclusione come non è del caso un'estesa esposizione su tal soggetto; ma sarà sufficiente allo scopo una rivista sommaria delle varie forme; e solo di quelle che presentano un'affinità decisa col nostro preparato, per quella parte che spetta alla casuistica, ci occuperemo in disteso.

Non è sempre dato dopo il più coscenzioso lavoro sia nello spoglio della letteratura, come nelle ricerche anatomiche istologiche ed indagini cliniche, di arrivare a conchiudere o di colpire nel giusto nel porre un'ipotesi; ad ogni modo base fondamentale di ogni ricerca deve essere la critica spassionata di quello che esiste e il procedere possibilmente senza prevenzioni nelle ricerche ulteriori.

La letteratura raccolta nell'ultimo libro del Winckel sopra le malattie delle donne, sia per esattezza, come per copia non lascia a desiderare di più; il Winckel ha completata quella riportata da Breiscky per sè accuratissima.

Dopo di aver speso non poco tempo a persuadermi che nel campo letterario non mi restava nulla o quasi nulla da mietere, mi decisi di valermi dell'ordine e della casuistica che si trova nel libro del Winckel, limitandomi ad accennare le fonti del materiale che potei raccogliere altrove.

Di mancanza totale dell'Imene abbiamo i casi del Tolberg, dell'Hartmann, del Blasius, del Lieutaud, del Roze.

Moltissimi sono i casi pubblicati di imene biforato e fra gli altri quelli del Calliger, del Goerning, del Veit, ecc.

Le osservazioni di un secondo imene nel tragitto superiore del tubo genitale sono parecchie, ma non attendibili poichè di un tempo in cui le cognizioni embriologiche erano assai limitate e quindi facili gli errori con altre forme legate a difetto di evoluzione o a processi patologici a cui va incontro il feto nell'utero materno.

Lo Scanzoni ebbe ad osservare una iperplasia dell'imene per la quale questo sporgeva fino a 3 centimetri al di fuori delle grandi labbra.

Non rari sono gli esemplari di imene a carena, a valvola. In alcuni casi senza causare lesione di sorta fu possibile per l'enorme sua distensibilità l'introduzione dello speculum di Cusco-Boiven-Dugés.

Il Lutska descrive un'imene fimbrato e il Roze una forma di imene a dentelli. L'Hilden descrive un'imene cribriforme.

La conformazione dell'apparecchio genitale esterno nei neonati è tale da permettere facilmente un esatto rilievo. Nella maternità di Praga diretta dal Prof. Breiscky ebbi occasione di ispezionare parecchie bambine da quattro a tredici giorni di età; ed è davvero interessante il rilevare come sieno frequenti le anomalie dell'imene, il quale si può dire si presenta in ogni individuo diverso sia per grandezza, sia per conformazione, sia nel modo e nel numero delle aperture. Frequentissimo è l'imene biforato e le due aperture sono ordinariamente disposte obliquamente; nei neonati l'osservai spesso non nello stesso piano per modo che mentre un foro si presenta come l'apertura di un imbuto rovescio, l'altro posto, sopra o sotto, ordinariamente verso uno dei lati, è nascosto da una piega o infossato.

Il Wachsmuth, il Chiari, il Tompson pubblicarono casi di anemia acuta da emorragia imenale per straordinaria ricchezza e rispettivo calibro dei vasi.

Sono noti casi di iperplasia connettivale ed anche muscolare dell'imene — Velpeau. — Come pure di distacchi dell'imene alla sua inserzione per la resistenza opposta dalla sua compage. — Budin-Reverdin-Veit. —

Le anomalie di struttura dell'imene hanno una importanza clinica non indifferente, poichè non rari casi di vaginismo le sono subordinati, così che trova la sua indicazione il trattamento chirurgico con ottimi risultati.

Assai ricca è la letteratura dell'atresia dell'imene.

Un caso non pubblicato, mi occorse nel tempo in cui ero secondario allo spedale di Vicenza in una ragazza di 17 anni nella quale si aveano prima dell'atto operativo accessi isterici e tendenze ninfomaniache manifestissime, sintomatologia che scomparve completamente dopo l'incisione.

Passiamo ora ai vizi di conformazione della vagina.

Troviamo i casi di Otto, di Maisonneuve, di Lakovitz, nei quali, in luogo del tubo genitale, si aveva un cordone fibroso risultante dalla anomala fusione dei canaliculi di Müller. In altri soggetti una parte dei canaliculi era riuscito a tubo, l'altra a nastro fibroso; la parte pervia d'ordinario stretta, si trovò sia nella porzione superiore a ridosso dell'utero, sia proprio all'introito – Kussmaul-Otto-Fürst. –

La porzione chiusa della vagina presentò, nei vari casi, dimensioni e resistenza diversa; lunghezza cospicua e compage fibrosa, oppure non era che sottile diaframma membranaceo simile ad un imene — Atresia Vaginae membranacea. —

Il Breiscky possiede una bella raccolta di Atresie vaginali laterali.

In questi casi anche nell'utero ordinariamente persiste il setto.

La metà uterina e la rispettiva vagina cui manca lo sbocco diventano la sede di tumori di retenzione, specialmente dopo lo stabilirsi dei catameni, così che mentre nel soggetto mensilmente si scaricano i menstrui dal lato pervio, questi si raccolgono dall'altro lato.

Un esemplare di tale anomalia non ancora pubblicato ebbi occasione di osservarlo nel riparto Ginecologico del Prof. Breiscky

e dietro gentile invito di esaminarlo prima dell' intervento chirurgico.

Di atresie laterali d'ambo i lati esiste un solo esempio nella letteratura descritto dal Néüdorfer.

Dupuytren, Samter, Rambotham, Rossignol, Ebert ed altri descrissero casi di assoluta mancanza della vagina nei quali non si rivelava traccia di cordone o nastro fibroso, ma in cui il setto vescico-rettale era così sottile da escludere l'esistenza di qualsiasi rudimento o residuo di canale genitale.

Nei riguardi della larghezza e della lunghezza della vagina si trovano descritti casi di stenori cospicua e di vagine infantili.

Ricchissima è la letteratura delle vagine doppie o divise colla contemporanea divisione del cavo uterino e si trovano descritte e riportate in buon numero nei libri del Breiscky e del Winckel.

Un caso di tal fatta, ma per note speciali unico, per quanto mi fu dato di investigare, lo trovai accennato negli annali dello Smidt. — Fascicolo 170. 1878. — Appartiene al dottor James Murfhy pubblicato nel *The British Medical Journal* 23 March 1878.

La poca fiducia che inspirava il cenno letto negli Annali dello Smidt, mi indussero a procacciarmi l'intera comunicazione del caso e che per la sua unicità credo opportuno di riportare per intero nei suoi punti salienti.

Il dottor Murfhy venne chiamato a consulto da una signora di 32 anni maritata da 7 anni e non mai gravida, per una cisti del labbro destro. All'esame riscontrò quanto segue:

« Da ciascuna delle piccole labbra, poco più in avanti della forcella si partiva un sepimento, il quale si portava in alto fino all'utero dividendo la vagina in due porzioni, *una anteriore e una posteriore;* il setto, che all'introito aveva lo spessore di un decimo di pollice, gradatamente si assottigliava verso l'alto e presentava nel suo contesto una stipata compage connettivale rivestita da epitelio pavimentoso — squamous epitelium — a grandi cellule come sono quelle peculiari per la vagina colla mucosa della quale si continuava.

« Il canale anteriore era alquanto più piccolo di una vagina normale e il posteriore era a sua volta più stretto del compagno:

sommati assieme rappresentavano un lume di poco superiore al normale. Nel distendere manualmente uno dei tubi, il setto permetteva una trazione cospicua in seguito della quale l'altra tubo scompariva addossandosi il sepimento al rispettivo parete vaginale.

« La vulva era del tutto normale e le caruncole mirtiformi molto marcate e così disposte all'ingiro dei canali da far ammettere che avessero esistito due imeni.

« La porzione vaginale dell'utero corrispondente al canale anteriore si riscontrava all'esame del tutto normale, di spessore alquanto minore del consueto.

« Dal canale posteriore si giungeva ad una porzione uterina sottile e breve e spinta all'insù verso l'angolo anteriore del canale.

« Il canale cervicale della porzione vaginale anteriore era leggermente stenotico; quello della porzione vaginale posteriore a stento superabile con una sottilissima sonda.

« Per venire in chiaro se l'utero stesso fosse pure diviso, vennero introdotte due sonde, una anteriore e l'altra posteriore; *ma a pazienti e ripetuti esperimenti non venne dato al dottor Murfhy di poter constatare alcun punto di contatto fra le due sonde.* All'esame combinato risultò il *fondo dell'utero normale* e la presenza di una ovaja per ciascun lato pure normale; la cervice accuratamente esplorata e riscontrata doppia, una per ciascheduno dei canali, rappresentava in totale una volta e mezza in volume approssimativamente l'ordinario riscontro. »

Il dottor Murfhy riesaminò l'ammalata durante il periodo mestruale e rilevò che mentre abbondante era la mestruazione dalla porzione vaginale anteriore, era manifesta ma assai scarsa dalla posteriore.

Accompagna la descrizione con un disegno illustrativo nel quale risulta *la divisione trasversale dell'utero e della vagina;* la cavità anteriore dell'utero è alquanto più lunga della posteriore.

Quali considerazioni nei riguardi della attendibilità del caso descritto dal Murfhy trovino poi il loro posto, lo vedremo in seguito.

Un'altra anomalia della vagina la forniscono le *introflessioni della sua mucosa,* le quali si addentrano nel suo strato muscolare e perfino nel connettivo perivaginale.

Il Winckel le ha osservate in un neonato e precisamente nel parete anteriore. Atlas, Tavola XIII Fig. III. In altri casi ebbe a riscontrarle in adulte ai lati della Colum. Rug. post. quali lacune dilatate e approfondantesi nel tessuto vaginale, che non vogliono però, com'egli ammonisce, esser confuse con rudimenti di vagine doppie. Tali lacune presenterebbero pareti liscie e raggiungerebbero qualche volta la lunghezza di 2 a 3 centimetri.

Il Winckel cita i casi del Breiscky ed emette l'opinione, avendo osservato tali tasche della parete posteriore in soggetti che aveano un'ampia vulva e che avevano più volte partorito, che tali introflessioni siano dovute a sfiancamenti delle lacuni esistenti nella porzione inferiore della vagina avvenuti al momento del parto e ad un incompleto ripristinamento dello *stato quo ante* successivamente dopo lo sgravo.

Il Breiscky le descrisse per il primo e il Winckel si attiene ai dati del Breiscky, e ne riporta i due casi da questi pubblicati. L'uno riferentesi ad una zitellona che presentava a sinistra della colonna posteriore un canale a fondo cieco della lunghezza da 3 a 4 centimetri.

La ritenzione del mucco causava tali sofferenze che decisero il ginecologo alla spaccatura del canale; l'altro caso nel quale la tasca era pure a sinistra della colonna posteriore spettava ad una multipara.

Un altro caso non pubblicato lo trascrivo dal giornale clinico di una ricoverata, favoritomi dal Prof. Breiscky.

Si riferisce ad una gravida a termine e la diagnosi contenuta nel giornale suona: « Hidrops. Amnii — Stenosis Uteri externa — Cripte profonde nel parete posteriore della vagina al disopra dell'introito ».

Stato presente: Imene intatto, Vagina liscia. Al di sopra e in direzione parallela del bordo imenale nel segmento posteriore dell'introito termina il bordo libero della - Column. rugarum posterior - e, a ridosso di quest'ultimo a sinistra, esiste una cavità a pareti liscie nella quale si può penetrare coll'apice del dito mignolo e che misura in lunghezza 2 cent. $^1/_2$.

La porzione vaginale breve, conica presenta un orificio esterno a foggia di piccola infossatura.

Abbiamo così terminato lo spoglio letterario.

Passiamo ora a descrivere il più esattamente possibile il preparato, alla interpretazione del quale ci siamo creduti in dovere di far precedere nel modo più stringato possibile una casuistica in gran parte nota e in parte di particolare importanza e sulla quale ritorneremo in appresso.

Il preparato, gentilmente concessomi dal Direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica di Praga Prof. H. Chiari, venne raccolto da una bambina di tre settimane morta in seguito a Pleurite purolenta bilaterale e a gastro-enterite catarrale.

I genitali esterni ed interni vennero levati nel modo solito e con un taglio mediano anteriore messo a nudo il parete posteriore della vagina e la cavità uterina. Il preparato osservato nella sua superficie anteriore, dallo avanti allo indietro, presenta le grandi labbra che guardano ciascuna dal suo lato verso l'esterno e si trovano in un piano inferiore a quello d'onde si disegnano i bordi delle piccole labbra molto pronunciate, come d'ordinario s'incontra nei neonati, e che si spingono molto allo imbasso, rispettivamente al preparato allo innanzi.

La clitoride in massima parte rimase a sinistra e ciò solamente perchè il taglio non cadde esattamente mediano.

Alla base — faccia interna — delle piccole labbra si eleva l'imene e, immediatamente allo indietro di questa membrana, nel suo terzo medio si osserva prominente un tuberetto rotondeggiante a superficie irregolare, rugoso, che serve all'imene di trait-d'union con una seconda membrana che si stende oltre l'introito.

L'imene è oltremodo basso, rassomiglia un sottilissimo bordo, nel preparato disteso, — nel soggetto lo si deve pensare conformato ad anello — Hymen anularis. — Il tubereretto sopraccennato, rugoso alla superficie e situato sulla linea mediana macroscopicamente sembra corrispondere alla columna post. e precisamente al suo margine libero.

La *seconda membrana* che giace sulla parete vaginale e da questa tenuta lontana dal succennato estremo lembo del margine libero della colum. rugarum, decorre dall'indietro allo avanti e dall'alto verso il basso, cioè verso l'imene e più esattamente verso il bordo

della duplicatura normale della mucosa che va a raggiungere ai lati, mentre ne resta, come sopra cennammo, separata nel mezzo e descrive così coll'imene un vano trasversale in forma di fuso, nel cui mezzo si erge a cono leggermente inclinato il tumoretto rugoso.

Per tale disposizione risultano due vani laterali; in quello di destra si ha una tasca che si limita bene verso l'insù colla sonda, della lunghezza di 3 mm.; in quello di sinistra la sonda esce in vagina per un forame rotondo e appena uscita incontra una seconda apertura, per cui ne risulta un ponte membranaceo di oltre un millim. di larghezza e quasi due di lunghezza, in direzione trasversa.

Riassumendo, la membrana nella sua porzione di destra è integra e si addossa alla vagina come una saccoccia da carrozza, a sinistra presenta due aperture, una che guarda in alto l'altra di sbocco in vagina, la prima circolare la seconda a fenditura. Si aggiunga che nella sua porzione mediana questa membrana completamente liscia in tutta la sua superficie copre il lembo inferiore della columna rugarum con cui è concresciuto; fatto che a mio avviso è di capitale interesse perchè fino ad un certo punto serve di carattere differenziale importante.

Nella stessa direzione dei due fori sopra notati, direzione che è la stessa del solco laterale della columna rugarum — circa a 12 centm. dal forame superiore — si nota un'infossamento non molto profondo.

A destra, in corrispondenza del primo forame, che si osserva dall'altro lato, si nota invece una sporgenza tubuliforme che si porta dall'interno verso l'esterno per un millimetro e più, quindi fa gomito verso l'insù mantenendosi, così sporgente per circa 3 mill. e mezzo, e quindi si continua quale leggera ineguaglianza fino a perdersi in una plica trasversa della vagina poco lungi della porzione vaginale dell'utero.

La columna rugarum posterior e, verso l'alto, le pliche trasversali della vagina, sono appariscenti senza essere assai sviluppate; lo stesso possiamo dire delle pliche uterine.

Ai lati nella porzione inferiore della vagina abbiamo le due metà della columna rugarum anteriore, più allo esterno le due

porzioni dell'uretra, che come di norma, guadagna molto tratto verso l'alto per la sede elevata che tiene la vescica infantile. Nelle pareti uretrali si vedono ad occhio nudo alcune lacune. L'utero e i suoi annessi nulla presentano di speciale; solo la tromba di destra è più lunga della sinistra perchè presenta le sue fimbrie distese e perchè raggiunge il corno dell'utero in un punto più elevato e più vicino alla linea mediana di quella dell'altro lato. Il preparato è raggrinzato per l'azione dell'alcool in cui era conservato.

L'annesso disegno è abbastanza esatto e distinto per poter servire di controllo e di ajuto dove l'esposizione per chi legge non fosse stata chiara abbastanza.

Le misure prese sono le seguenti:

Cavità uterina 22 millimetri;
Lunghezza totale dell'utero 25 mill.;
Ovaja sinistra lunghezza 15 mill.:
» grossezza 1 1/2 mill.;
» larghezza 2 1/2 mill.;
Ovaja destro lunghezza 14 mill.:
» grossezza 1 mill.;
» larghezza 2 1/2 mill.;
Tromba sinistra 23 mill.;
Tromba destra 30 mill.;
Legamento ovario sinistro 5 mill.;
» » destro 4 mill.;
Porzione vaginale dell'utero (presa all'avanti e all'indietro) 5 millimetri;
Lunghezza della vagina (presa sulla linea mediana) 30 mill.;
Lunghezza dell'Imene disteso 12 mill.;
Altezza appena 1 mill.;
Lunghezza della seconda membrana misurata a destra nella sua superficie interna colla sonda mill. 3.

Dall'esame e misurazione fatta su molte vagine di neonati risulta che nel nostro caso abbiamo una vagina piuttosto di dimensioni inferiori di quelle che d'ordinario s'incontrano.

Attenendosi alle cifre, la differenza sarebbe cospicua, di oltre

un centimetro in lunghezza; ma conviene tener conto dell'azione coartativa dell'alcool.

La misura media che ebbi a riscontrare in un numero discreto di bambine esaminate alla Maternità di Praga superò sempre i 4 centimetri; e ciò a conferma di quanto leggiamo nel Luschka, cioè che la vagina del neonato è proporzionatamente più grande di quella dell'adulta. Mentre dell'adulta l'indice che chiameremo vaginale in rapporto alla lunghezza totale della persona sarebbe di *1 a 16-18* circa, nell'infante sarebbe appena di *1 a 10-11.*

Il risultato dell'esame istologico lo dobbiamo non solo all'esame diretto del preparato, ma a parecchi esami di controllo.

Il metodo adottato fu il seguente:

Il preparato convenientemente imbevuto e innichiato nella celoidina venne tagliato col microtomo cominciando la sezione dal basso, tagli vestibulari e procedendo successivamente verso la vagina.

Nei precedenti esami di confronto mi limitai; di raccogliere due o tre sezioni microscopiche per ogni mill. circa di preparato e queste venivano numerate e collocate tutte nello stesso senso cosi da potersi nell'esame seguire gli eventuali mutamenti e reperti di un certo interesse.

Invece nell'esame del preparato che abbiamo descritto minutamente vennero raccolti tutti i tagli sempre dal basso verso l'alto e venne spinta la sezione fino a porzione molto alta della vagina dove macroscopicamente non si osservava differenza di sorta cogli ordinari reperti.

Il colorimento dei preparati lo si ottenne colla Ematoxilina e quindi il trattamento ulteriore coll'olio di Origano come di consueto.

Per le indagini di confronto esaminai sei vagine di bambine, alcune delle quali presentavano delle note patologiche di un certo interesse.

Nel primo caso si trattava di un bambina di 4 ore morta per debolezza congenita — *L'epitelio della vagina ricopriva buon tratto della cervice uterina.*

Nel secondo caso fortuitamente si aveva l'inverso, cioè l'*epitelio della cervice uterina copriva per qualche millimetro la vagina.*

Il soggetto era morto 18 ore dopo la nascita.

Nel terzo esemplare tolto da una bambina di 3 anni, l'*orificio interno dell' utero presentava particolari prominenze in causa delle quali ne era seguita stenosi del canale e successiva dilatazione della cavità uterina.* Malauguratamente l'utero mi andò perduto così che dovetti rinunciare all'esame delle sopraccennate prominenze.

Nel quarto preparato così come nel quinto e nel sesto non si aveva nulla di particolare dal lato teratologico.

A questo punto prima di entrare nel dettaglio istologico riassumiamo le note caratteristiche che risultano dalla fatta descrizione del preparato; poi faremo eseguire un cenno anatomico di questa provincia, limitata se vogliamo, ma assai importante, la di cui patologia lascia ancora tanto a desiderare.

Il Luschka afferma che la struttura anatomica dell'apparecchio genitale esterno è assai più complessa di quello che a primo acchito non possa sembrare; nella vagina poi le discrepanze sono questioni di attualità che solo può rivolvere il tempo col perfezionamento dei mezzi di indagine. Ad esempio, la iniezione dei linfatici della vagina per giudizio degli Anat. patol. è una delle imprese più difficili, mentre le alterazioni di questo sistema devono rappresentare una parte delle più importanti nella patologia di quest'organo; e quelle non si risolvono senza un'esattissima conoscenza del contegno dei suoi vasi linfatici tortuosissimi e per questo appunto non ancora del tutto in potere delle pazienti insistenze degli studiosi.

L'anomalia riscontrata nel preparato volendola analizzare nei suoi particolari in primo luogo ci offre l'origine sua congenita, che può trovar posto fra i vizii di conformazione che il Klebs chiama secondari per differenziarli da quelli nei quali si deve ammettere un'anomala disposizione nel momento germinativo dell'organo, per modo che ad esempio mentre da un lato ne risulta un'ovajo dall'altro si viene ad avere un testicolo e un'ovajo come nel caso del Bannon. Klebs, Anat. Pat. degli organi sess., p. 725.

In secondo luogo abbiamo un accenno di imene, non una membrana, ma un bordo che non arriva al millimetro, mentre d'ordinario l'imene nei neonati fa, direi quasi, pompa di sè, così che allontanando delicatamente le ninfe lo si mette in evidenza quale membrana, qualche volta esuberante, imbutiforme e con qualche piega raggiata.

Infine il preparato ci presenta una seconda membrana liscia che ricopre in tutta la sua circonferenza per circa 3 mill. l'ultimo tratto della vagina così che ricopre il lembo inferiore della columna rugarum, fatto che spicca chiaramente per l'antitesi fra la sua superficie senza una ruga e l'estremo lembo della colonna che sporge fra il margine libero di detta membrana e il bordo imenale.

Detta membrana è nella linea mediana concresciuta col tessuto sottostante per modo che a tubo integro costituisce due vani, uno a sinistra aperto in vagina nel modo che abbiamo descritto, l'altro di destra a fondo cieco della lunghezza di tre millimetri.

Questi vani laterali sono un tutt'uno colle tasche, lacune o cripte profonde di cui ne raccogliemmo gli esempi?

Nei casi accennati dal Breisсky e dal Winckel non è fatto cenno alcuno dell'esistenza di *una membrana.* Ciò collima perfettamente coll'opinione emessa dai due autori che si tratti veramente di semplici tasche, di introflessioni ectasiche della mucosa indovate ordinariamente ai lati della columna rugarum posterior. Tale è appunto il reperto anche nel caso inedito e che io tolsi dal diario clinico della gravida della clinica ostetrica del Breisсky.

Ma volendo anche per un momento non prendere in considerazione i casi nei quali il parto colle sue precedenze e colle sue conseguenze ha modificato l'introito della vagina, *non troviamo un cenno di membrana uniformemente distesa* nell'estremo inferiore del tubo genitale nè nel caso del Breisсky che si riferisce ad una zitella, nè in quello del Winckel osservato in un neonato.

Adoperai a bella posta la parola distesa poichè nei casi nei quali al di sopra dell'imene normalmente sviluppato la mucosa offre una seconda sporgenza, una seconda falda da far apparire un secondo imene questa piega è più o meno parallela alla prima.

Ne ho sotto gli occhi un' esemplare 3-6-1886 tolto da bambina morta da gastro enterite in cui a mezzo mill. dall' imene esiste un' altra piega consimile e similmente posta. — Di più vi si osserva fatto non raro, la bipartizione e divaricazione della parte inferiore della columna rugarum.

Mentre nel nostro caso *la seconda membrana,* che misura in lunghezza più che tre volte l' imene decorre nel medesimo piano della vagina dal quale resta sollevata dal margine libero della colonna della mucosa vaginale.

Di più il Winckel come il Breiscky aggiungono l'avvertimento che le tasche da loro osservate non devono esser prese per rudimenti di vagine doppie appunto perchè la loro disposizione anatomica non appoggerebbe una simile ipotesi.

Nel diario clinico della gravida del riparto ostetrico del Breiscky si legge per designare la tasca laterale della mucosa: cripte profonde laterali. Nel riscontro anatomico vedremo tosto quale rapporto possa esistere fra le tasche descritte da questi autori e il contesto della membrana mucosa vaginale.

Resta a studiarsi il caso del Murfhy, strana anomalia che a primo entro si comprende difficilmente o meglio è difficile a spiegarsi ad onta della miticolosa descrizione dell'autore e dell'inappuntabile via da esso battuta per farsene un giusto concetto, da lui graficamente dato nella sezione longitudinale che trovasi alla fine della sua comunicazione.

Questa sezione non è però la riproduzione di un preparato anatomico di cui quindi non può avere l'importanza e meglio detto l' indiscutibilità.

Bene inteso che di vagine divise e di uteri septi ne abbiamo un numero non indifferente nella letteratura e che potrebbero essere presi del pari in considerazione; ma ci siamo occupati a studiare il caso comunicato dal D. Murfhy appunto perchè mentre la genesi di questa anomalia non può essere che sempre la stessa, la particolarità che esso presenta di un setto trasversale di tutto il tubo genitale, utero e vagina, è come dissi unico.

Il caso non è riportato nei manuali di malattie muliebri, nelle monografie speciali che io conosco, certo perchè sfnggito alle ri-

cerche poichè, anche ammettendo che non fosse stato ritenuto attendibile, non si avrebbe potuto far a meno di citarlo per la sua originalità, per far risultare l'accuratezza necessaria in codesto genere di rilievi che ordinariamente non presentano le comodità di un tavolo di sezione.

Per mettere in evidenza il caso del Murfhy bisogna rifarci all'embriogenesi dei genitali muliebri colla quale esso non si troverebbe in accordo.

Il quesito da porsi sarebbe il seguente: la membrana del nostro preparato sarebbe una parte residua dell'anomalia che trovasi rappresentata al completo nel caso del Murfhy e nei casi consimili nei quali utero e vagina si trovano ancora in tutta la loro estensione bipartiti?

Prima però, per procedere ordinati nella nostra disamina, dobbiamo occuparci delle lacune accennate dal Breiscky e per venire in chiaro sulla loro essenza, sui loro rapporti colla mucosa trascorreremo rapidamente la anatomia della vagina e della sua falda terminale, l'imene.

L'imene, che per Hennig e Klebs appoggiati alla sua presenza nel caso di atresia vaginale e al frequentissimo reperto di due aperture con vagina semplice, sarebbe un residuo dell'allantoide mentre per altri apparterebbe in senso stretto alla vagina (Henle) o al più sarebbe un residuo dell'insenatura genitale esterna nell'embrione che si approfonda verso l'allantoide in via di involuzione (Winckel), presenta la faccia vestibulare e la faccia vaginale, in alto, in avanti va fino al corpo cavernoso dell'uretra, in basso alla base è più largo e si continua all'interno e all'esterno, dentro e fuori nella mucosa. Il suo contesto di tessuto connettivo, di fibre muscolari, di vasi talvolta in gran copia (che possieda nervi vi ha chi li nega) ha un rivestimento esterno che partecipa dei caratteri del derma, quello interno della mucosa propriamente detta, della vagina; dalla mucosa vaginale vengono all'imene delle irradiazioni di tessuto connettivo che ne rafforzano inegualmente la compage, e a cui è in parte subordinato il modo di lacerazione a cui l'imene va incontro.

Dissi che è assai frequente l'imene biforato; in una ventina di casi che ebbi ad esaminare lo incontrai quattro volte. Quando presenta una sola apertura è rarissimo che questa si trovi nell'asse vaginale (Henle)

Dietro all'imene sta la vagina che ha davanti l'uretra e la vescica dietro il retto; nel suo terzo inferiore il tessuto di congiunzione è così stipato, che i tre canali non possono venirne nettamente separati l'uno dall'altro (Henle). Lo stato di vacuità o di pienezza di questi due organi, fra i quali la vagina si trova, influisce sulla sua sede. Quando però vescica e retto son vuoti, nell'adulta la vagina trovasi nelle parti molli del fondo del bacino, nella direzione del diametro retto del distretto inferiore, fatto che risultò dagli esperimenti istituiti di recente, mentre prima si adottava per l'adulto il reperto della vagina infantile, nel qual periodo in cui il bacino è poco capace, tutti gli organi si trovano insediati più in alto e con essi la vagina la quale si trova anche più inclinata verso la parte anteriore del bacino.

La sua sezione trasversale viene rappresentata da un
La sua maggior larghezza la troviamo nel segmento superiore.

Henle afferma non bene divisa per istrati la tunica muscolare della vagina; ed è questa la ragione per cui scrupolosi osservatori non si trovarono d'accordo.

Secondo Henle gli stati interni immediati alla mucosa sarebbero di fibre longitudinali e circolari gli esterni.

Secondo il Luschka sarebbe l'inversa e così per l'Eppinger e per il Breiscky.

Secondo il Toldt vi sarebbe pure uno strato esterno di fibre longitudinali e l'interno di circolari alle quali si troverebbero però frammiste delle fibre longitudinali.

Il Breiscky fa osservare che qualora la sezione colpisca le colonne rugose specialmente l'anteriore allora il reperto corrisponderebbe a quello dell'Henle solo, perciò in apparenza discorde.

Nelle molte sezioni da me fatte, senza pretendere d'influire sulla questione, specialmente nella porzione inferiore della vagina mi toccò di osservare delle fibre longitudinali immediatamente sotto

alla mucosa, ma irregolarmente sparse e intrecciate ai fasci potenti delle fibre circolari.

La mucosa della vagina è fornita di un denso strato di cellule di epitelio poligonale pavimentoso nucleate e di un tessuto connettivo sottomucoso fibrillare ricco di elementi. Secondo il Preuschen negli strati più profondi dell' epitelio esistono cellule cilindriche con nucleo allungato, strato basale cilindrico.

Le columnæ rugarum anterior e posterior presentano delle note speciali. Le colonne vaginali anteriore e posteriore sono date dall' inspessimento ed ingrossamento a superficie irregolarissima della mucosa. Il loro volume è variabilissimo. La colonna vaginale anteriore è d' ordinario la prevalente e quando la posteriore è del tutto scomparsa dell' anteriori si rilevano sempre delle traccie — Henle. —

La colonna posteriore è ordinariamente posta più in alto così che all'introito si presenta il bulbo della colonna anteriore.

Spesso una delle colonne, più di frequente l' anteriore, in uno dei preparati da me descritti la posteriore, trovasi divisa in due porzioni da un solco più o meno profondo tanto in direzione trasversa come in direzione longitudinale.

La parte integrante delle colonne vaginali è un tessuto cavernoso a maglie cospicue. La mucosa e il tessuto sottomucoso sono preponderanti nelle colonne in confronto degli altri punti della vagina.

Oltre le colonne la vagina presenta delle pliche trasverse in forma di creste.

Si aggiungano le papille normalmente microscopiche e sopra cui sta un liscio epitelio, ma che possano ingrossare in istato patologico in modo da costituire macroscopiche sporgenze.

Secondo Henle le ghiandole in vagina costituirebbero un reperto eccezionale e le paragona in base a' propri reperti a follicoli solitari dell' intestino — Preuschen-Virchow-Archiv. Bd. 70 Sep. Abdrück pag. 6, — descrive nelle cripte della mucosa, nel segmento superiore della vagina ghiandole con rivestimento di epitelio vibratile.

Il Breiscky opina che la loro presenza negata da alcuni autori, deve essere non la regola, ma l'eccezione; accenna poi alle nuove osservazioni positive su tal soggetto.

Dalle mie indagini istologiche in gran parte fatte su vagine infantili non ebbi mai la fortuna di osservare delle ghiandole, e sì che per l'età tenerissima dei soggetti le probabilità dovevano essere maggiori, poichè come lo strato basale di epitelio cilindrico rappresenta l'elemento giovane che successivamente verso la superficie si appiatisce, così è pure l'anello coll'epitelio cilindrico che riveste i canali embrionali del Müller; e quanto meno ci allontaniamo dal periodo embrionale tanto più facilmente potremo imbatterci nelle forme ghiandolari caratterizzate dal rivestimento epiteliale.

Invece nei riguardi delle cripte della mucosa ne potei osservare parecchie con o senza la presenza di papillle bene sviluppate, con strato epiteliale di differente spessore nei vari soggetti dai quali erano stati raccolti i preparati che servirono alle mie ricerche. La grandezza delle cripte mi risultò assai varia da un semplice accenno microscopico a cavità ben distinta rivestite di epitelio pavimentoso poligonale come il resto della mucosa; le maggiori le trovai in corrispondenza dell'introito, però non potei imbattermi in nessuna cavità chiusa e nemmeno in vani molto profondi da poter essere apprezzati a millimetri.

Il metodo seguito nelle preparazioni fu già accennato; ora ecco quanto mi risultò dal riscontro microscopico del preparato per il quale non può essere certo soddisfacente la spiegazione di introflessioni della mucosa più o meno dilatate che ben si presta pei casi del Breiscky e del Winckel; mentre nel caso nostro a me sembra che esistano dei caratteri sufficienti per una classificazione diversa.

Il reperto istologico venne desunto da circa settanta sezioni microscopiche successive dal basso all'alto; e a rendere facilmente intelligibile l'interessante rilievo, noi fisseremo sei piani diversi nel preparato per i quali i punti di ritrovo sono dati dalle tre lettere *a b c* della annessa tavola e rispettiva spiegazione.

1.° Rilievo istologico dell'imene normale. Strati epiteliali esterni ed interni, connettivo e vasi, ecc.

2.° Sezioni fra l'imene e il margine libero della anomala membrana, fra *a* e *b*. Conferma del riscontro macroscopico sulla natura del corpicciuolo sporgente, margine libero della colonna vaginale. Tessuto cavernoso a larghe maglie.

3.° Sezioni che interessano la membrana anomala *(b)*. Essa presenta la struttura della mucosa vaginale con rivestimento epiteliale pavimentoso e collo strato profondo basale cilindrico. Nella sua faccia interna si rilevano numerose prominenze papilli formi. Tali sporgenze si osservano tanto nella tasca di destra come di sinistra; in questa in numero maggiore che in quella. Nelle sporgenze tutte si riscontrano **inflessioni tubulari con rivestimento epiteliale cilindrico a un solo strato.** (Ghiandole?)

(Manifestamente queste forme tubolari si rilevano in continuazione dello strato profondo di epitalio basale cilindrico).

4.° Le sezioni cadono in *c* nelle aperture di sinistra della membrana. Il bordo dell'apertura è perfettamente limitato da epitelio vaginale.

5.° Faccia interna nella porzione superiore dei canali, rispettivi della tasca di destra e canali di sinistra, quel di destra è brevissimo. Il canale di sinistra tapezzato di epitelio pavimentoso e provveduto riccamente delle sporgenze suddescritte e alla lor volta ricche di tubuli ghiandolari.

6.° Sezioni vaginali ad apparenza macroscopica normale. Struttura ordinaria della vagina; reperto di ghiandola negativa. Manifestissimo lo strato basale dell'epitelio a cellule cilindriche.

Riepilogando la membrana presenta degli indiscutibili caratteri embrionali che invano si ricercano nel resto delle pareti vaginali. Poggia veramente sul margine libero della colonna della mucosa.

Rifacciamoci ora all'embriogenesi e vediamo se troviamo in essa la chiave per spiegarci l'etiologia di questa membrana; e prima di ciò ci servirà per la critica, se del caso, alla comunicazione del dott. Murfhy.

Le conclusioni embriologiche alle quali è arrivato il Dohrn e alle quali si appoggerebbero anche gli embriologhi nei riguardi del contegno dei canaliculi del Müller si riassumerebbero nel modo seguente:

1.° Che la loro fusione comincerebbe circa alla metà fra il terzo medio e il terzo inferiore e che da questo punto procederebbe rapidamente tanto all'insù come all'imbasso.

2.° All'opinione del Thiersch che i canaliculi non procedono uno di fianco all'altro, ma che specialmente nella loro porzione inferiore possono spostare così i loro rapporti da trovarsi alla fine uno sopra dell'altro il Dorlin accordandovisi, aggiungerebbe che il canaliculo di sinistra indubitatamente obbedendo alla pressione dell'intestino retto che gli sta dietro si trova posto alquanto più all'innanzi del suo compagno.

La conseguenza di ciò è che non di rado nella disposizione prima dell'utero questo va incontro ad una torsione del suo asse per la quale la metà destra si troverebbe spostata allo indietro.

3.° Che la fusione dei canaliculi di Müller nell'uomo succederebbe proporzionatamente più presto e più rapida che negli altri animali; così nella seconda metà del secondo mese della vita embrionale la unificazione dei due canali sarebbe in cammino. Solo però qualche tempo dopo avvenuta si marcherebbe distintamente la differenza fra utero e vagina la quale non si fa appariscente che dopo il principio del terzo mese.

Ora chiaro apparisce che il caso del Murfhy merita di essere accolto con un certo riserbo poichè converrebbe ammettere una sovraposizione dei canaliculi del Müller nella loro porzione uterina e vaginale, contro la quale oltre alle sopra esposte conclusioni embriologiche starebbe eziandio un fatto che io rilevo nella comunicazione dello stesso autore; cioè che il fondo dell'utero si rivelava all'esame bimanuale perfettamente normale come pure normali per sede si avevano lateralmente le ovaje, locchè non si concilia col concetto dell'evoluzione, ammettendo per un momento che i due canali si siano nel rispettivo periodo embrionale sovrapposti l'uno all'altro cosa per sè difficile a potersi accettare.

Delle trombe l'autore non parla.

Ad ogni modo non potrebbe essere che il preparato anatomico, il quale fortunatamente per la paziente non figura, quello che in questi casi decide la questione.

Per me azzarderei di credere che un certo grado di torsione sia sfuggito all'esame del dott. Murfhy.

Del resto non è da meravigliarsene se si pensa quanto penosi non siano talvolta tali esami.

Noto dal reperto del Murfhy un fatto cui accenno per una lontana analogia col preparato da me descritto; cioè che la vagina posteriore era di gran lunga inferiore per lume alla vagina anteriore la quale da sola rappresentava quasi il lume di una vagina normale; cioè l'ineguaglianza di evoluzione, fatto che nel campo teratologico s'incontra di frequente.

Il primo punto delle conclusioni del Dorhn suonerebbe che la fusione dei canaliculi del Müller comincerebbe nel segmento inferiore, della vagina, al disotto del terzo medio.

Ora, volendo provarci a conchiudere per ciò che riguarda la genesi dell'anomalia presentata dal nostro preparato, noi possiamo pensare alla possibilità che inferiormente questa fusione possa riuscire qualche volta imperfetta e che applicando un tale arresto di evoluzione al caso nostro, quella membrana liscia esistente nel segmento inferiore, forata in due punti a sinistra, ci rappresentasse appunto questa ultima porzione di setto che non abbia obbedito alle leggi ordinarie.

Questa mia ipotesi troverebbesi rafforzata anche da quanto scrive il Klebs dove tratta delle Atresie laterali: cioè che a queste anomalie si uniscono quella formazione di tasche laterali e ripiegature a mezza luna le quali ordinariamente si presentano circa alla metà della vagina e che sono da considerarsi come residui di atresia laterale della parte vaginale dei canaliculi del Müller.

E sarebbe eziandio appoggiata dal reperto istologico interessante appunto per ciò che nella membrana soltanto noi trovammo *distinte traccie del momento primo embrionale.*

Oltre la persuazione di essere nel giusto colla posta ipotesi m'ebbi da questo studio anche il compenso di rivolgere la mia attenzione sulle piccole modificazioni che offre la vagina, le quali vengono assai spesso trascurate; ed in specialità nei riguardi delle introflessioni della mucosa di cui appena si trova un cenno nella letteratura.

32[illegible]

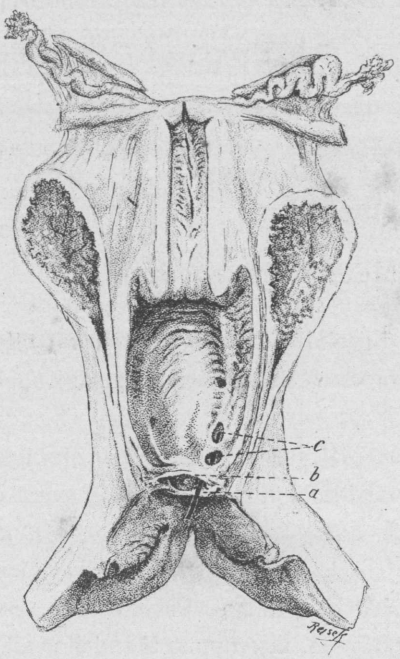
Spiegazione della Tavola

Disegno del Preparato riprodotto in grandezza naturale:

a — Imene.

b — Membrana anomala.

c — Aperture della metà sinistra di detta membrana.



Anomalia congenita dell'introito della Vagina.