



Prof. Dott. F. LA TORRE
Professore-pareggiato di Ostetricia e Ginecologia
nella R. Università di Roma

**INTORNO ALL'INDICAZIONE DELL'ISTERECTOMIA
PER FIBROMI
ED ALLA CURA DI ESSI.**

Prof. Dott. F. LA TORRE

Professore-pareggiato di Ostetricia e Ginecologia
nella R. Università di Roma

**INTORNO ALL'INDICAZIONE DELL'ISTERECTOMIA
PER FIBROMI
ED ALLA CURA DI ESSI.**





AL PROF. FRANCESCO DURANTE.

Roma, dicembre 1897.

Mio carissimo Ciccio,

Nati quasi nello stesso anno e sulla stessa terra, a piè dell'Etna, ove si svolsero le più belle leggende degli antichi dei, in quella terra classica ricca di monumenti, eloquenti testimoni della bellezza ellenica, i di cui maestosi avanzi riempiono ancor oggi l'airimo del dotto della più dolce ed ineffabile ammirazione e gli parlano alla mente della grandezza della nostra Sicilia, ah! quanto mutata oggi! nati entrambi sulla terra dei Vespri e delle grandi iniziative nazionali moderne, noi avemmo occasione di conoscerci fin dall'infanzia, in quell'età in cui l'affetto sbuccia nei cuori per virtù arcana e non per interessato calcolo. Te ne ricordi? Fu al 1860, all'indomani della cacciata dei Borboni, che ti conobbi, a Saroca, ove eri venuto, giovinetto ancora, col carissimo comune amico Pietro Lupò, portanti in testa un berrettino di Guardia Nazionale, ammirati come due Garibaldi in miniatura ed invidiati da noi più piccini ancora, che ne eravamo senza! Si prendeva anche da noi minuscoli esseri parte al risveglio nazionale!

Fummo più tardi all'Università di Messina e di Napoli, lavorando insieme ed amandoci sempre. Poi tu partisti per Firenze e più tardi, insieme a quell'altro carissimo ma sventurato comune amico, il fu prof. Francesco Berté, per Berlino, ove il tuo passaggio lasciò un'orma luminosa nel campo della scienza ed ove il tuo gran cuore nobile e generoso volle pagare un tributo all'umanità sofferente durante la guerra franco-prussiana.

Tu partisti e fosti lungamente lontano, ma i numerosi amici non ti perdettero mai dal pensiero, non solo gioiando dei tuoi successi scientifici, ma sentendosi accrescere ogni giorno nei loro cuori per te i sentimenti più affettuosi e ne erano da te ricambiati.

Più tardi ti rividi a Roma, in quest'alma parens, tempio immane ed eterno di civiltà, giorane Professore, attorniato dalla stima e dall'affetto di maestri, colleghi ed allievi che numerosi accararono alle tue splendide lezioni. Il mio cuore ne esultò pel successo dell'amico carissimo e crebbe sempre più in me la stima e l'affetto quando succedesti a quella bella figura di chirurgo che fu Costanzo Mazzoni.

Molti anni trascorsero in tale mutua affezione.

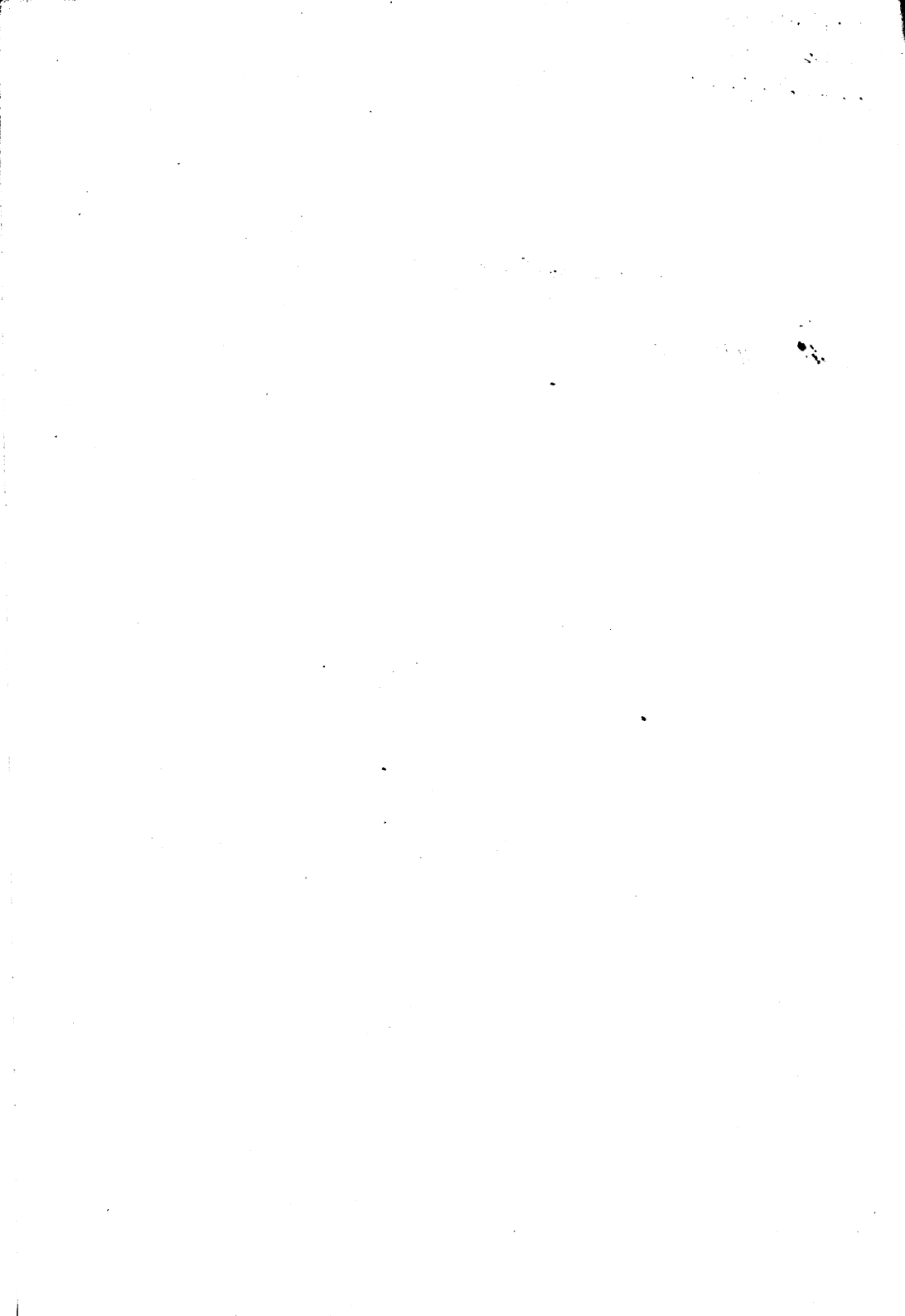
Ed oggi son felice di vederti all'apogéo della tua grandezza scientifica, fatto segno ai più sentiti attestati di stima che ti pervengono da tutte le parti del mondo, insignito da ordini cavallereschi, Senatore del Regno, ecc. Lieto della occasione solenne delle tue nozze d'argento coll'insegnamento ufficiale universitario, mi è caro offrirti anch'io un fiore, il più bello forse del mio ingegno e del mio cuore, quale spontanea manifestazione e continuazione dei sentimenti antichi; omaggio di stima al maestro insigne e d'affetto all'amico.

Sii felice, mio caro Ciccio, in questo giorno in cui tu compii 25 anni di lavoro nell'insegnamento della Clinica chirurgica, lavoro continuo e compiuto con quella esemplare ed onesta coscienza di chi non vuol mancare al proprio dovere, di chi non vuol tradire la santa missione dell'educatore posponendo l'insegnamento ai propri interessi. E non puoi non esser felice se tu guardi indietro pel lungo cammino percorso operando sempre il bene in un quarto di secolo, poichè tu non vedi ovunque e ad ogni passo che chiare e splendide manifestazioni del tuo ingegno, del tuo cuore nobile e disinteressato, non vedi che allievi affettuosi e grati, gente beneficata che ti benedice o che t'invidia, che fa lo stesso. Sii felice, mio caro amico, nel santuario della tua famiglia che ti adora sposo e padre affettuosissimo, e, insieme all'augurio di rivederci ancora con un'altra festa alle nozze d'oro, accetta un bacio dal

sempre affettuosamente tuo

FELICE.





INTORNO ALL'INDICAZIONE DELL'ISTERECTOMIA

PER FIBROMI

ED ALLA CURA DI ESSI

Nell'ultimo Congresso internazionale di medicina, tenutosi in Mosca, fu svolto dal Clarke di Boston, un tema proposto dal Comitato organizzatore, sulla *cura chirurgica dei fibromi uterini*.

Il Clarke, a vero dire, non si occupò nel suo lavoro che del metodo operativo, vale a dire, delle diverse maniere come attaccare i fibromi nelle varie situazioni, senza punto entrare nella parte analitica di tutto il soggetto.

L'indomani il Doyen, altro relatore, fece con brillante e spigliato dire l'apologia dei diversi metodi da lui ideati per l'estirpazione dell'utero miomatoso.

Nella discussione generale che seguì, prese per primo la parola il mio carissimo e simpaticissimo amico, il professore Dmitri de Ott, di Pietroburgo, che espose alcune sue brillanti statistiche come successo operativo in confronto ai diversi processi.

Nessuno toccò, anco da lontano o per incidenza, l'indicazione dello intervento chirurgico, come se fosse tacitamente intesa la necessità di estirpare tutti gli uteri miomatosi. Eppure non credo di errare dicendo che è questo oggi il punto più interessante della questione e che bisogna sopra ogni altro studiare. I metodi operativi per intervenire radicalmente nei casi di fibroma dell'utero, sono oramai noti a tutti. Non vi è, difatti, chirurgo moderno, anche mediocrementemente istruito, che non abbia fatto o che non sia capace di praticare parecchie isterectomie tanto addominali

quanto vaginali, con brillante successo. Ciò è dovuto all'eccellente insegnamento che oggi s'imparte ed al fatto che l'antisepsi ha livellato le capacità. Ma non tutti hanno, mi sia concesso dirlo, un concetto chiaro e preciso dell'indicazione.

Per molti un fibroma è un nemico, ogni utero miomatoso dev'essere estirpato come se si trattasse di un cancro.

Ed in vero, che cosa accade in pratica?

Questo. Quando una donna si presenta ad un chirurgo, quasi sempre, oggi, le si propone subito l'estirpazione del tumore, cioè l'isterectomia addominale o vaginale. E ciò in gran parte anche quando si tratta d'un polipo intrauterino, poichè tale maniera di procedere gli pare più semplice, più radicale e d'un ulteriore beneficio più durevole. Mentre si avrebbe potuto estirpare solamente il polipo, conservando l'utero che potrebbe essere ancora utilissimo.

Alcuni chirurghi però d'un temperamento meno ardito, consentono a temporeggiare, a guadagnare tempo, affine che la menopausa sopraggiunga, sotto la cui influenza il fibroma entra spesso in uno stato d'involutione naturale. Nell'attesa intanto si combatterà l'emorragia con mille mezzi spesso inefficaci ed anche praticando un raschiamento; la malata rimarrà a riposo per dei mesi e degli anni e l'operazione non sarà spesso che ritardata e solo talora scongiurata.

Così che anche con tale sistema si arriva a questo: per la donna povera, che ha bisogno di lavorare, la scelta non è permessa; l'operazione sola le è offerta negli ospedali; per la signora, per la ricca, si vogliono rispettare le repugnanze e le sue repulsioni per la grave mutilazione. Si vuole talora accordarle una dilazione; ma si spera sempre vincere la resistenza quando si è persuasa che le cure mediche valgono poco.

Ecco, a mente mia, l'errore, in virtù del quale, Dio! quale ecatombe di uteri che, rispettati nella loro vitalità,

avrebbero dato certamente frutti migliori di quelli che danno, conservati nello spirito!

E nella *rage d'intérêts*, come dice con frase brillante, che rispecchia il vero, l'amico Apostoli, non è facile d'avere l'animo sereno, in modo che l'indicazione operativa sia rigorosamente ed onestamente apprezzata, poichè spesso per la mania o pel bisogno che alcuni hanno di farsi una statistica personale... operano per diritto e per rovescio, senza punto curarsi di stabilire prima se l'operazione radicale sia indicata o meno, se sia necessaria ed utile o no alla paziente.

Ma, a parte tutto questo, io mi domando: sono realmente *giustiziabili* coll'estirpazione tutti gli uteri affetti da fibromiomi, qualunque sia il numero, il volume, la sintomatologia di essi tumori, l'età della paziente ed i suoi interessi, non che quelli della famiglia, della società, della scienza?

Visitate i così detti musei di molte cliniche, i gabinetti di anatomia patologica, lo studio di parecchi chirurghi, e voi vedrete a centinaia gli uteri miomatosi, alcuni dei quali enormi o degenerati, ma moltissimi normali o quasi, con piccoli neoplasmi sottoperitoneali che non han dovuto procurare alle malate alcun sintoma, alcun disturbo, o sotto mucosi e facili ad essere tolti o curati sintomaticamente.

Togliere tutti gli uteri miomatosi non è, a mente mia, nè razionale, nè utile alla donna, alla famiglia, alla scienza.

La ginecologia, per essere razionale, scientifica, dirò, dev'essere conservatrice. È l'ignorante o il barbaro che distrugge senza preoccuparsi di edificare o di cercare i mezzi per opporre un rimedio al male. E come noi abbiamo chiamata barbara l'ostetricia che sacrificava tutti i feti, verrà tempo in cui sarà detta barbara la ginecologia d'oggi, che toglie tutti gli uteri.

Si fu sotto questo riflesso che presi la parola nella discussione generale a Mosca, per svolgere alcune mie considerazioni sulle indicazioni dell'isterectomia, che ora espongo

sviluppando maggiormente qualche concetto, non senza confessare dapprima la soddisfazione provata nel vedere le mie idee condivise ed approvate, non dico dall'assemblea che applaudiva, ma dai professori Olshausen, Dürrsen, Martin ed altri, i quali tutti prendendo la parola dopo di me esposero, in rapporto alla indicazione, gli stessi concetti ed emisero i voti medesimi che io espressi.

Non è dunque, secondo me, il *modo migliore* di asportare l'utero miomatoso che importa studiare ancora; esso è ben noto ed eretto oramai a metodo, ma il *quando*, o meglio, l'*opportunità*, la *necessità* che l'utero sia estirpato. In altre parole, bisogna studiare l'indicazione dell'intervento nel senso più largo della parola e non nel senso ristrettivo, come fa spesso comodo ammettere.

Uno studio di tal genere, libero di idee preconcelte, o, meglio, un esame critico dei diversi mezzi per la cura dei fibromi, non mi pare che sia stato fatto ancora in modo completo. È per questo che stimo utile accennare per sommi capi, in questa memoria, ai punti principali della questione.

Quali sono le indicazioni per l'estirpazione dell'utero miomatoso?

Per potere adeguatamente rispondere a questa domanda occorre anzitutto studiare la questione da una serie di punti di vista; cioè, a dire, vedere:

- 1° qual'è la natura del fibroma;
- 2° quali modificazioni possono subire i fibromi;
- 3° quale è l'utilità o meno dell'utero miomatoso per rapporto alla donna, alla famiglia, alla società, alla scienza;
- 4° in che cosa consistono i pericoli del fibroma;
- 5° se vi sono mezzi per scongiurarli e che ci dispensino in alcuni casi di passare ad un atto demolitore.

Facciamo un brevissimo esame e vediamo come le cose stanno.

*
* *

1° *Quale è la natura del fibroma?*

Sulla natura del fibroma, dal punto di vista etiologico per lo meno, noi siamo presso a poco allo stesso punto in cui si è per il cancro e per altri tumori, cioè le nostre conoscenze sono molto oscure, benchè il Sanfelice, il Roncali ed il Rossi-Doria, tra noi, pare che abbiano trovato l'elemento causale del cancro, nei blastomiceti.

Pei fibromi, se noi mettiamo da parte le antiche idee, dobbiamo avvicinarci a qualche cosa di simile e in tal senso si comincia a lavorare. Già il Galippe ed il Landouzy avevano espresso l'ipotesi che il fibroma fosse dovuto ad una irritazione cagionata da un microrganismo. Ultimamente poi, il Vedeler, ritornò sull'argomento e sembra che abbia potuto trovare qualche cosa.

Vedeler partendo dal concetto che un tumore non nasce da sè, ma che occorre per la sua genesi un'irritazione d'elemento morto o vivo, e dovuto, secondo lui, ai protozoi, che danno un tumore benigno o maligno, secondo la speciale attività del protozoo, fece una serie di ricerche microscopiche su preparati differentemente colorati di miomi. Tali ricerche l'hanno condotto ad ammettere la presenza di forme certamente parassitarie, vedute nettamente, benchè in scarso numero, tra fascio e fascio e nell'interruzione dei fasci. Questi corpi fortemente figurati a paragone del tessuto, Vedeler li considera come protozoi.

Per Vedeler, dunque, il mioma è un tumore di natura irritativa e l'irritazione è data dal protozoo, dall'ameba ch'egli ha trovato.

Codesto è certamente un passo in avanti nello studio dell'etiologia dei fibromi, ma non è tutto, e confidiamo che si troverà la vera causa.

Comunque, il fibroma non è, per la sua struttura, che un neoplasma anatomicamente benigno, e non come il carcinoma, il sarcoma, il deciduoma maligno, ecc., capace di trapiantarsi, di generalizzarsi e di infettare l'organismo. La sua struttura risulta da fibre muscolari e connettivali, talora in proporzioni normali e tal'altra con prevalenza dell'uno e dell'altro elemento e rammenta perfettamente quella dell'utero. Lo sviluppo dei fibromi è lentissimo ed essi sono ben lontani dall'uccidere per loro stessi le malate, ma possono rivestire un carattere clinicamente ed anatomicamente maligno nei sintomi che cagionano e per le modificazioni che subiscono.

Ma il tumore rimanendo nella sua struttura iniziale è innocuo per sè stesso, potendo restare annidato nello spessore dell'utero per lunghi anni, senza cagionare disturbi di sorta o risvegliare reazione morbosa. È, difatti, per tale speciale evoluzione, che riscontriamo spesso all'autopsia di cadaveri di donne vecchie antichi fibroni, più o meno voluminosi, divenuti retratti ed anche come calcificati, che hanno dovuto essere perfettamente innocui e passare inosservati: è anche per questo che vediamo con certa frequenza donne affette da grossi fibroni tirare bene innanti la vita senza altro inconveniente che quello di avere un ventre più o meno voluminoso.

Che i fibroni siano stati sempre considerati come tumori per loro stessi benigni, ne trovo la conferma nel fatto relativamente recente che numerosi autori hanno praticato l'estirpazione delle ovaie per procurare la cessazione dell'emorragia e l'involuzione del tumore senza il più piccolo dubbio ch'esso possa ad un dato momento divenire, rimanendo a posto, entità morbosa di natura maligna. I casi sono oramai numerosissimi.

Ed è appena necessario che io accenni per avvalorare quanto dico, all'opinione generale dei chirurghi americani, i quali, più familiarizzati certo di noi con questi neoplasmi,

essendo molto più frequenti nella razza negra di laggiù, arrivano da gente pratica a considerare i fibromi come *patate dell'utero*. L'espressione sarebbe felice se fosse un po' più scientifica e se non fosse in realtà anche un po' in contraddizione coi fatti.

Che che se ne pensi e dica però, il fatto essenziale è che i fibromi sono neoplasmi di natura benigna e solo possono divenire maligni nei casi di degenerazione e quando presentano sintomi gravi.

Vediamo dunque quali sono le modificazioni dei fibromi ed i sintomi gravi.

2° *Quali modificazioni possono subire i fibromi?*

I miofibromi dell'utero possono per la loro natura, struttura e situazione e perchè facenti parte integrante del tessuto uterino, subire modificazioni di cui alcune sono maligne ed altre benigne.

Le maligne propriamente dette sarebbero la degenerazione in cancro ed in sarcoma.

Che il fibroma si trasformi in cancro teoricamente parrebbe possibile, ma è una possibilità apparente e tutti i trattati l'accennano riferendosi specialmente alla patogenesi enunciata già da un pezzo dallo Schröder, il quale annetteva che l'infiammazione della mucosa che accompagna i fibromiomi, cagiona una proliferazione delle glandole dando luogo ad un adenoma, il quale può passare in una forma atipica per proliferazione degli epiteli dando luogo all'epitelioma. Qualche rarissimo caso parrebbe che si sia riscontrato per dimostrare l'accenno a tale passaggio, ma non in tali condizioni da poter dire che il fibroma si sia trasformato in cancro.

Un'altra genesi hanno assegnato al carcinoma Alban Doran prima e Recklinghausen poi, cioè quella che può svilupparsi dai reliquati dei canali di Muller rimasti impigliati nel tessuto uterino normale e nella massa stessa del corpo

fibroso. Ma anche così nato la frequenza del cancro è rarissima e non si tratta di degenerazione.

Difatti, da una piccola inchiesta iniziata da me presso i chirurghi che più hanno operato l'estirpazione di fibromi risulta chiaro che nessuno ammette il passaggio del fibroma in cancro, nè lo si ritiene possibile. Mentre la coesistenza del fibroma e del cancro s'incontra qualche volta.

La degenerazione, poi, del fibroma in sarcoma ha luogo con una certa frequenza. In mezzo ai fasci fibrosi, dice il Durante, uno dei pochi che ha studiato profondamente e bene i tumori, compaiono elementi cellulari rotondi e fusiformi che mano mano li sostituiscono.

È questo un avvenimento che muta affatto il quadro clinico del fibroma: il neoplasma, che fino allora cresceva lentamente, assume un corso relativamente rapido, diminuisce di consistenza e si trapianta.

Ecco ora le diverse risposte di alcuni degli egregi professori a cui mi sono rivolto pregandoli di darmi il loro avviso sulla questione, della cui amabilità li ringrazio di cuore.

1. *Prof. BOULLY.* — Da 10 anni circa ho visto centinaia di fibromi osservati clinicamente ed esaminati direttamente dopo l'operazione e non ho ricordo d'un *solo caso* di fibroma *vero* che sia degenerato in tumore maligno. Ho osservato tutte le degenerazioni possibili del fibroma: cistica, edematosa, calcarea ecc., ho visto la suppurazione, la gangrena ecc., ma non ho visto mai degenerare il fibroma sia in epiteliooma sia in sarcoma.

Vi sono casi in cui esiste un epiteliooma della mucosa del corpo uterino con ipertrofia dell'organo in apparenza fibromatoso, ma anche in tali casi si tratta d'una vera infiltrazione epiteliale del parenchima uterino con iperplasia del tessuto interstiziale e non di fibroma degenerato.

Ho osservato più volte, il 5 % circa, la coesistenza d'uno epiteliooma del *collo* uterino e di fibroma del *corpo*, ma le

lesioni non hanno alcun rapporto l'una coll'altra e sono quasi sempre lontane l'una dall'altra in modo da non potersi confondere.

2. *Prof. OLHSAUSEN.* — Non mi ricordo d'aver visto il fibroma dell'utero degenerato in cancro.

È ben altra cosa per il sarcoma. Io ho visto presso a poco 8 volte, sopra 1000 casi di fibroma, la trasformazione in sarcoma.

3. *Prof. MARTIN.* — Tra i 1000 fibromi circa che ho visto non ne ho trovato alcuno che si sia trasformato in cancro, ma ve n'erano più di due dozzine degenerati in sarcoma.

La coesistenza del fibroma col cancro l'ho osservata un numero considerevole di volte.

4. *Prof. HOFMEIER.* — Io non ho visto mai un fibroma trasformarsi in cancro, ciò che credo assolutamente impossibile. Molte volte invece ho visto la complicazione del cancro del collo e del corpo; si tratta sempre d'una coesistenza di questi due neoplasmi.

Ho incontrato in pratica circa 400 fibromi di cui 6 o 7 erano degenerati in sarcoma. La diagnosi clinica non fu possibile che in uno o due casi, mentre negli altri non potè essere fatta che durante o dopo l'operazione mercè l'esame microscopico. Tre o quattro volte ho fatto l'estirpazione totale dell'utero dopo un'operazione parziale.

5. *Prof. RICHELOT.* — Non ho mai visto un fibroma uterino trasformarsi in cancro e credo bene che non lo vedrò mai.

Il cancro, diceva Scarpa, nasce nelle regioni dove vi è epitelio. La proposizione di Scarpa è esatta anche oggi; il tessuto dei tumori fibrosi non è atto a produrre l'epitelioma.

Ciò che ho visto è la coesistenza d'un cancro del collo o del corpo coi fibromi. Il fatto non è molto raro e non ha nulla di straordinario, poichè le due specie di tumori si sviluppano sullo stesso terreno: il temperamento artritico. Si sviluppano sullo stesso terreno, ma hanno una struttura differente.

Ritenete, quindi, che avendo visto qualcuno il cancro, nato dalla mucosa uterina, svilupparsi in contatto di masse fibrose, l'ha preso per una massa fibrosa degenerata.

Ammetto *teoricamente* che il fibroma possa forse subire in qualche caso l'evoluzione sarcomatosa, ma ciò non è che una ipotesi razionale la quale è meno urgente della degenerazione cancerigna dei fibromi. Intanto essa non è per me che un'ipotesi non avendo mai incontrato esempi autentici.

6. *Prof. DMITRI DE OTT.* — Mi è capitato una quindicina di volte almeno di estirpare un utero affetto nello stesso tempo da cancro e da fibroma; ma non ho potuto mai constatare una degenerazione del fibroma in cancro. Si è trattato sempre d'una coincidenza di queste due affezioni.

7. *Prof. P. SEGOND.* — Non ho mai visto un fibroma puro trasformarsi in cancro. Ho estirpato invece alcuni uteri che erano affetti in pari tempo di fibroma e di cancro.

8. *Prof. BANTOCK-GRANVILLE.* — Posso rispondere alle due questioni in una.

Non sarei nel vero se le dicessi che una trasformazione d'un fibroma uterino, tumore benigno, in tumore maligno, non sarebbe possibile, ma si può asserire che tale trasformazione non è frequente ed è poco probabile. Io non ho visto nulla che mi dimostrasse tale degenerazione.

Ho visto però dei fibromi cadere in gangrena e se non si apre una via d'uscita ai tessuti necrosati, la paziente soccomberà durante il processo di mortificazione. Io credo che il tumore maligno cominci in tal guisa.

Ho visto invece un cancro del collo in utero affetto da piccolo fibroma, ma le due lesioni erano ben distinte e senza comunicazione; v'era semplice coesistenza.

9. *Prof. LEOPOLD.* — La combinazione del fibroma col carcinoma l'ho visto parecchie volte e sono d'opinione che dalla mucosa che ricopre un mioma può benissimo svilupparsi una neoformazione atipica epiteliale che penetra nel mioma.

10. *Prof. GUSSEROW.* — Non ho mai osservato il passaggio d'un mioma in carcinoma, ma ho osservato qualche volta che in pari tempo che esisteva un fibroma sarcomatoso dell'utero vi era cancro della cervice.

11. *Prof. DÜHRSEN.* — Non ho mai visto la trasformazione del fibroma in carcinoma, ma bensì in una dozzina di casi sopra 200 la trasformazione del fibroma in sarcoma. La diagnosi clinica di sarcoma l'ho fatta basandomi sull'anamnesi e sull'esame ginecologico confermato dai risultati microscopici.

In alcuni casi di fibroma per cui fui consultato e proposi l'operazione, essendo stata questa rifiutata, le malate finirono per emorragie; altre si mantennero bene. Io però se considero questi tumori benigni anatomicamente, non lo faccio clinicamente e non sono perciò dell'opinione di quegli autori che ritengono i fibromi come tumori benigni in tutti i sensi.

12. *Prof. ALBAN DORAN.* — Io ho attualmente in cura una signora dell'età di 36 anni affetta da parecchi anni da fibroma dell'utero che si estendeva fino alla cervice.

Diciotto mesi fa la cervice cominciò ad esulcerarsi, il parametrium fu ben presto invaso; ora vi è una profonda degenerazione cancerigna che si estende fin sopra la vagina. Ho visto un altro caso simile 12 anni or sono.

Parecchi anni fa il Coblenz ed io abbiamo presentato fatti da fare ammettere che i reliquati del corpo wolfiano, trovati nel canale genitale, possono essere il punto di partenza di tumori. Questa teoria non fu generalmente accettata, ma un anno fa il Recklinghausen (*L'adenomioma e cistodinoma dell'utero e delle trombe*) dimostrò esatta questa teoria fondandosi su base di fatti più solida, senza però parlare dei miei lavori.

Ora, dei reliquati tubulari epiteliali ne esistono certamente sulle pareti uterine e sulla cervice di qualche donna (probabilmente in tutte), quindi non solo le cisti, ma si può

avere anche il cancro sul cui valore non può restare il minimo dubbio. Però nei miei casi clinici suaccennati è molto probabile che il cancro si sia sviluppato nell'epitelio normale della cervice.

13. *Prof. KÜSTNER.* — Ho visto sovente l'unione del cancro col fibroma dell'utero. Molti dei casi sono stati studiati al microscopio. Non ho mai trovato la trasformazione del fibroma in cancro. Si è sempre trattato, insomma, d'una semplice combinazione dei due neoplasmi.

14. *Prof. DURANTE.* — In 11 anni ho avuto in clinica 92 fibromi: non posso dare notizie di quelli curati ambulatoriamente e nella pratica privata coll'ergotina. Su questi 92 casi la degenerazione sarcomatosa non fu mai riscontrata mentre la contemporanea presenza di epiteloma del collo e fibroma l'ho vista due volte. In entrambi i casi si praticò la estirpazione addominale dell'utero alla Frennd, con successo.

15. *Prof. RUGGI.* — Ho operato fino al presente 138 casi di fibro-miomi della matrice e 5 casi di fibro-sarcomi. In 4 di questi ultimi ho potuto stabilire la diagnosi prima dell'operazione, nel quinto la diagnosi fu fatta durante l'atto operativo e venne confermata dall'esame microscopico.

Non vidi casi di fibro-miomi associati a cancro, sebbene abbia operato parecchi di questi.

16. *Prof. MANGIAGALLI.* — Dalla mia esperienza risulta quanto segue:

1° È abbastanza frequente l'associazione del carcinoma del collo col fibroma del corpo uterino;

2° È specialmente dopo la menopausa che riscontrai in numero limitato di casi, *a*) la trasformazione di un fibroma in fibrosarcoma, *b*) l'associazione successiva del carcinoma al fibroma sotto due forme: *z*) carcinoma della mucosa del corpo uterino, *3*) carcinoma sviluppatosi entro il fibroma stesso, sopra elementi epiteliali aberranti ovvero sopra elementi ghiandolari penetrati nella massa del tumore per probabile loro inclusione.

Quanto a tradurre in cifre l'osservazione mia, non posso pel momento fare lo spoglio d'un numero ingente di osservazioni cliniche.

17. Prof. SÄNGER. — 1° Un fibroma semplice non può mai divenire un carcinoma;

2° Il carcinoma *colli* ed il carcinoma *corporis uteri* nascono *accanto* al fibromioma, ma le due neoformazioni sono divise da uno spazio. Però nell'ulteriore sviluppo possono toccarsi;

3° Il carcinoma proveniente dalla mucosa della capsula che ricopre il mioma è un caso molto raro; ma qualche volta avviene. La neoformazione carcinomatosa può penetrare nella massa fibromiomatosa;

4° Da un'adenomioma tanto del tipo di quelli di cui la *mucosa uteri* è cosparsa di glandole quanto di quelli del tipo di Recklinghausen, cioè di quelli cosparsi di rudimenti di *uriniere*, può provenire una formazione carcinomatosa dall'interno d'un mioma.

Ora se noi addizioniamo tutte le cifre precedenti, riferentisi alla degenerazione sarcomatosa, cioè:

		Casi di fibroma	sarcomi
Olhsausen	. visti	N.° 1000	8
Martin	. . . >	> 1000	25 (più di 2 dozz.)
Hofmeier.	. . . >	> 400	7 (6 o 7).
Dührssen.	. . . >	> 200	12 (1 dozz. circa).
Durante	. . operati >	> 92	0
Ruggi	. . . >	> 138	5
		2830	57

abbiamo che sopra un totale di 2830 casi di fibroma se ne sono incontrati 57 degenerati in sarcoma; donde la proporzione seguente:

$$2830 : 57 :: 100 : x = 2 \%.$$

Si noti intanto, che il per cento finale dev'essere più piccolo perchè le cifre del Durante e del Ruggi, pur trascurando l'opinione negativa del Richelot ed altri, rappresentano il numero dei fibromiomi operati e non quello dei fibromi incontrati in pratica; ciò che cambia di molto le proporzioni. Di più, le cifre date dagli altri non hanno nulla di preciso perchè alcune date a memoria, e si ha sempre tendenza, in tutta buona fede, di conservare, i ricordi dei casi cattivi, anzichè diminuirli.

Ad ogni modo, tali quali sono queste cifre senza selezione o epurazione di sorta, brute, non danno poi una proporzione di fibromiomi degenerati in sarcoma tale da spaventarci; si ha appena il 2 %.

Nè più frequente deve incontrarsi la coesistenza del cancro col fibroma.

Difatti:

il Bouilly l'ha vista nel 5 % circa dei casi;
il Martin un numero considerevole di volte;
l'Hofmeier molte volte;
pel Richelot non è molto rara;
il de Ott Dmitri l'ha vista una quindicina di volte;
il Segond alcune volte;
il Bantock una sola volta;
il Leopold parecchie volte;
il Gusserow qualche volta;
il Doran due volte;
il Küstner sovente;
il Durante due volte;
il Ruggi mai;
pel Mangiagalli è abbastanza frequente.

Tutto questo dimostra che la coincidenza non deve essere frequente. Secondo la mia impressione sarà non più del 2 %.

Ora se, dopo queste benchè poche notizie, noi consideriamo da un punto di vista generale e pratico la degenerazione sarcomatosa dei fibromi e la loro coesistenza col cancro, mi pare che potremmo essere autorizzati a dire, che queste eventualità morbose non possono incontrarsi in clinica con quella frequenza che generalmente si crede. Una conferma di grande valore su questo punto, me la porge una statistica del Durante pubblicata fin dal 1895, il quale trovò sopra

68 corpi fibrosi	{	fibromiomi	38
		fibromi	4
		miomi puri	4
		fibromiomi con focolai di degenerazione missomatosa . . .	4

Dunque, sopra 68 casi, di cui 50 diligentemente esaminati al microscopio, non si trova nemmeno un caso di fibromioma degenerato in sarcoma nè coesistente col cancro.

Questi dati precisi anatomici non che l'affermazione del Richelot, confermano la poca frequenza clinica delle più temibili degenerazioni dei fibromi; questo è l'essenziale.

Delle altre modificazioni che possono subire i fibromiomi, alcune, senz'essere di natura anatomicamente maligna, tendono a cagionare male, altre piuttosto bene.

Le circostanze che modificherebbero in senso nocivo i fibromi sarebbero l'edema del neoplasma, l'infiammazione, la torsione del peduncolo, la cangrena, lo sfacelo, la degenerazione cistica, per cui acquistano un enorme volume (uno, 75 chili) in pochissimo tempo, o talangectasica o linfangectasica, la degenerazione missomatosa, amiloidea, ecc. ecc. E benchè non sempre fatali nei loro esiti, da compromettere la salute e la vita della paziente, pure queste modificazioni sono gravi, ma possono rivestire talora caratteri di assoluta benignità. Giova aggiungere pertanto, che utili o no, tali eventualità sono d'una estrema rarità.

Se è per lo meno rarissima la trasformazione in peggio non è così delle trasformazioni in bene del fibromioma. Le modificazioni sono varie come l'indurimento, la calcificazione e la degenerazione grassa; ma è principalmente questa ultima che apporta i più benefici effetti.

Le circostanze che la determinano e la favoriscano, massime quando si tratta di mioma più o meno puro, sono la menopausa naturale, la gravidanza, l'uso dell'ergotina, delle acque termali, dell'elettricità, ecc.

Una piccola analisi su queste diverse circostanze mi pare della più grande importanza.

MENOPAUSA. — Il Mangiagalli in uno studio sull'età critica della donna, esaminando i fibromi uterini in rapporto alla menopausa, s'eleva, ei dice, con molti ginecologi moderni, contro l'ottimismo di coloro che accorderebbero all'età critica una influenza benefica sui fibromi, credendo, cioè « che le emorragie cesserebbero, che i tumori diminuirebbero di volume e diverrebbero indifferenti per l'organismo muliebre, una malattia benigna, insomma, contro la quale deve farsi poco più che nulla ed attendere la menopausa... »

Il Mangiagalli potrebbe documentare invece con numerosi fatti della sua personale esperienza « che i fibromi possono per sé condurre alla morte per emorragia, per degenerazione grassa del cuore, per alterazione delle vie urinarie, come: cistite e pielonefrite.

« Che essi diminuiscono la resistenza dell'organismo e lo rendono facile preda di malattie intercorrenti. Che i fibromi molte volte prolungano il periodo mestruale ed emorragico indefinitivamente.

« Non è straordinariamente rara la trasformazione dei fibromi in tumori maligni dopo la menopausa. Sono frequenti i casi in cui si osserva sfacelo dei tumori e fatti peritonitici gravi, non che la trasformazione fibro-cistica. » Secondo lui « la tendenza stessa ai processi atrofici regressivi

può essere causa, diminuendo la nutrizione dei tumori e causando lo sfacelo, ovvero provocando per la degenerazione granulo-grassosa del tumore perifericamente situato e della zona uterina ad esso corrispondente, per le conseguenti esfoliazioni dell'epitelio peritoneale e delle aderenze che possono a loro volta diventare sorgenti di disturbi e di inconvenienti, contribuire all'aumento successivo dei tumori come parecchie volte ebbi occasione di constatare. »

Jacobs, di Bruxelles, in una recentissima pubblicazione, ritiene anche egli la cattiva influenza della menopausa sui fibromi. Crede che il fibroma appare in regola generale qualche anno dopo l'ultimo parto, dai 30 ai 40 anni, passa inosservato, tranne quelli emorragici, una diecina d'anni circa e poi per l'avvicinarsi dell'età critica, aumenta di volume e forza la malata a ricorrere allo specialista pei disturbi locali e generali che cagiona.

Dopo l'età critica vi è ordinariamente un arresto nei disturbi che non è di lunga durata e, a partire dai 40 ai 60 anni, epoca in cui si vede il più gran numero di fibromi, sopraggiungono le diverse degenerazioni e si hanno le fatali conseguenze che il chirurgo non è più al caso di togliere. Jacobs è dunque convinto che la regressione dei tumori fibrosi in seguito alla menopausa non corrisponde realmente ai fatti come non corrisponde coll'operazione del Battley e ritiene che tutti i fibromi reclamano una cura chirurgica. Di quest'opinione pare che sia da noi il Novaro, ed altrove il Dührssen, come risulta dalla sua lettera riportata e contrariamente a quanto disse a Mosca.

Dunque, secondo questi autori i fibromi uterini peggiorano quasi sempre dopo la soppressione del flusso mestruo; a me questo non pare che sia studiare completamente la questione, ma incompletamente dal solo lato pessimista.

Dire, infatti, che l'età critica nella donna è quasi sempre sorgente di molti malanni per rapporto ai fibromi uterini, non è dire tutto nè veramente conforme a ciò che accade in

pratica nell'immensa maggioranza dei casi. Nessuno ignora che i miofibromi possono nelle donne in cui è cessata la funzione mestrua, essere causa di disturbi, ma tutti sanno altresì che la *menopausa naturale*, pure ammettendo che possa talora verificarsi qualche anno più tardi, cagiona soventissimo la diminuzione di volume del neoplasma, il quale subisce una retrazione nei suoi elementi anatomici, una vera atrofia, come avviene d'altronde in tutto l'utero miomatoso o no. Ciò è tanto vero che una delle più frequenti controindicazioni dell'isterectomia è precisamente l'avvicinarsi della menopausa. Questo dicono tutti i chirurghi, e dei più valenti, consultati da donne sulla quarantina affette da fibromiomi. Difatti, è ben difficile che si estirpi un utero miomatoso anche emorragico, senza un'urgente indicazione quando la donna si avvicina all'età critica, consigliandosi invece la malata di attendere qualche anno ancora perchè sopraggiunta la menopausa ogni incomodo finirà. Questo è il risultato di lunga esperienza clinica contro cui non basta l'opinione di pochi arditi benchè valenti chirurghi.

Nè trovo fatti sufficienti per ammettere che l'età critica porti con sè fatalmente la condizione anatomica favorevole alla genesi del mio fibroma. Se così fosse dovremmo vedere questo neoplasma iniziarsi molto più frequentemente nell'età avanzata, al di là dei 50 anni, della donna, di quanto in realtà non s'incontra.

Difatti, ecco una statistica eloquente fondata sulle ricerche del Malgaigne, del Dupuytren, del Braun e del West Ch.:

Donne dai 15 ai 20 anni	N. dei casi	3
» » 20 ai 30	» » »	40
» » 30 ai 40	» » »	83
» » 40 ai 50	» » »	86
» » 50 ai 60	» » »	22
» » 60 ai 70	» » »	2
» » 70 ai 74	» » »	5

Simile nei risultati è la statistica moderna del Durante che sopra 64 casi trovò:

al disotto dei 30 anni	N. dei casi	0
dai 30 ai 40 anni	»	33
» 40 ai 50	»	29
» 50 ai 60	»	1
al disopra dei 60 anni	»	1

Da mie ricerche, che pubblicherò prossimamente nel volume dei miei *Elementi di ostetricia*, risulta che l'età in cui lo sviluppo del miofibroma è più frequente oscilla tra i 30 ai 50 anni, e la loro manifestazione sintomatica dai 30 ai 40 — il periodo culminante dell'attività generativa — come afferma il Winkel e come dimostra il Gusserow nella sua statistica, il quale, sopra 956 donne affette da fibroma, ne trovò 672 nelle donne maritate e 284 nelle nubili; ciò che depone contro l'affermazione dello Spiegelberg, del Virchow, dello Scanzoni ecc. che attribuivano lo sviluppo dei fibromi all'inattività dell'apparecchio sessuale.

Non basta il dire che il maggior numero dei fibromi si ha in quell'epoca della vita in cui ha luogo più frequentemente la menopausa, per attribuirne la paternità alla cessazione del flusso mestruo, perchè, occorrerebbe per dir questo, che il maggior numero dei fibromi sia riscontrato dai 50 ai 60 anni e in là, tanto più che il fibroma per tradursi fisicamente al nostro esame o per cagionare disturbi, ha bisogno talora di molti anni di sviluppo. E quando io incontro un tumore fibroso in donna dai 40 ai 50 anni, son portato più a credere che il tumore dati da un'epoca anteriore a quella in cui comincia il lavoro di regressione nell'utero per la prossima soppressione delle regole, anzichè sia fatto morboso del momento.

Che la menopausa naturale determini l'involutione del neoplasma è una verità accettata da tutti; tanto che si

pensò e si pensa ancora in molti casi di procurarla artificialmente estirpando le ovaie. E se la concezione geniale che il Blundell ebbe fin dal 1823, confortata con esperienze sugli animali, dell'intervento chirurgico indiretto contro i fibromi, praticato per la prima volta dal Trenholme nel 1876, e quattro anni prima, nel 1872, quasi contemporaneamente dallo Hegar in Germania e dal Battey in America, per nevralgie ed altri disturbi con utero non miomatoso, non ottenne perfetto riscontro nella sanzione clinica, la causa devesi piuttosto a circostanze estranee anzichè al mancato successo. E chi ha praticato molte castrazioni per combattere i fibromi ha visto spessissimo arrestarsi le emorragie, la mestruazione ed ha visto chiara e marcatissima l'involuzione del tumore. Le statistiche dello Hegar e quelle che si trovano in tutti i trattati di ginecologia sono là per dimostrarlo.

Oggi la castrazione continuerebbe ad essere sempre con crescente favore praticata nella cura dei fibromi, se non vi fossero talora difficoltà grandissime per trovare ed estirpare, quando i tumori sono enormi ed esistono aderenze, completamente le ovaie, e se il lasciare a posto l'utero non costituisse sovente un malanno o la cagione di malanni.

Difatti, io ritengo che una cosa è la castrazione precocissima, in piena vita ed attività genitale per rapporto all'organismo in genere ed in specie all'utero, e ben altra cosa è la menopausa naturale che avviene mentre tanto nell'utero quanto nell'organismo tutto intiero, si verifica un processo di potente regressione naturale, necessaria. Ricordiamoci a questo proposito di due brillanti aforismi; secondo il Michelet la donna altro non è, durante l'attività della funzione generativa, che un *utero servito da organi*, mentre l'età critica sopraggiunge quando, come dice il Bichat, *una metà dell'organismo ha già assistito alla morte dell'altra metà* e forse anche dei due terzi, quando insomma la donna cessa d'essere un utero ambulante, d'essere donna. Ciò è vero ed abbiamo potuto constatarlo in questi ultimi tempi nella cura delle

suppurazioni pelviche o di semplici ovariti bilaterali, in cui è stato provato che sia cosa migliore togliere anche l'utero in pari tempo che le ovaie anzi che lasciarlo, poichè l'utero anche sano, rimasto solo, cagiona certamente disturbi.

Però, vi sono stati casi — ne convengo anche io — in cui i fibromi han peggiorato dopo la menopausa; vi han concorso forse altri elementi etiologici. Ad ogni modo, essi non sono che fatti eccezionali apparentemente numerosi perchè i soli che sono constatati, ma, ripeto, pochissimi in confronto dei moltissimi che passano inosservati. Io ho, a tale proposito, ricordi precisi di parecchi casi di fibromi, di cui trovo superfluo riferire anche in succinto le osservazioni, che decorrono normalmente dopo la sopraggiunta menopausa.

GRAVIDANZA. — La gravidanza pure determina, e pare in grande proporzione, benefici effetti sulla costituzione anatomica del fibromioma, in quanto che subendo i suoi elementi anatomici l'influenza del gravidismo simile a quella subita dalle fibro-cellule di tutto l'utero, come esse, sono in parte anco assorbiti pel processo regressivo che si determina nell'utero puerperale. È per questo che il tumore si rammollisce durante la gravidanza e si distende durante il travaglio per poi divenire sovente più piccolo ed anco sparire completamente, quando la degenerazione colpisce pure gli elementi neoplastici del fibromioma.

Giova intanto avvertire che qualche volta il fibromioma non è influenzato dalla prima gravidanza, ma lo è spesso dalla seconda o terza o quarta. Non può esserlo poi quasi mai o raramente, quando il tumore è sottoperitoneale e più o meno peduncolato e di struttura puramente fibrosa, in modo che non costituendo, per così dire, parte integrante del tessuto muscolare, rimane al di fuori d'ogni influenza del gravidismo, non prendendo cioè alcuna parte al rammollimento, all'ipertrofia ed iperplasia ed atrofia dell'utero tanto in gravidanza quanto in puerperio.

ERGOTINA. — Un'altra modificazione in bene nei fibromi è cagionata dall'influenza dell'ergotina col metodo dello Hildebrandt. Però, esso non è costante e per questo fatto solo ne è soventissimo abbandonato l'uso. È un errore, poichè il fatto non riceve un'interpretazione esatta, come dirò più tardi.

ACQUE TERMALI. — I fibromiomi sono modificati favorevolmente anche dall'uso delle *acque termali*, la cui azione non pare a molti clinici dubbia; ma più che per l'uso esclusivo e semplice delle acque, la cura pare che faccia il massimo bene quando si fa in associazione ad altra.

ELETTRICITÀ. — Infine, la degenerazione adiposa degli elementi miomatosi è anche, benchè in minima parte, determinata dalla corrente elettrica. Ho potuto presentare al Congresso di Berlino un utero miomatoso estirpato dal Durante ad una donna a cui io avevo praticato poche sedute elettriche (metodo Apostoli). All'esame microscopico del tumore si vide che il tessuto neoplastico cominciava a subire negli strati esterni sottomucosi una degenerazione adiposa.

Continuando la cura avrebbe potuto la degenerazione divenire più estesa ed avere per conseguenza la diminuzione o la scomparsa del fibroma?

Certamente, no; perchè, bisogna dire, per essere onesti, che uteri miomatosi per lungo tempo sottoposti all'azione elettrica sono oramai numerosissimi e la sperata diminuzione o scomparsa è lontana dalla realtà e nessuno seriamente oggi pensa più di applicare l'elettricità per determinare l'involutione del neoplasma. Però, la galvano-caustica potendo far cessare il flusso mestruo, abbiamo una menopausa artificiale precoce e quindi, anche per questa ragione, una riduzione di volume nelle dimensioni del neoplasma.

È dovuta tale riduzione all'assorbimento degli elementi muscolari degenerati? È conseguenza dell'assorbimento

degli essudati? Del raccorcimento delle fibre uterine? Non saprei.

Sarebbe bene, dicevo a Berlino, che, potendolo, fossero a questo riflesso sottoposte, durante qualche tempo, all'azione elettrica, tutte le malate in cui si giudica necessario l'isterectomia per fibromi, affine di potere stabilire scientificamente l'azione elettrica sul neoplasma. Ma è rimasta pur troppo la mia raccomandazione allo stato di pio desiderio, non essendosi mai pensato di studiare questo punto dottrinale della patologia dei fibromi. Nè vi è speranza che tale studio si faccia. L'isterectomia pur troppo non farà su questo punto progredire la scienza.

L'elettricità finalmente esercita un'influenza veramente salutare sul sintoma più pericoloso del fibroma, quale è l'emorragia, facendola cessare nell'immensa maggioranza dei casi, diminuendo i dolori e gli effetti della compressione. Essa favorisce anche pel suo felice stimolo sulla muscolatura, l'estrinsecazione del fibroma interstiziale verso il peritoneo o verso la mucosa, il peduncolarsi dei polipi ed anche l'espulsione spontanea o mediante piccoli ed innocenti interventi. Sotto questo punto di vista può dirsi che l'elettricità curi radicalmente i neoplasmi fibromiomasiosi.

La trasformazione in bene, dunque, del neoplasma miomatoso dopo la menopausa naturale, dopo la gravidanza ed in seguito alla cura dell'elettricità, dell'ergotina, delle acque termali, ecc., dev'essere ritenuta in pratica come frequentissima.

Noi abbiamo, dunque, che la degenerazione più temibile dei fibromiomi quale è la cancerigna, non esiste e che la coesistenza del fibroma col cancro è rarissima; la degenerazione sarcomatosa è molto rara e quando esiste è facilmente diagnosticabile in modo che si può operare la paziente prima che l'invasione di elementi sarcomatosi nella massa fibrosa possa rendere l'intervento inutile o prima che la malata sia

uccisa. Di più, le altre modificazioni in peggio sono anch'esse rarissime e tali in ogni caso da dar tempo ad un utile intervento, mentre sono molto più frequenti le modificazioni in bene sia spontaneamente e naturalmente e sia in seguito a razionale e ben diretta cura.

3° *Qual'è l'utilità o meno dell'utero miomatoso per rapporto alla donna, alla famiglia, alla società, alla scienza?*

L'utero miomatoso, puro, non degenerato, non enormemente voluminoso nè causa di emorragie o dolori od altri disturbi, non è un organo dannoso ed inutile da doversi estirpare come un pezzo patologico qualsiasi che ha perduto la sua funzione o che costituisca, quale sorgente d'infezione, una minaccia di fatale ed imminente pericolo per l'esistenza della malata. Tutt'altro invece; i fibromi dell'utero piccoli, di media grandezza, massime quelli che non determinano emorragie continue e profonde, e non son pochi, non impediscono la fecondazione. Difatti risulta da una statistica dell'Hofmeier e da una lunga discussione che ne seguì, che, mentre la sterilità per cause comuni è del 13 %, lo è solo del 15 % nelle donne ad utero miomatoso. Non solo questo, quanto che l'aborto non è costante e necessario, ma relativamente raro, come frequente è il parto spontaneo e artificiale a termine o vicino del termine.

Si aggiunga a ciò il fatto che dopo la gestazione il tumore può sparire.

L'utero miomatoso, quindi, non essendo causa di disturbi e potendo permettere la nascita di bambini vivi, bene sviluppati, costituisce una suprema ragione di felicità nella donna e nella famiglia. E quando si pensa che, estirpando un utero ad una giovane sposa, la si priva di divenire madre e di gustare le ineffabili, le sante gioie della maternità; quando si pensa quali e quanti interessi civili e morali sono ordinariamente legati alla nascita di un bambino, bisogna convenire che è sovente un crimine distruggere con

un colpo di bistori tutto un poema di affetti e la sorgente di vitali interessi.

Io non voglio essere dinanti al male, poeta, filosofo o sentimentale più di quanto non sia necessario; dinanti al pericolo che minaccia la vita d'una donna, soglio essere chirurgo energico ed ardito in tutta la estensione della parola. Ma ove il male non esiste, ove il pericolo è lontano o molto problematico, è crudeltà essere chirurghi ad oltranza; e un po' di sentimento nel cuore, un po' di poesia nell'anima non guastano punto le qualità del medico.

Siamo franchi; la donna non vive che pel sentimento della maternità e non pel bisogno dell'atto materiale dell'accoppiamento, che sovente la disturba e che spesso detesta; voi tutti lo sapete, sopra 10 donne 8 per lo meno non sentono alcun piacere durante l'amplesso sessuale e se vi si prestano di buon grado è per avere un figliuolo e per tale scopo sopportano sofferenze inaudite ed affrontano pericoli senza fine, quali soventi si hanno nella gravidanza e nel parto e per questo subiscono talora operazioni!

Tanto è ciò vero che la donna che non ha o non può avere figli, perchè resa sterile, subisce tale un disinganno nei suoi ideali, il suo sistema nervoso si altera talmente, il suo morale si offusca in siffatta guisa, per cui diviene strana, pazza, cattiva, anco direi, cercando sovente in tutte le maniere ed involontariamente anche di vendicarsi della società, odiando perfino i bambini. È un fatto codesto di osservazione giornaliera su cui si potrebbe scrivere un libro stupendo di psicologia post-castrazione.

Ben diversi sono i sentimenti affettivi nella donna madre.

Guardatemi una Madonna di Raffaello, diceva lo Sneguireff, inaugurando la sezione di ginecologia al Congresso di Mosca, e voi vedrete quanta dolcezza, quanta beatitudine

traspare da quel viso divinamente bello nella contemplazione del suo bimbo; gli occhi son pieni del più puro sentimento materno; tutte le ineffabili gioie del cuore, tutte le commozioni dell'anima, quella figura le sente, da essa s'irradiano e si trasfondono in noi che spesso ammirandola ci sentiamo a nostra volta commossi. Quell'essere ideale si bea nel sentimento della maternità.

Guardatemi una sposina di fresco nell'intimo del suo focolare, reduce dal viaggio di nozze. Essa ha appena il tempo di buttar via l'abito impolverato ed il suo primo pensiero dopo d'averne parlato durante tutto il viaggio è quello di occuparsi nascostamente di piccoli oggetti che potranno servire pel futuro bambino; essa non è ancora incinta, ma nessuno potrà dirle di non divenirlo e di non esser madre senza avvilirla, umiliarla, senza troncargli ogni speranza, senza ottenebrare quel lembo di cielo serenamente puro che brilla come meteora luminosa nel buio del suo avvenire. Non distruggete quella tela di ragno dai fili d'oro su cui brillano a centinaia le fiammelle dell'illusione che una Fata amica tesse incessantemente per la giovane sposa; non distruggete quel paradiso, perchè voi distruggereste la donna.

Guardatemi una giovane madre col suo bimbo in grembo o quando l'accarezza nella culla; essa è felice nella piena della commozione, mentre forma i sogni più rosei sull'avvenire del figliuolo, pregustando le gioie delle più belle speranze che debba un giorno il frutto delle sue viscere, divenire un genio, un eroe, un re. Non distruggete codesto sogno dell'affettuosa madre, ove germogliano e maturano al limpido sole della gioia i fiori più belli e più puri dello affetto materno, il cui soave profumo inebria l'anima della giovane madre. È spesso la sola oasi, questa ebbrezza, nel deserto della vita sua in questa valle di lagrime.

E soprattutto non ridete su questa onda benefica di arcana poesia che increspa soavemente il mare spesso agitato

della dura pratica nostra; lasciate che io sia per un istante poeta e ne goda il refrigerio della brezza per conservare intiero il mio sentimentalismo. Poichè, distrutta la donna non rimane che una *virago*, un individuo neutro spesso triste e maligno, un esemplare mostruoso della specie deturpata che vegeta *veluti pecora quae natura finxit prona et ubidientia ventri*, e più che pecora soventi vipera, iena, come le tante donne castrate moralmente dalle menzogne d'una fede degenerata, sorgente inesauribile di ludibrio, perchè, *crescite et multiplicamini*, gridò Iddio alla prima coppia, perchè non è vero che nella fede di Gesù Cristo sia escluso il sentimento della maternità; non è vero, anzi tutt'al contrario. Alla Maria dei pagani, squaldrina, Venere, si volle opporre dalla fede nuova, nata dalle ruine del paganesimo, una Maria che ne facesse assoluto contrasto, pura, ma madre.

Che si ritenga Maria vergine quanto si voglia per opportunità di misticismo, sta bene; ma senza il sentimento della maternità nel cuore, la Madonna non potrebbe costituire per l'uomo quella sublime idealità che le si accorda. E non vi è preghiera di fervido credente, non vi è manifestazione etica ed estetica di squisita arte dovuta al pennello d'un Raffaello e d'un Murillo o allo scalpello d'un Michelangelo o trascritta in armoniosi versi ed in divina melodia da un Palestrina, che non s'innalzi al trono di Dio senza rivolgersi in pari tempo col pensiero alla madre di lui, senza raffigurare o trascrivere la Vergine Madre.

Il celibato religioso, soffocando ogni sentimento di maternità, non è dunque che un'infamia sancita da barbari preti incrinati.

Tutto ciò vi dimostra come qualmente la ginecologia debba essere conservatrice!

Si potrebbe determinare la più terribile delle mutilazioni in una donna votata certamente alla morte o quando si fosse certi che metterebbe al mondo esseri mostruosi

incompatibili colla vita o esseri malvagi e tristi. Ma nessuna ragione organica esiste nella donna con utero miomatoso perchè essa non possa dare figli sani, forti e buoni da divenire onesti e valorosi cittadini, luminari della scienza o benefattori del l'umanità.

Io ammetto la selezione rigorosa e scuso ed ammiro anzi la legge di Sparta che condannava alla morte gli storpi ed i malati perchè non atti alle armi e a dar figli sani, ma qui, per la pace di Dio, non è il caso. E poi, estirpare un utero miomatoso che nessun disturbo cagiona e solo pel timore che potrà più tardi degenerare, pare, oltre che con ciò sfumano talora vitali interessi, vistose eredità, pare, dico, che sia un'operazione innocente? No. Poichè, non ostante i progressi immensi realizzati tanto nella profilassi quanto nella tecnica operativa, pure la mortalità non costituisce una proporzione trascurabile. A due statistiche recenti mi piace accennare.

Il Durante sopra 50 casi di fibroma operati ebbe come

esiti immediati . . .	{ guarigioni . . .	42
	{ morti . . .	8

Il 16 % di morti non mi pare che sia una proporzione trascurabile, massime in quei casi in cui l'intervento non è rigorosamente indicato.

Il Doyen praticò, durante i pochi giorni passati a Mosca, diverse operazioni, tra cui 4 isterectomie ed ebbe, a quanto mi si assicurò, come

esiti immediati . . .	{ guarigioni . . .	2
	{ morti . . .	2

Si badi che io non discuto con ciò l'indicazione e mi piace ammettere che essa vi sia stata chiara, precisa, imprescindibile; nè metto in dubbio le preclari virtù operative dei due valenti chirurghi, voglio solo fare risaltare che

l'isterectomia sotto tutti i rapporti ben fatta, non è scevra di pericoli. È perciò che io insisto a dire che ove non è in forse l'esistenza della malata si dovrebbe riflettere un tantino prima di praticarla.

E voglio ammettere che tutte le isterectomizzate guariscano dell'atto operativo, come recenti statistiche del Novaro, Monara e Jacobs lo dimostrano; quali saranno gli esiti remoti?

Di questi nessuno tien conto; eppure non sono sempre soddisfacenti. Ho visto in questi giorni una donna a cui fu praticata l'estirpazione dell'utero affetto da grosso fibromioma per una forte emorragia. Ebbene, questa donna è oggi rovinata, tante e tali sono le sofferenze nervose che ha come conseguenze. Altri casi simili, ho visto anch'io di cui uno mi appartiene.

Chi si occupa di malattie nervose sa quanti disturbi si stabiliscono nelle donne che han subito l'isterectomia. Mi diceva il collega Ghilarducci che ha visto, nel suo breve soggiorno a Roma, più di sei donne isterectomizzate seriamente ammalate; una finì al manicomio pazza, due divennero morfinomani da compromettere la vita, le altre sono lì in uno stato veramente compassionevole.

Guai poi se le isterectomizzate appartengono alla numerosa classe di individui affetti da nevrosi isterica, come certamente vi apparterranno. Difatti, in questi ultimi tempi l'Angelacci ed il Pieraccini, mediante un'inchiesta diretta a psichiatri, chirurghi e ginecologi dell'Europa e dell'America, hanno potuto raccogliere ben 117 casi clinici, circa l'influenza delle operazioni chirurgiche praticate sopra organi sessuali ora sani, ora malati, nell'isterismo, dai quali traggono le seguenti conclusioni:

1° È da proscriversi l'ablazione dell'utero e degli annessi normali, come mezzo di cura della nevrosi isterica e della pazzia;

2° Lo stesso isterismo costituisce quasi una controindicazione alle operazioni chirurgiche da effettuarsi a scopo di cura ginecologica;

3° Tali operazioni non debbono trarre l'indicazione dell'opportunità loro se non dalla gravità delle malattie degli organi sessuali da asportarsi, e indipendentemente da considerazioni riferentisi alla speranza d'influire eventualmente sullo stato nevropatico delle operande;

.....
L'importanza di queste conclusioni si rileva senza bisogno di commenti; esse riguardano tanto direttamente quanto indirettamente il mio soggetto compiacendomi di trovare in esse nuovi elementi contro l'isterectomia non rigorosamente indicata. Ma su di ciò ritornerò con un altro lavoro che spero riuscirà molto concludente.

Ma, a parte tutto questo, la scienza se ne avvantaggia delle frequenti isterectomie? No.

Anzitutto, è da molto tempo che io considero l'ostetricia come lo studio degli organi genitali non solo dal punto di vista dell'anatomia e fisiologia, come altre volte si voleva, ma altresì della patologia e della terapia. E l'ostetrico che volesse oggi limitarsi agli studi antichi, assumerebbe il modesto ufficio di mammanna. Insomma, l'ostetrico dev'essere ginecologo e viceversa. L'ostetrico ed il ginecologo con scopi e fini diversi in pratica non possono esistere; sarebbe, come è, un controsenso: devono essere tutt'una cosa. E pertanto noi assistiamo al curioso fenomeno che, mentre con una mano togliamo l'utero alla donna, dobbiamo coll'altra assisterla nel parto! Contraddizione paradossale, assurda.

E quando anche si volesse stabilire una scienza ostetrica ed una ginecologica è giuoco forza convenire che i ginecologi tolgono, come spiritosamente dice un mio maestro, il pane di bocca agli ostetrici, e non si pensi al solo pane materiale, bensì e soprattutto al pane della scienza.

Senza il torturarsi continuo dello spirito umano per cercare e trovare mezzi atti a guarire un male, a superare difficoltà, la scienza ostetrica non avrebbe fatto alcun progresso. Se si fosse tolto l'utero per ogni piccola lesione, come oggi disgraziatamente si fa, e nei bacini viziati, ecc., noi non avremmo certo assistito all'immenso sviluppo della nostra specialità; non avremmo oggi rimedi, non vedremmo schierati in ricchi armamentari ingegnosi istrumenti, non tutti più utili certo ai nostri dì, ma che sono sempre testimoni muti ed eloquenti d'un passato fecondo di lavoro e di studio e che attestano la grande attività dei nostri maggiori e di quanta ricchezza d'invenzione sia capace il genio dell'uomo.

Se si avesse pensato e si fosse potuto estirpare l'utero fin da due secoli fa, non avremmo avuto il forcipe che è e resterà sempre il più grande benefico istrumento, il parto prematuro, la sinfisiotomia, la versione perfezionata, il cefalo- e basiotribe e tutti gli immensi progressi nell'uso dei rimedi e negli interventi ostetrici in generale, veri benefattori dell'umanità, avendo potuto conservare così la vita a milioni e milioni di individui!

L'isterectomia come oggi si pratica, *currente manu*, non per cancro ben confermato o per fibroma la cui presenza comprometta la vita della donna o per suppurazione pelvica inguaribile, ma per una lunga serie di stati morbosi capaci di guarigione con ben diretta ed appropriata cura, compatibili colla vita non solo, ma benanco colla salute della donna e colla più perfetta funzione degli organi genitali, ed i casi non sono disgraziatamente pochi in cui essa fu eseguita da una lunga serie di chirurghi, non costituisce, a mente mia — piccola mente, se si vuole — la condizione più favorevole a che il campo fecondo dello studio sia aperto alle menti dei chirurghi.

E quando vedo che si portano via a centinaia gli uteri miomatosi per mezzo dell'isterectomia vaginale, cioè a dire,

si estirpano uteri con piccoli fibromi capaci entrambi di passare attraverso il canale vaginale, sono autorizzato a dire che questo atto operativo apre la tomba alla scienza ginecologica e la seppellisce, in ciò che si riferisce, per lo meno, alla terapia dei fibromi. A che studiare e ricercare mezzi per guarirli se posso asportare il neoplasma insieme all'utero?

Asportare il fibroma, sta benissimo; ma perchè anche l'utero?! Anzitutto curare e poi demolire.

È ignoranza voluta o no, da un canto, mentr'è dall'altro barbarie inaudita.

Demolire, dunque, senza riedificare non è la più bella delle scienze.

E l'isterectomia demolisce senza pietà e senza punto porgere l'occasione di interessare ed aguzzare l'intelletto umano per trovare mezzi atti a curare senza demolire.

Quali ricerche, quali scoperte si sono fatte in questi ultimi anni, da che l'isterectomia ha invaso gli animi per curare il fibroma? Nulla; anzi sotto lo specioso pretesto, non giustificato sempre, della cura radicale, si trascurano quei pochi mezzi che si posseggono ancora e si getta incoscientemente il discredito sull'ergotina che tanto beneficio apporta nella cura dei fibromi, si mette in non cale la cura termale, cura non indifferente, e si disprezza, avvileandola con una leggerezza senza pari, l'elettricità che pur costituisce il più possente rimedio per la cura sintomatica dei neoplasmi in discorso.

Tutti codesti mezzi, si dice, con disdegnoso atto di compassione, sono cosucce da mediconzoli, mezzucci non da chirurghi.....

Allons, donc! Glissons, n'appuyons pas! sur ce point là, direbbero i nostri colleghi d'oltre Alpi!

Vero è che si lavora febbrilmente dal punto di vista etiologico per scoprire l'agente e determinare la natura del male per poterlo combattere scientificamente; annuiro e

lodo i benemeriti operai della scienza, ma qualunque sia l'agente dei fibromi che potrà scoprirsi, la natura di questi neoplasmi non muterà per questo e rimarrà quale è stata sempre, ed intanto invece di demolire senza pietà e senza discernimento, sarebbe bene di lavorare anche dal punto di vista terapeutico, il cui studio potrebbe condurci, anche empiricamente, come soventissimo è accaduto, alla scoperta di rimedi più utili.

L'interesse, dunque, della donna, della famiglia, della società, della scienza, consiglia un maggiore rispetto verso, l'utero miomatoso in quei casi in cui nè le funzioni dell'organo siano interessate e compromesse, nè sintomi gravi minaccino l'esistenza o la salute della donna ed in cui ogni mezzo terapeutico non sia stato esperito. Dev'essere interesse di tutti noi, e i chirurghi che han cuore ben fatto e figlie care ed affettuose informino, di salvaguardare il più che sia possibile le donne affette da fibromiomi uterini da una chirurgia demolitrice senza che vi sia formale ed assoluta indicazione.

Un chirurgo opererebbe nelle stesse condizioni sulla propria figlia? No, certo; ed allora non deve farsi lo stesso cogli altri?

Ed io temo che, se non si arresta questa foga di isterectomizzare tutte le donne, l'epoca attuale sarà chiamata dai nostri nipoti, l'epoca barbara della ginecologia, nella guisa stessa che barbara ed inumana chiamiamo noi quell'epoca in cui l'ostetricia era fatta a base di tenaglie ed uncini. Ricordiamoci quanta gloria s'acquistò Ambrogio Parèò per aver soltanto ristabilita la versione podalica a feto vivo dovuta ad un italiano, a Salaris, che la praticò in quest'alma Roma un secolo dopo Cristo e 400 anni prima del Parèò. Io non dubito che un altro Parèò non debba sorgere per arrestare la mano dei chirurghi, per ciò che si riferisce all'estirpazione dell'utero per innocui ed innocenti fibromiomi.

4° *In che consistono i pericoli del fibroma?* — Nell'immensa maggioranza dei casi i corpi fibrosi, dice Pozzi, non danno durante la vita che fenomeni vaghi che sono spesso sconosciuti, pure, giova confessarlo, benchè neoplasmi di natura benigna, i fibromi possono degenerare e noi abbiamo visto in quale maniera, in quale proporzione ed in quale entità morbosa. Questo fatto presenta naturalmente pericoli sulla cui portata qui non ritornò più.

I fibromi possono anche subire delle modificazioni più o meno pericolose di cui ci siamo occupati.

Ma i pericoli che si presentano più frequentemente e che sono dovuti all'entità morbosa in sè stessa, sono due: l'emorragia ed i dolori.

L'emorragia, che rappresenta il più grave e pericoloso fatto sintomatico, può non essere costante, perchè non ogni fibroma è cagione di perdite sanguigne, che dipendono dalla sede del fibroma. Difatti, delle tre specie di neoplasmi per rispetto alla sede, solo i sottomucosi o quelli che divengono tali ed i polipi intracavitari, danno luogo ad emorragie, ne danno pochissima gl'interstiziali e nulla i sottoperitoneali.

Or bene, i fibromi sottomucosi non sono i più frequenti. A considerare però la cosa dal punto di vista clinico parrebbe di sì, poichè sono essi quelli che cagionano fastidii per cui si ricorre al medico. Comunque, l'emorragia da semplice stillicidio può raggiungere le proporzioni d'una perdita profusa da compromettere la salute non che l'esistenza della paziente; però può essere diminuita ed arrestata mercè una enorme quantità di rimedi.

I *dolori* che i fibromi cagionano talora con discreta intensità e talvolta producendo vive sofferenze, sono dovuti alla distensione dei tessuti nervosi nel fibroma stesso, ma principalmente alla compressione che il neoplasma esercita sopra tronchi nervosi o sopra organi vicini o sopra vasi.

Questa compressione da determinare dolori, edemi e disturbi funzionali generali e locali, è anche essa ordinariamente rara, anche quando i fibromi raggiungono un volume enorme. Chi di noi non ha visto donne portanti enormi fibromi, vivere non pertanto relativamente bene, senza emorragie e senza il più piccolo dolore o fatto compressivo? Mi ricordo d'avere visto durante gli anni 1885 e '86 alla clinica dell'Apostoli, a Parigi, centinaia di donne affette da grossi fibromi (allora l'isterectomia non aveva riscaldato i cervelli), alcuni dei quali, esistenti da parecchi anni, davano all'addome delle pazienti il volume d'una gravidanza a 7, 8 mesi ed anche a termine, senz'aver cagionato mai disturbo alcuno. Alcune di queste donne erano bene avanzate negli anni, passavano la sessantina ed il loro fibroma continuava a compiere l'involutione regolarmente; esse erano accorse dal dott. Apostoli pel desiderio di vedere sparire il neoplasma, poichè s'era in quel momento, in cui più calorosamente si discuteva la possibilità o no dell'atrofia dei corpi fibrosi in seguito alla cura elettrica.

Bisogna convenire che con un enorme fibroma una donna è certamente alquanto afflitta, spaventata e, all'idea d'un sì grosso tumore, di cui ignora la causa, la natura e le conseguenze, il suo spirito è alterato e soffre moralmente. È immensamente preoccupata e tanto più lo è per quanto maggiori sono i discorsi che le persone ignoranti o interessate le tengono intorno alla sua malattia. È naturale che una povera donna in tali condizioni si rattristi enormemente: non mangia, non dorme e dimagra sensibilmente; soffre, insomma, è malata — ecco tutto. In queste condizioni psichiche la parola onesta ed affettuosa del chirurgo potrebbe ridare la calma in quell'anima agitata, e, rilevati i poteri psicologici, si rileverebbero anche quelli fisiologici, riattivandosi così le funzioni organiche ed ottenendosi il ritorno da uno stato generale soddisfacente allo stato relativamente buono di salute.

Che cosa succede invece e non tanto raramente?

La povera donna è spesso spaventata con esagerate paure sulla natura e sulle conseguenze del male e la si opera sovente senza dirle che cosa le si fa e quale è il pericolo che essa corre coll'atto operativo.

Mi permetto accennare a tre fatti, i più recenti, tra tanti di cui i ricordi mi si affollano alla mente.

1° L'anno scorso una signorina forestiera di 29 anni, si presenta a me per un fibroma del fondo uterino del volume di un grosso limone non peduncolato ma evidentemente sottoperitoneale. Non ha mai avuto emorragie, nè dolori; vive bene e non si lagna di nulla.

È tormentata però dalla paura che le si è fatta a proposito del suo tumore e vorrebbe liberarsene. Consultò il Tripièr, l'Apostoli ed alcuni chirurghi parigini, i più conclusero per l'isterectomia; non volle sapere d'operazione. Viene in Italia. A Firenze le si vuole estirpare l'utero; si rifiuta. Qui, a Roma, è indirizzata a me dall'Apostoli; ignoro se abbia consultato altri; viene a trovarmi per chiedermi una cura elettrica e perchè io le dica se il tumore meriti o no essere estirpato insieme all'utero. Essa non vorrebbe ciò se non fosse necessario sia perchè ha paura dell'operazione sia perchè dovendo passare a nozze non vorrebbe essere resa sterile essendo legati alla sua futura famiglia grandi interessi e nomi illustri.

La esamino e le rispondo onestamente che l'elettricità non le farebbe sparire il neoplasma, il quale, d'altronde, non è in tali condizioni da cagionarle sintomi pericolosi e che fino a tanto che nessun fatto morboso sorgesse per compromettere la sua salute o la sua esistenza l'operazione non sarebbe punto necessaria; io non la praticarei. Consiglio il matrimonio, poichè, non essendo impossibile la fecondazione, una o più gravidanze potrebbero aver luogo ottenendo così la realizzazione del suo vivo desiderio di avere un erede e

la possibilità di vedere sparire il tumore. Potevo dire altrimenti? Non mi pare che avrei potuto in coscienza di medico onesto agire in diversa guisa.

La signorina rimase soddisfatta e rivedendola qualche mese più tardi la trovai completamente tranquilla, non più in preda, mi disse, a quella ossessione della paura.

2° Mentr'ero a Mosca, quest'anno pel Congresso, ricevetti la visita d'un giovane pregandomi di accettare l'invito di visitare una malata. Fui sorpreso che venisse giusto da me e rifiutai, allegando che ero straniero e che non mancavano, massime in quel momento, valenti chirurghi da consultare. Ma le insistenze furono tali che accettai.

Si trattava di una malata di circa 53 anni, del Caucaso (Bacon); si maritò a 21 anno. Dopo qualche tempo si ammalò di flogosi intestinale ed il medico esaminandola trovò in pari tempo un grosso tumore dell'utero consigliandola per ciò a farsi operare senza perder tempo, in caso contrario, non solo non avrebbe figli ma morrebbe certamente presto. Il medico l'indirizzava ai professori Hegar o Keberlè, i cui nomi in quell'epoca erano noti come autori di grandi atti operativi della cavità addominale. Tale annuncio spaventò la paziente e fece in conseguenza, come essa dice, una vera malattia.

Dopo un anno circa, rimessasi bene, rimase incinta e sgravò benissimo, ciò che fece in seguito per ben quattro volte, e dei figli avuti tre sono ancora viventi; uno è quello che l'accompagna. In seguito è stata sempre bene, benchè il tumore si sia mostrato ora più grosso ora meno, massime dopo la seconda gravidanza.

La mestruazione è cessata da circa 3 anni senza lasciare disturbi di sorta, ed il tumore è immensamente diminuito non cagionando alcuna noia.

Un giovane medico, intanto, capitato in questi ultimi tempi in città, ha di nuovo spaventata la donna con mille strane predizioni intorno alla sorte del suo tumore.

Al primo, altri medici si uniscono e la tormentano perchè si faccia operare. Stanca e spaventata, questa povera donna, parte per Vienna ove conta sottomettersi all'operazione. Ma datasi l'occasione del Congresso a Mosca, passa per consultare prima qualcuno.

L'inferma mi dice di non consultare altro che me; ad ogni modo essa mi domanda: che malattia ha, se vi è pericolo imminente per la vita e se l'operazione è necessaria e pericolosa; al bisogno verrebbe anche in Italia per essere operata da me.

Esamino la paziente e trovo un fibroma dell'utero che costituisce un tumore come la testa d'un feto, impiantato sul fondo dell'organo; si presenta liscio, duro, mobile e non è cagione nè d'emorragie, nè di perdite bianche, nè di dolori. Lo stato generale della donna è eccellente; essa è forte, robusta e ben nutrita e tranne che nel morale per le paure che le fanno, essa non soffre nulla.

Date queste condizioni io rispondo nel modo seguente: « Signora, fintanto che lei non soffre nulla o emorragie o dolori o infiammazioni o altre complicazioni da compromettere la sua salute o la sua esistenza, non si faccia operare. Per ora, non soffrendo nulla e potendo mangiare, dormire e tenersi bene nutrita, in buone forze, accudendo ai suoi affari ed essendo il fibroma in via di marcatissima regressione, l'operazione non è necessaria.

« Il solo inconveniente di avere il ventre un po' grosso e il lontanissimo timore di una degenerazione o altro, ciò che nello stato del suo tumore non ritengo possibile che avvenga, non la giustificano nè punto, nè poco. E poi l'operazione, benchè si pratica oggi in modo eccellente, è sempre una grave operazione non scevra di pericolo.

« Ritorni pure in seno della sua famiglia e si goda le gioie e le carezze dei suoi cari, e fino a che sta come oggi, viva tranquilla e lasci che il suo tumore s'atrofizzi sempre più. »

Così risposi a quella povera donna che mi aveva accolto coi segni della più grande paura impressi in viso e non credo che mi sia ingannato. Molti diranno che ho fatto per lo meno male e mi gratificheranno anzi con degli epiteti di vario genere e non sempre forse benevoli, ma mi compensa e mi consola della critica qualunque essa sia, il ricordo del dolcissimo sorriso, effetto della più grande soddisfazione, con cui quella donna accolse il mio responso, il ricordo dell'emozione che si produceva nel suo animo grato, mentre tremante mi stringeva le mani e nel convulso delle sue labbra nel dirmi grazie.

Comprendo che la mia condotta, volendo guardare il problema anche dal lato materiale è contrario agli interessi professionali, ma il sentimento della mia coscienza è superiore a qualsiasi altra considerazione. Posso errare, ma non volutamente.

3° Ultimamente ancora, mentr'ero in campagna, si presenta a me una donna del paese, pregandomi di esaminarla e di dirle se è assolutamente necessario che subisca una operazione per un tumore dell'utero.

Trattasi di una donna di 42 anni, mingherlina, alquanto pallida, con mediocre sviluppo scheletrico e muscolare e mediocrementemente nutrita.

Ha avuto fin da giovinetta il ventre grosso; è stata sempre ben mestrata, non avendo mai avuto nè emorragie, nè perdite bianche.

Si maritò a 22 anni ed ha avuto due bambini; l'ultimo, una figlia, or sono 11 anni. Il primo puerperio fu patologico ed il medico che la curò le disse che aveva un tumore. Qualche tempo dopo le pareti addominali rilasciate ed assottigliate permettevano alla paziente di palpare il suo tumore ch'era come un pugno d'adulto.

Non si diè pensiero e ridivenne incinta sgravando a termine, come dissi, d'una bambina tuttora vivente.

D'allora in poi questa donna sta perfettamente bene; mangia, dorme, accudisce alle faccende di sua casa; non ha perdite sanguigne nè dolori; è solo mingherlina come è sempre stata.

Il ventre è da qualche tempo a questa parte molto diminuito di volume, e sarei felice, dice la povera donna, se il medico e le persone del paese non mi tormentassero col dirmi e quasi col costringermi ad andare allo spedale a farmi togliere l'utero, in caso contrario potrei morire a breve scadenza. Che cosa mi consiglia lei?

Esamino la malata e nessun fatto attira la mia attenzione all'infuori di quelli esistenti nell'apparecchio genitale. Trovo l'utero ingrossato che arriva col fondo a tre o quattro dita al disopra della sinfisi pubica. Essendo le pareti addominali rilasciate e sottili e la linea alba molto distesa, posso, quasi direi, penetrare nella cavità addominale ed esplorare il tumore in tutti i sensi. Il tumore è fortemente bernoccolato in due masse come due arance, una a destra ed una a sinistra; sono insomma due fibromi, con piccola differenza in volume, non peduncolati, impiantati sul fondo dell'organo.

La massa che costituisce il tumore è liscia, libera e mobile; non vi sono dolori nè spontanei, nè provocati, nè alcun fatto di compressione.

Che cosa rispondere?

Come nei casi precedenti risposi: « Siccome non soffrite nulla e fino a che nessun fatto morboso sorge per compromettere la vostra salute, e non sorgerà tanto facilmente, continuate a vivere come avete fatto finora. Tra qualche anno cessando la mestruazione, il tumore diminuirà sempre più ed ogni pericolo svanirà. Oggi, nelle condizioni in cui vi trovate, l'operazione non è indicata, non è necessaria. »

Potevo parlare diversamente? Non credo.

Comprendo che non tutti i casi sono così benigni, vuol dire che quando vi è l'indicazione praticherò l'isterectomia, come l'ho praticata; se no, no.

I pericoli dunque che i fibromi dell'utero presentano non sono nè numerosi, nè frequenti, nè tali da uccidere la malata prima che si pensi a scongiurarli, mentre non ci mancano i mezzi per vincerne alcuni, avendo sempre tempo dinanti a noi per un intervento radicale.

5° Possediamo mezzi per una cura dei fibromi, che ci dispensi in alcuni casi di praticare l'isterectomia?

Termino di dirlo, ve ne sono e sono tutti quei mezzi che modificando in bene il fibroma, lo fanno sparire o lo rendono innocuo.

Dal punto di vista solamente terapeutico abbiamo l'ergotina, le acque minerali e l'elettricità, di cui mi occupo qui completando l'accenno fatto più su.

ERGOTINA. — L'ergotina è quella, fra tutte le sostanze medicamentose usate dai nostri maggiori come *fondenti* dei fibromi, che si mantiene ancora perchè racchiude in sé un'azione veramente possente ed utile. Tutti gli autori che si son serviti dell'ergotina, massime col metodo di Hildebrandt, come il Leopold, il Martin, il Bosford, il Pozzi, il Durante, ecc., se ne trovarono contentissimi.

Il Durante poi giunge a scrivere che ha ottenuto mediante l'uso dell'ergotina per via ipodermica nei miomi, tali successi che da ora in poi mai si accingerà alla miomectomia, all'isterotomia ed all'isterectomia per mioma senza avere largamente provato l'ergotina, soprattutto nei miomi puri interstiziali del corpo dell'utero. Io ne ho avuto qualche caso ottenendo pure splendidi successi. Molti osservatori invece pretendono di non avere ottenuto alcun effetto e ne la sconsigliano. È un errore, ripeto, poichè l'uso dell'ergotina non è indicato in tutti i casi, ma in quei naturalmente in

cui vi è predominio immenso di elementi muscolari — nei miomi puri — specialmente del corpo, interstiziali, in via di sviluppo.

È di poco effetto poi quando si tratta di fibromi puri, neoplasmi composti quasi esclusivamente di tessuto connettivo e senza fibre elastiche, o quando il neoplasma è peduncolato.

Giova anche dire che l'azione dell'ergotina è subordinata alla composizione del preparato; così p. e. di tutte le diverse ergotine che si usano, una agisce d'una maniera perchè contiene un principio attivo, un'altra agisce differentemente perchè non contiene questo stesso principio. E non credo che sia cosa totalmente destituita d'interesse fare un accenno alla composizione dell'ergotina che usiamo.

Il Plowright e il Kobert ammettono che i costituenti attivi dell'ergotina siano l'*acido sclerotinico*, l'*acido sfacelinico* e la *cornutina*. Questi tre principi hanno un'azione diversa. L'acido sclerotinico abbassa la pressione sanguigna, produce disturbi nervosi, paralisi ed interruzione della respirazione — morte. L'acido sfacelinico è un energico veleno cagionando cangrena in un modo sollecito. La cornutina, oltre ai disturbi dipendenti dalle alterazioni del sistema nervoso, cagiona contrazioni uterine per cui Kobert lo considera come il solo costituente adatto all'uso terapeutico.

Ora, è facile arguire che una preparazione ha tale o tale altra azione a secondo che contiene in predominio o no uno o più di tali costituenti. Difatti Kobert asserisce che l'ergotina prodotta in Francia ed in Spagna contiene maggiore quantità d'acido sfacelinico di quanto non ne contenga quella preparata in Germania ed in Russia che è ricca di cornutina. Gli effetti s'intuiscono; là si ha più cangrena, qua più contrazioni.

Ora, se noi guardiamo la composizione delle numerose ergotine del commercio dal punto di vista dei costituenti

attivi troviamo che la *cornutina* è contenuta dall'ergotina di Yvon, di Denzel, di Bambelon, che l'*acido sfacelinico* si trova di più nell'ergotina di Wiggers, che l'*acido sclerotinico* è la base della ergotina di Bonjean.

Da tali fatti si rileva che la migliore ergotina è quella che contiene la cornutina, e sarebbe migliore perciò quella che porta il nome di *ergotina di Yvon*.

Il Mangiagalli ha abbandonato l'ergotina del Bonjean, il Durante si serve esclusivamente di essa.

Ciò dimostra, come forse l'ergotina del Bonjean non è esattamente sempre della stessa composizione; a me ha dato eccellenti risultati.

Ad ogni modo è dopo lunga esperienza personale che si può dare la preferenza ed accordare buona fiducia all'una o all'altra preparazione.

Un'ultima considerazione mi piace fare, cioè che molti han ragione di dire che l'ergotina non fa nulla: 1° perchè non usano una preparazione atta ad esercitare influenza, 2° perchè l'usano in casi di fibroma in cui nulla vi è da sperare. Altri dicono che l'ergotina fa male producendo la cangrena del tumore; ciò avviene quando si fa uso di ergotina che contiene molto acido sfacelinico.

Io ritengo per fermo che amministrando l'ergotina in casi di miomi poggiandosi sopra criteri razionali l'effetto terapeutico deve perfettamente corrispondere; è una lunga schiera di clinici che ce lo dimostra chiaramente.

Apparirebbe chiaro da quanto precede che quella dell'ergotina sia un'azione retrattile e degenerativa; difatti essa non si eserciterebbe là ove non vi sono elementi capaci di subirne la influenza, come sopra gli elementi muscolari; per cui si avrebbe riduzione delle fibre muscolari, restringimento dei vasi, anemia, disturbi nutritivi e degenerazione, donde il fatto clinico evidente della diminuzione o cessazione della emorragia, della riduzione del neoplasma non solo, ma perfino della sua scomparsa. I fatti sono ormai

numerosissimi e al disopra d'ogni contestazione. L'uso dell'ergotina deve essere però continuato per lungo tempo occorrendo centinaia e centinaia di iniezioni e fatte sulle pareti addominali; una donna ne aveva subito 1500.

La preparazione migliore del rimedio, secondo il Martin, sarebbe *l'ergotinum bis depuratum* impiegato alla dose di 0,1 gram. d'una soluzione al 10 %. Secondo il Pozzi la formula migliore sarebbe:

Ergotina Yvon	5 gram.
Itrato di cloralio. . . .	1 »
Acqua distillata	100 »

M. 12 gocce per giorno, cioè 25 centigr. circa.

Per conservare poi a lungo la soluzione è bene aggiungere al cloralio qualche goccia di liquore del Van-Swieten.

Il Durante, che è tanto entusiasta per gli splendidi effetti avuti, usa 20 o 30 centigram. ogni due giorni di ergotina sterilizzata in acqua satura di cloroformio.

Siccome però non si riesce sempre nell'intento e non ci è dato talora poterlo fissare preventivamente, così sarebbe bene avere un indizio sull'utilità o meno dell'uso dell'ergotina. Ora si può fissare a tale scopo questo: se dopo un centinaio circa d'iniezioni, dice Martin, non si ha una notevole diminuzione nel volume del fibroma o non si arresti o non diminuisca enormemente l'emorragia, si può essere certi che l'ergotina non darà i desiderati risultati ed è inutile in questi casi continuare a tormentare la malata, anzi è bene smetterne al più presto l'uso per rivolgersi più efficacemente ed utilmente a qualche altro mezzo compresi i radicali.

ACQUE MINERALI. — È innegabile che le acque minerali cloruro-sodiche, come quelle di Porretta, di Salsomaggiore, di Salins, di Kreuznach, ecc. esercitano una enorme e benefica influenza sopra i fibroni dell'utero.

I fatti raccolti sono oramai numerosi e non possono mettersi in dubbio, tanto più che le testimonianze provengono da differenti parti, compresi chirurghi punto conservatori. Io stesso conto qualche buon successo dall'uso delle acque di Salsomaggiore.

I tumori fibrosi anche antichi e voluminosi possono, sotto l'azione delle acque minerali, arrestarsi nella loro evoluzione, mentre i piccoli possono sparire; osservazioni scrupolose han potuto dimostrarlo.

Alle acque di Royat in due donne affette da grossi fibromi estremamente emorragici e perciò estremamente anemiche, l'evoluzione dei corpi fibrosi s'arrestò; in un caso il tumore diminuì moltissimo, cessando però in entrambe l'emorragia sotto l'influenza della cura e del gas acido carbonico, tanto che le malate perfettamente rimesse poterono riprendere le loro occupazioni senz'altra perdita emorragica.

Nella cura termale si ha anche il vantaggio d'un immenso miglioramento nel generale ripristinando i poteri fisiologici e rinforzando l'organismo deperito. Il beneficio della cura termale tanto locale quanto generale si ottiene più prontamente e più completamente quando è associata ad altra cura come quella di Hildebrandt e dello Apostoli.

Per maggiormente coadiuvare l'azione delle acque termali giova fare uso anche dei bagni fortemente salati mediante 5 chili di sale di cucina per bagno, fatti per serie dai 20 ai 25; bagni con cui si può rimpiazzare in parte, in casi eccezionali, la cura delle acque minerali.

ELETTRICITÀ. — L'elettricità è uno dei più potenti mezzi di cui la terapia moderna dispone nella cura sintomatica dei fibromi uterini, ed in tale senso i ginecologi se ne servono oggi.

Il Pozzi, difatti, dice che la maggioranza degli osservatori riconosce che l'elettricità diminuisce manifestamente le emorragie ed i dolori migliorando lo stato generale. Egli

consiglia perciò che, senza cadere nelle esagerazioni di Thomas Keit, che dichiarava delinquente chiunque praticasse l'isterectomia senz'aver prima provato l'elettricità, bisogna ricordarsi ch'essa costituisce una risorsa terapeutica che non è più permesso di trascurare nei casi in cui potrebbe che un atto operativo non darebbe buoni risultati.

Il Bonnet ed il Petit scrivono alla loro volta, che l'elettroterapia rende dei buoni servigi a condizione che non le si domandi più di quello che può dare. L'elettricità non fa sparire il fibroma, ma è certo che si ottiene sovente la soppressione più o meno lunga dell'emorragia, la sedazione dei dolori e dei fenomeni di compressione, talora un arresto, per lo meno temporaneo, dello accrescimento del tumore ed anche una certa diminuzione del suo volume. È un mezzo prezioso, continuano essi, nei casi di neoplasmi interstiziali o sottomucosi quando l'operazione non è accettata o è controindicata.

Altri autori sono avversi all'elettricità o, per meglio dire, non le accordano alcun valore terapeutico, fra cui mi duole dover annoverare due maestri illustri e amici carissimi: il Martin ed il Durante e di cui devo, per quel rispetto che tutti dobbiamo alla verità, combatterne le opinioni.

Il Martin, a proposito dei mezzi per arrestare le emorragie dice: « Numerose memorie sono state recentemente scritte sulla cura dei miomi per mezzo dell'elettricità. Io non possiedo sopra questo punto documenti personali; ho fatto però con v. Robenau, quand'era mio assistente, tentativi elettrolitici approfonditi nei casi di carcinoma. Il completo insuccesso delle nostre esperienze mi ha fatto rinunciare ad ogni ulteriore prova. »

Curiosa! si giudica l'azione emostatica dell'elettricità sui fibromi emorragici, sperimentandola sul carcinoma!

Il Durante scrive: « Ultimamente l'Apostoli modificando alquanto il metodo di applicazione, richiamò in onore l'elettrolisi altre volte usata con contrastato successo nei

fibromi dell'utero ed in altri tumori. Io, dopo d'averla usata largamente in clinica e fuori non ebbi la fortuna di avere i risultati che vantano l'autore ed alcuni altri. La sua efficacia, anche come mezzo emostatico, per me è molto dubbia. »

Il prof. Durante, poi, parlando ogni anno dei fibromiomi uterini, critica acerbamente il metodo Apostoli e dice in appoggio della sua convinzione, che il collega La Torre, reduce fresco da Parigi, pregato di praticare il metodo dell'Apostoli sopra malate della clinica, non ottenne il desiderato effetto, di vedere cioè sparire il tumore o arrestarsi la emorragia.

Ecco, l'asserzione dell'amico carissimo prof. Durante, va, per esser giusti, un po' illustrata.

L'uso che io feci dell'elettrolisi nella clinica Durante si riferisce ad un solo caso che merita veramente un accenno per edificazione dei lettori.

Si tratta di una giovane siciliana, di circa 28 anni, nubile, donna di fiducia più che cameriera di una ricca famiglia, di sentimenti religiosi esagerati, una specie di monaca di casa, come se ne hanno parecchie nelle famiglie siciliane, affetta da grosso fibroma uterino interstiziale.

Le perdite mestruali sono alquanto esagerate durando da 6 a 7 giorni e sporcando da 15 a 20 panni. Però, ciò che maggiormente tormenta la malata, è una perdita bianca delle più abbondanti per cui deve guarnirsi come pel sangue. La malata soleva dire: « Dopo il sangue perdo in bianco per circa 15 giorni e non resto libera tra sangue e perdite bianche, che pochi giorni solamente. » È perciò alquanto anemica ed indebolita e quindi maggiormente agitata ed eccitata nei suoi sentimenti religiosi.

Entra in clinica per subire l'isterectomia, ma giunto io in quei giorni, reduce da Parigi, il prof. Durante mi fa l'onore, di cui gli rendo infinite grazie, di affidarmi la malata per provare l'elettrolisi.

Ci volle già del bello e del buono per persuadere la malata a lasciarsi fare le applicazioni elettriche; alla fine si cominciò ma dovendo sostenere ogni volta una vera lotta per farla mettere nell'opportuna posizione che urtava coi suoi sentimenti religiosi e temendo lo schermo delle persone dell'ospedale.

Comunque, applicai diverse volte la corrente elettrica, una diecina di volte, e posso assicurare che le perdite bianche soprattutto, il sintoma predominante, erano quasi completamente cessate da qualche giorno e che la mestruazione sopraggiunta durante la cura fu molto più regolare in confronto delle precedenti. Questo fatto fu constatato principalmente dal Dr. Bonanno, 1° aiuto della Clinica. Intanto la malata dormiva meglio e mangiava di più potendosi così nutrire.

Dopo qualche tempo ch'era all'ospedale, la malata, stanca ed annoiata e ritenendo che l'esporsi a tal genere di cura costituiva un vero peccato, volle lasciare l'ospedale per andare in casa dei padroni col pretesto di solennizzare una festa di famiglia, ma col fermo proponimento di non sottomettersi più alla cura elettrica e non ne volle più sapere. Anzi, prendendo pretesto di una mestruazione, a quanto si disse, abbondante, emorragica, decise di subire l'estirpazione dell'utero miomatoso. Il Prof. Durante intanto non tenendo conto degli effetti sintomatici ottenuti, pretendendo la disparizione del tumore e non vedendola, annui all'operazione e la praticò con successo.

Spaccato l'utero miomatoso estirpato, si trova un grosso fibromioma del fondo dell'utero interstiziale e spaccato il tumore si vide che si era iniziata la degenerazione adiposa alla periferia del neoplasma; mentre vi era nel suo centro una cavità irregolare, da contenere un uovo di gallina, riempita d'una specie di poltiglia rossastra. Questo utero è quello stesso che presentai a Berlino.

Questo il fatto.

Autorizza esso a dire che dopo le prove fatte dal La Torre, la elettricità non merita alcuna stima?

A me parrebbe di no.

E poi, bisogna pensare un po' ad una circostanza; questa: l'azione dell'ergotina per determinare l'involuzione del neoplasma è più certa e più sicura di quella elettrolitica. Ebbene, per quanto tempo deve usarsi tale farmaco? per uno, due e più mesi, dice il Durante. E vuole egli mai ottenere lo stesso effetto con poche sedute di corrente elettrica? Ciò non è possibile, senza dire che più nessuno pensa oggi a pretendere che l'elettrolisi assorba il fibromioma. Sarebbe d'altronde pretendere l'impossibile.

Un'altra accusa si fa da molti al metodo Apostoli, cioè che non sia mezzo emostatico. Ma bisognerebbe per dir ciò essere certi che il metodo sia scrupolosamente applicato osservando non solo le più minute, ma anche le più grossolane regole.

Ora, io ho visto, per esempio, usare da qualcuno la sonda uterina di rame invece che di platino. Tale istrumento non è buono perchè ossidandosi sotto l'azione della corrente, disperde il fluido. Qualche altra volta non si è fatto uso del galvanometro, che rappresenta ciò che è la bilancia nell'amministrazione dei rimedi velenosi; in modo che non si ha alcuna nozione degli *amperi* di fluido usato, i quali possono essere troppi e nocivi o pochi ed inutili. Ho visto applicare il metodo Apostoli per curare una metrite colla sonda di rame e senza galvanometro ed accorgersi l'operatore, dopo 10 minuti, almeno, che la sonda era nell'utero, che la pila non funzionava. Una volta un collega applicando l'elettrolisi senza galvanometro, dovette amministrare tale una enorme quantità di *amperi* che produsse vivissime sofferenze e cagionò una metrite.

Tutti questi piccoli inconvenienti, di nessun valore in apparenza, possono avere al contrario un grandissimo peso nei risultati finali.

LA TORRE.

Coloro quindi che dicono non essere l'elettrolisi d'alcun vantaggio emostatico dovrebbero prima essere sicuri che tutti gli utensili siano in perfetta regola. E questo dai più non si osserva.

Data questa contraddizione nell'interpretazione dell'azione elettrica, io per poter dire qualche cosa di veramente esatto e di più preciso sull'argomento mi son rivolto all'amico e maestro carissimo Dr. Apostoli — l'uomo più competente su questo punto — pregandolo di dirmi qualche cosa in proposito. Ei fu tanto gentile di rispondermi, ed ecco la nota che mi ha mandato, la quale è davvero l'ultima parola sullo stato della questione, tagliando corto sui malintesi che rimangono ancora sul conto della cura elettrica.

« L'intervento chirurgico — scrive l'Apostoli — per i fibromi uterini, consistente ordinariamente nell'isterectomia, è certo che in alcuni casi diviene inevitabile. Ma essa deve rimaner sempre una suprema risorsa, *l'ultima ratio*, dopo che si sono esperiti tutti i mezzi che la ginecologia conservatrice offre.

« Noi pensiamo che, dopo uno studio approfondito del fibromioma uterino, dei suoi caratteri clinici ed anatomicopatologici, della sua evoluzione, dei suoi rapporti con la nutrizione generale e colla nutrizione locale, si deve arrivare ad un concetto terapeutico più razionale, meno brutale nei suoi processi e nei suoi risultati, tenendo più da conto (molto meglio che non lo faccia una grave operazione, come l'isterectomia) i pericoli personali e l'interesse sociale.

« La maggior parte delle donne affette da fibromioma uterino presentano sovente nei loro antecedenti ereditari e quasi sempre negli antecedenti personali, manifestazioni *artritiche*, cioè a dire un vizio della nutrizione generale.

« Anche localmente si constatano disturbi circolatori anteriori o consecutivi al fibroma, che hanno per conseguenza favorito il suo sviluppo.

« In queste condizioni non sembra che la ginecologia abbia migliore ausiliario dell'elettricità e particolarmente della corrente galvanica.

« L'elettizzazione dei tessuti per mezzo della corrente continua o galvanica, praticata secondo le regole d'una tecnica ben definita, che ha già fatto le sue prove, avrà per effetto di modificare la circolazione, d'attivare per conseguenza le funzioni nutritive e diminuire perciò i disturbi attuali, di cui il principale è l'emorragia. Dippiù, l'elettricità s'oppone alla neoformazione che è in via di sviluppo.

« Da ciò si vede che la cura elettrica, benchè sia palliativa e sintomatica e senza avere alcuna pretesa come cura radicale assoluta, può, non ostante, quando è praticata scientificamente per un tempo sufficiente, procurare un beneficio durevole. Si vede anche da ciò che la cura elettrica dei fibromi non dev'essere considerata come una pratica empirica, ma bensì come un metodo che si fonda sugli insegnamenti della fisiologia e della patologia generale.

« Per mezzo della cura elettrica, di cui l'impiego è semplice, facile, alla portata di tutti i medici, per la cui applicazione non è necessario un armamentario molto complicato nè molto dispendioso, quando si tengono presenti le regole precisissime che ho formulato in rapporto alla durata delle applicazioni, al senso della corrente, all'intensità la quale, se deve essere possibilmente alta dev'essere anche subordinata al grado di tolleranza, si otterranno i risultati seguenti:

1° Diminuzione, poi cessazione delle emorragie e consecutivamente regolarizzazione della funzione mestrua nel 60 al 70 % dei casi;

2° Regressione o scomparsa degli essudati periuterini nel 40 al 50 % dei casi;

3° Diminuzione o soppressione dei fenomeni dolorosi nel 50 al 60 % dei casi;

4° Regressione parziale, ma non costante del neoplasma nel 10 al 15 % dei casi;

5° Miglioramento della salute generale che può essere ottenuto direttamente (azione sulla nutrizione) o indirettamente (risultante dal miglioramento locale) nel 60 al 70 % dei casi.

« Noi non abbiamo finito di enumerare tutti i servizi che si possono ottenere coll'impiego dell'elettricità sulla questione che ci occupa.

« Nei casi di polipi intrauterini, la galvanizzazione favorisce ordinariamente la peduncolizzazione (vedere La Torre) e contribuisce per conseguenza a facilitare l'ulteriore estrazione.

« D'altra parte, la galvanizzazione non è solamente un agente terapeutico ma è anche all'occasione, nei casi di annesite, un elemento diagnostico prezioso; poichè i fenomeni di reazione indicherebbero che esistono collezioni purulenti.

« Riassumendomi dirò che la terapia elettrica resta sempre, non ostante i suoi numerosi detrattori teorici, di cui la maggior parte non si è data la pena di sperimentarla, la cura razionale meglio appropriata dei fibromi uterini. Essa mira allo scopo di procurare alla donna un conforto, un benessere che è in diritto di domandare e sperare, pur conservando un organo di cui l'ablazione cagiona sovente, oltre ai pericoli personali, danni considerevoli per l'individuo dal punto di vista della salute generale. Ciò che costituisce in tutti i casi una reale perdita per la famiglia e per la società, poichè è bene notarlo, la cura elettrica non cagiona, come lo dimostrano numerosi casi, la sterilità. E nei casi in cui l'intervento chirurgico non potrà essere praticato, la cura elettrica servirà a portare sollievo alle malate. Così anche nei casi in cui la cura elettrica resterà inefficace, le malate avranno sempre, in ultima

analisi, la risorsa di rassegnarsi allo intervento chirurgico divenuto inevitabile ed allora perfettamente legittimo e giustificato.

« Infine, come conclusione, dirò che il medico che avrà a curare un fibromioma uterino, dovrà, prima d'ogni altra medicazione, consigliare ed utilizzare la cura elettrica cioè la galvanizzazione, non fosse altro che come semplice pietra di saggio. »

I mezzi, dunque, per curare ed anche guarire i fibromiuterini esistono e possono benissimo, anzi devono dispensarci sovente di praticare l'isterectomia.

Dopo questo brevissimo esame si può affermare che la pretesa trasformazione del fibroma in cancro è dimostrata per consenso unanime dei chirurghi e dei fatti che sia più una veduta teorica anzichè una possibilità realizzabile, in quanto, per lo meno, a entità morbosa essenziale, potendosi solo avere l'associazione del cancro e del fibromioma; che la degenerazione sarcomatosa, la quale avviene con più facilità, è in proporzione rara e può essere benissimo diagnosticata in clinica essendovi caratteri marcatissimi, massime nell'andamento dello sviluppo tra le due malattie e si può provvedere a tempo; che le altre modificazioni generali, come la cangrena, l'edema, lo sfacelo, la suppurazione, non che le accidentalità come la torsione del peduncolo, le adesioni con organi vicini, la compressione ecc. che si hanno ordinariamente, quando i fibromi sono voluminosi, sono eventualità rare e non sopraggiungono mai in modo rapido da uccidere l'inferma senza darci il tempo necessario per liberarla o rendere meno perniciose le conseguenze delle complicazioni, di cui alcune sono soventissimo salutari per l'inferma e merita talora la loro apparizione essere salutata con gioia.

Conseguenza eccezionale anche dev'essere considerato il peggioramento nelle condizioni del fibromioma per la

menopausa naturale; mentre i suoi benefici e quelli della gestazione, della ergotina e delle acque termali devono essere considerati come quasi la regola generale. Immensa, salutare è poi l'azione dell'elettricità come cura sintomatica, atta a vincere il frequente e più pericoloso sintoma dei fibromi — l'emorragia — quello che per la sua gravità dà, più d'ogni altro, il carattere clinico di malignità ai fibromi.

Senza dire poi che l'elettricità può determinare l'espulsione spontanea dei corpi fibrosi o renderli più accessibili e quindi più facilmente asportabili.

Infine, l'elettricità, giova ripeterlo, attenua le sofferenze fisiche col calmare i dolori, ridà le forze, migliora la nutrizione sollevando lo spirito ed il morale della malata.

Quale è dunque l'indicazione dell'isterectomia per fibromi?

Se riflettiamo per poco sulla frequenza dei fibromi in rapporto alla rara degenerazione maligna ed alla mortalità in generale della donna di cui ne sono affette, è giocoforza convenire che i corpi fibrosi non meritano assolutamente di essere considerati come i peggiori nemici dell'organismo.

Difatti Bayle, molto tempo fa, aveva osservato che un quinto delle donne che abbiano varcato il 35° anno di età sarebbero affette da questo neoplasma; quante sono quelle che muoiono per esso? In verità sono pochine.

Ha dovuto essere certamente la constatazione di questo fatto che suggerì a Munde, un chirurgo americano di merito, il concetto prognostico e terapeutico seguente, quando scrisse che una metà almeno di fibromi non richiede alcuna cura, mentre per l'altra metà basta una terapia sintomatica. E questo ottimismo è nulla in confronto di quello che addimostrano i chirurghi americani in genere che, come dissi, considerano i corpi fibrosi come gettoni; patate dell'utero.

Esagerazione certo la condotta degli Americani, ma esagerazione anche quello che si fa al di quà dell'Oceano, esagerate pure le tendenze della chirurgia moderna ovunque si pratica per togliere non solo tutti i fibromi, ma benanco moltissimi uteri, poggiandosi sopra concetti aprioristici o sopra timori che non sono giustificati dalla clinica e non sono dimostrati realizzabili dalle ricerche anatomiche, nè lo potranno essere giammai, perchè, infine, la natura del miofibroma, qualunque sia il suo elemento causale, sarà quella che è stata sempre pel passato: benigna.

Tra l'ottimismo degli uni e degli altri il pessimismo, vi corre una distanza tale, tale un'opposizione di idee e di tendenze che non è cosa facile riconciliare.

Non è possibile sostenere che tutti i fibromi, trattati comunque, debbono rimanere a posto, nè che tutti debbono essere asportati soli o insieme all'utero senza avere esperito prima tutti i mezzi per una razionale cura. Solo tenendo la via di mezzo si può raggiungere lo scopo di avere una indicazione razionale della miotomia o dell'isterectomia.

Quando esiste l'indicazione?

Il Martin scriveva nel 1889 che « non si deve evidentemente pensare alla cura se non quando i tumori determinano accidenti e che l'attività dell'intervento terapeutico dipenderà essenzialmente dall'influenza che i fibromi esercitano sopra la vita della donna, sulla sua attitudine al lavoro e sopra i suoi doveri coniugali. La terapia non otterrà risultati certi se non ha per scopo l'ablazione completa delle produzioni neoplastiche. Ma siccome oggi ancora non si è tanto persuasi della cura radicale, così non si può pensare a praticarla se non in un ristretto numero di casi, mentre si ha in pari tempo in moltissimi altri il diritto ed il dovere di far tutto per arrestare lo sviluppo del neoplasma e di impiegare tutti i mezzi noti per ottenere l'involutione. »

Non differentemente scrive oggi lo stesso Martin — la più recente ed una delle più competenti opinioni emesse su tale questione — parlando dell'interessante discussione seguita alla comunicazione del Clarke al Congresso di Mosca, relativamente alla *Cura operativa dei fibromiomi* (Monatschrift, ottobre 1897), riassumendo ciò che disse a Mosca.

« Mi ricordo ancora bene, dice Martin, in che modo ditattorio Mat. Duncan nel 1881 al Congresso internazionale di medicina a Londra, condannava la cura operativa dei miomi e come a quel tempo tanto Lawson Tait quanto il riferente erano isolati allorchè sostenevano la miomoterapia. Nel 1897 tanto il La Torre quanto l'Olshausen erano decisamente in minoranza colla loro opposizione riguardo all'operazione; epperò anche essi volevano ammettere l'opportunità di questo genere di miomoterapia nel caso che la neoformazione producesse accidenti gravi. Il punto di vista dunque di Mat. Duncan sarebbe generalmente abbandonato; noi qui non discutiamo se non il momento opportuno dell'intervento. »

Dobbiamo studiare oggi ancora l'indicazione.

Quest'affermazione del mio illustre amico dà completamente ragione al mio studio sull'indicazione dell'isterectomia. E dico questo perchè, ripeto, vi sono fibromi ed uteri fibromatosi che non giustificano punto la loro estirpazione. Ed in vero, se ricapitoliamo quanto son venuto dicendo finora, cioè che il fibroma non è un tumore di natura maligna potendolo solo divenire rarissimamente per alterazione e pochissimo pei sintomi e per le complicazioni che determina, che non reca grandi disturbi alle funzioni organiche, che il sintoma più frequente e più pericoloso — la emorragia — può essere felicemente combattuto coll'ergotina, coll'elettricità e con molti altri mezzi, che in seguito alla menopausa, alla gravidanza ed all'uso dell'ergotina, delle acque minerali ed altro, il neoplasma può subire l'involutione ed arrestarsi nel suo sviluppo, diminuire di volume o sparire, che

impedisce raramente la fecondazione, che non disturba se non pochissimo o nulla il decorso della gravidanza e poco in molti casi quello del parto spontaneo o artificiale, che un utero miomatoso può formare la felicità di una donna e d'una famiglia e soddisfare i loro legittimi interessi di fortuna non che quelli della società e contribuire al progresso della scienza, non si capisce, dunque, perchè, non ostante l'insieme di tutte queste circostanze e condizioni reclamanti il massimo rispetto per l'utero miomatoso, utilissimo nella maggioranza dei casi, non si capisce, dico, perchè debba essere trattato come il peggiore nemico ed essere soventissimo sacrificato.

L'isterectomia dev'essere dunque subordinata a molte circostanze, come sede, volume e costituzione del neoplasma, rapidità di sviluppo, età, stato sanitario e sociale della malata, gravità dei sintomi, ecc. ecc.

Se io consulto le mie note, trovo che sopra un centinaio e più di fibromi che ho studiato, solo in 8 casi vi è stata indicazione dell'isterectomià; in due l'ho praticata con ottimo risultato, in un caso per emorragia ed in un altro per compressione. In un terzo caso la proposi, a causa d'un celere aumento del fibroma, temendo l'insorgere d'un sarcoma, ma fu rifiutata ed ignoro la fine della malata. In altri due casi, avuti in cura col Prof. Occhini, fuvi un momento in cui parve necessario, specialmente in uno, un intervento chirurgico, forse anche l'isterectomia ed in entrambi la miotomia per vagina, tanto l'elettricità aveva fatto dilatare l'utero e spingere in basso il neoplasma, ma le malate e le famiglie erano contrarie a qualsiasi intervento.

Una delle malate, la signora Z. M. avendo sempre emorragie soccombette per esaurimento e per sopraggiunta complicazione; nell'altro caso, la signora L., il temporeggiamento suggeritoci dalla diminuzione dell'emorragia, portò un benefico effetto sulla salute generale, le forze ripresero vigore, e

sopraggiunta, qualche anno dopo, la menopausa il fibroma cominciò a ridursi. Oggi la malata senza flusso mestruo da circa un anno, vive relativamente bene col suo fibroma in via d' involuzione. In un 6° caso, fibroma emorragico, restai molto in dubbio se, dopo d'essere stata accettata l'idea della isterectomia, si dovesse passare immediatamente all'esecuzione; temporeggiai insistendo sull'uso della corrente elettrica, sull'ergotina e sulle acque minerali, la malata migliorò e dopo 4 o 5 mesi di miglioramento abbandonai l'idea dell'intervento radicale e la paziente si rimise. Sono cessate completamente le emorragie, anzi il flusso mestruo; la donna ha 44 anni, il fibroma è divenuto più piccolo e l'individuo è ridivenuto grasso e forte, come se nulla avesse mai avuto.

In un 7° caso, che ebbi in cura col collega cav. Perillo, la signora B. affetta da fibroma emorragico, viveva da diversi mesi in uno stato di estrema debolezza per le patite perdite sanguigne; non lasciava il letto. Due chirurghi consultati successivamente, volevano praticare l'isterectomia. Giunto io qui, reduce da Parigi, col metodo Apostoli, fui consultato. Esaminata la malata non nascosi il grave stato per la profonda anemia dell'organismo e per le perdite sanguigne continue ed inclinavo anch'io per l'isterectomia, la quale si sarebbe resa necessaria, se non si potesse arrestare subito la emorragia.

Praticai l'elettrolisi col doppio scopo di vincere il sintoma pericoloso e nel caso negativo sperare in una diminuzione della perdita e fare acquistare un po' di forza all'organismo deperito per potere meglio affrontare il grave choc operatorio nel caso che accettasse l'isterectomia.

Fin dalle prime sedute elettriche il sangue diminuì; alla 9ª ogni scolo era cessato; alla 14ª seduta, dopo un mese e mezzo di cura, feci andare la malata in una festa di famiglia a *ballare* con sorpresa delle amiche che non avrebbero mai potuto immaginare di vederla lì. Continuò la cura

durante 6 mesi e poi la sospese. In campagna, ad Arezzo, durante l'està, in seguito a lunghe passeggiate, la malata fu ripresa da perdite di cui una grave. Un chirurgo di là, il Prof. Mugnai, voleva praticarle l'isterectomia; essa non volle. Ritornata a Roma e ripresa la cura elettrica la continuò interpellatamente per altri 6 mesi, poi cessò completamente. In seguito, tanto ogni specie di dolore quanto ogni scolo sanguigno sparirono e la donna ingrassò in modo strano, da non essere più riconosciuta da me incontrandola per via. Poi la mestruazione si ristabilì ma un po' irregolarmente.

Oggi l'inferma, d'altre volte, ha 46 anni, in menopausa da 4; il fibroma ch'era come una testa di feto è ridotto a metà; la salute generale è splendida e vive allegra e felice col suo tumore che non la disturba per nulla. La rividi 5 giorni or sono; questa signora e gli esiti della cura sono noti anche al Prof. Occhini; il fatto data da 6 anni.

Infine, nell'8° caso occorsomi di vedere, due anni or sono, si tratta d'una signora di 73 anni. Presenta un fibroma dell'utero da costituire un tumore come un grosso limone. L'avevo vista per la prima volta chiamato in consulto dal collega Perillo 5 anni or sono a causa d'un forte scolo bianco degli organi genitali che spari in seguito ad irrigazioni vaginali calde.

Ero stato consultato allora per applicare l'elettrolisi; ma la durezza del neoplasma in via certamente di regressione e l'assenza assoluta di ogni sintoma, eccettuato lo scolo bianco, mi consigliarono di non praticarla perchè inutile. Tutto sparì.

Due anni or sono però, il tumore produceva un'intensa compressione e sofferenze inaudite, sulla faccia anteriore del sacro, ove era caduto. Si consultò qualche chirurgo che consigliò l'estirpazione.

Ma alla famiglia parve un po' troppa ardita un'isterectomia in donna a 73 anni. Ritornato dalla campagna fui

consultato ed anch'io convenni doversi estirpare l'organo miomatoso ove non vi fosse qualche rimedio per sollevare la paziente che soffriva enormemente.

Non praticai l'elettricità, come si voleva, perchè inutile nel caso speciale, ma praticai tre o quattro massaggi ed applicai un pessario; i dolori sparirono per l'allontanata compressione.

Il pessario fu tenuto per 60 giorni, poi ritirato per pulirlo non fu più rimesso e la malata d'allora in poi non soffre più nulla. Rividi la malata un mese fa; sta benone. Essa è conosciuta anche dal Dr. Schiavoni.

Io comprendo che nella mia pratica privata i casi gravi si presentano in piccola proporzione in confronto di quella che si può avere nella pratica estesa d'una clinica chirurgica o ginecologica ufficiale, nè tale proporzione, bisogna convenirne, è conforme al vero, giacchè negli ospedali e nelle cliniche si presentano in maggioranza i casi che reclamano un intervento chirurgico immediato. Quindi nè la mia pratica nè quella delle cliniche possono essere un punto di confronto esatto.

Ma altre pratiche, estese, di chirurghi di merito, non sono molto differenti, come proporzione, dalla mia. Così, il Prof. Ols-hausen, per citarne un solo, a Mosca, privatamente prima e nella discussione poi, disse che sopra un migliaio o più di fibromi, che ha incontrato nella sua pratica, non ha operato che raramente; ei calcola di non essere intervenuto che nel 16%.

Certo, anch'io sarei intervenuto più frequentemente, se non avessi fatto uso dell'elettricità che costituisce per me un potentissimo rimedio sintomatico per arrestare l'emorragia ed allontanare in tal guisa una grandissima parte d'indicazione nell'intervento chirurgico qualsiasi.

L'isterectomia è utile dunque, necessaria anzi e quindi indicatissima in alcuni casi che io raggruppo nei seguenti punti:

1° Quando un fibroma dia luogo ad emorragie che durino da molto tempo, che divengano abbondanti e ribelli a qualsiasi cura e minaccianti l'esistenza o la salute della malata;

2° Nei casi di fibroma ad enorme sviluppo addominale, che cagioni grandi disturbi funzionali e sofferenze a causa di forte compressione sopra organi vicini;

3° Quando il fibroma aderisca agl'intestini o ad altri organi determinando flogosi del neoplasma e degli organi aderenti, del peritoneo, ed ascite, condizioni incompatibili con una buona salute;

4° Quando si determini una degenerazione qualsiasi del neoplasma; degenerazione amiloidea, cistica, suppurazione, od una cangrena, ecc. o quando dopo molti anni di lento accrescimento, il fibroma, assuma uno sviluppo a decorso rapidissimo da far temere una degenerazione sarcomatosa, o quando coesistano, influenzandosi a vicenda, un fibroma ed un canero;

5° Nei casi in cui la malata affetta da fibroma subisca crisi nervose, che non si nutrisca, denutrisca, non dorma o meni una esistenza penosa per alterazione del cuore, dei reni, ecc. ecc.;

6° Quando il tumore peduncolato subisca dei movimenti di torsione per cui avvenga uno strozzamento nei vasi del peduncolo, potendo conseguirne edema, mortificazione, ecc., o rottosi il peduncolo il tumore cada libero in mezzo agli organi addominali o quando produca prolasso dell'utero;

7° Nei casi di gravidanza quando il volume enorme del tumore o una speciale sua posizione impediscano il regolare sviluppo dell'utero gravido e vi sia minaccia di rottura dell'organo o quando durante il travaglio un fibroma previo impedisca in modo assoluto il parto non ostante una razionale aspettativa e tutti i tentativi fatti per allontanare con un mezzo qualsiasi dal canale pelvico il

neoplasma. In questi casi occorre regolarsi come nelle grandi angustie pelviche;

8° Nei casi di rottura dell'utero miomatoso;

9° Infine, in tutti quegli altri casi speciali di fibroma dell'utero che si presentano talora nella pratica e che sfuggono d'essere *a priori* considerati come pericolosi, che urge toglierli per salvare la donna.

In genere, fuori di questi casi, è discutibile molto l'isterectomia non autorizzandoci sempre nè la natura del fibroma nè i suoi sintomi nè le sue alterazioni ad intervenire radicalmente pel solo ingiustificato timore che possa il neoplasma più tardi degenerare, prima di avere esperito tutti i mezzi terapeutici, senza dire che in certi casi tale intervento costituisce, anche secondo il Durante, un vero crimine.

Ora, i casi suaccennati, in cui, cioè, l'isterectomia è indicata, non sono rappresentati in pratica dalla maggioranza dei casi; essi sono relativamente rari.

E non basta dire per imporre l'isterectomia che, dopo i perfezionamenti apportati nella tecnica operativa e col beneficio dell'antisepsi, l'atto operativo riesce, come dice il Martin, più facile, perde ogni giorno più della sua gravità, e dev'essere perciò più sovente messo in opera, poichè, a parte il fatto che un'isterectomia non è un'operazione semplice, la mortalità non è in proporzioni tali da considerarla come una circostanza trascurabile. D'altronde, pur volendo tener conto di tutti i progressi realizzati, anche in quei casi in cui si deve intervenire, il primo precetto ad osservare è quello di *non nuocere e che i pericoli ed i danni dell'atto operativo non siano maggiori di quelli che si vogliono togliere*. In caso contrario è cosa migliore limitarsi alla cura medico-elettrica o alla chirurgia palliativa.

Quale dev'essere la cura dei fibromi dell'utero?

La mia esperienza clinica su questo punto non è, a vero dire, molto estesa, è però abbastanza da permettermi di

formarmi oramai un concetto prognostico e terapeutico rispondente in pratica soddisfacentemente.

Guidato da tali concetti mi son formato una linea di condotta che non mi ha cagionato finora alcuno amaro rimprovero, nè per inattività nella cura, nè per troppa ardezza operatoria che abbiano potuto più nuocere che giovare all'esistenza ed alla salute delle malate.

Nè saprei da buon ginecologo conservatore tale linea mutare per la moda invadente della mutilazione, per avere una brillante statistica personale e per darmi l'aria di chirurgo ad oltranza.

Divido, dal punto di vista terapeutico, i fibromi dell'utero in fibromi dell'utero vuoto ed in fibromi dell'utero gravido.

A) FIBROMI DELL'UTERO VUOTO. — I fibromi dell'utero vuoto sono divisi anch'essi in fibromi che reclamano l'isterectomia vaginale o addominale e quelli in cui l'intervento radicale non è indicato.

Mettiamo subito da parte quelli della prima classe, perchè sono stati in numero di due e praticai l'isterectomia addominale, e parliamo di quelli che non reclamano intervento radicale, esponendo i criteri che mi hanno guidato nella cura ed i risultati ottenuti.

I fibromi di questa categoria sono emorragici e non emorragici.

1° *Fibromi emorragici.* — Quando il fibroma è emorragico, la prima cosa a fare è di diagnosticare la sede del neoplasma ed istituire poscia una cura razionale.

a) Si tratta di un polipo al muso di tinca o della cavità cervicale? Io lo estirpo con un mezzo qualunque; ne ho avuti 9 casi. Guarigione.

b) Il fibroma è nella cavità uterina peduncolato? Dilato il collo e, sia colle dita sia con una pinza, con cucchiaino o forbici, lo porto via. Ne conto 5 casi. Guarigione.

c) Ho a fare con un fibroma sottomucoso, più o meno voluminoso accompagnantesi con grandi perdite sanguigne? Ed io impiego l'elettricità al duplice scopo di arrestare la emorragia, la cui esistenza costituisce un pericolo imminente, dar tempo all'organismo di fortificarsi un po' e favorire poi l'espulsione spontanea del neoplasma o la sua maggiore estrinsecazione verso la cavità in modo che si possa più facilmente attaccare.

Di questa classe ne ho 32 casi di cui gli esiti della cura sono stati i seguenti:

3 fibromi espulsi spontaneamente dalla cavità uterina, di cui uno di 1320 grammi, che pubblicai nel 1889 e due molto più piccoli occorsimi in questi ultimi anni. Guarigione.

7 casi divenuti molto accessibili per la scomparsa del collo, la dilatazione dell'orifizio aumentata artificialmente in modo da poterne estirpare 4 colle dita e 3 dopo incisione dello strato di tessuto che li ricopre. Guarigione.

16 guariti completamente dei disturbi onde si lagnavano le malate — emorragia e dolori. — Di questi, quattro sono interessanti; di due feci già un cenno e sono dei tre conosciuti dal prof. Occhini, del terzo e quarto ecco un accenno:

Nel 3° caso si tratta d'una signora americana, la moglie del collega dott. Williams di London-Ohio (Chicago), di anni 42. Ha un fibroma da parecchi anni, pur non di meno ebbe due figli, di cui uno vivente con prole. Ha fatto diversi viaggi in Europa ed in Palestina. Ha avuto la mestruazione sempre abbondante, che da alcuni anni ha assunto un carattere emorragico talora spaventevole.

In America credo che abbia subito una prima operazione, cioè l'enucleazione di qualche piccolo fibroma per *vaginam*; ma non migliorò molto. Non volle subire l'isterectomia.

Due anni fa, in un viaggio in Germania, il Sanger le estirpò per la stessa via vaginale un'altra massa fibrosa. Fece in pari tempo una cura di acque minerali. Riportò un

miglioramento che durò per qualche mese. Da un anno circa le perdite sanguigne assunsero un carattere un po' allarmante; è divenuta anemica, nervosa; soffre d'inappetenza, d'insonnia, di palpitazione, è irritabile; è insomma ammalata seriamente. Non tutti i chirurghi americani pare che considerino il fibroma come una patata, per cui qualcuno le propose a più riprese l'isterectomia; ma la malata non volle mai saperne.

Intanto due nipoti della malata, ch'erano a Roma e che avevano avuto conoscenza dei risultati di qualche cura fatta da me coll'elettricità in casi simili a quello della zia, vengono a chiedermi se avrei curato una loro parente colla elettricità per un fibroma.

Dissi di sì, se ne fosse il caso e non vidi più alcuno. Esse telegrafano laggiù, in America, alla zia, la quale, senza pensarci su troppo, parte; un mese dopo me la vedo comparire dinanzi.

È una donna profondamente anemica, eccitabile ed irritabile, magra, con palpitazione di cuore, e si lagna di dolori ai lombi, alla schiena, alle cosce, non può star ritta. L'emorragia è continua ma poca, dopo d'essere stata grave durante la traversata.

Trovo all'esame un utero voluminoso come due grossi pugni uniti insieme; vi sono dolori alla pressione del basso ventre. Praticato il riscontro, trovo il collo alquanto aperto, e potendo introdurre il dito, non percepisco nulla; la sonda però avverte qualche cosa in alto. Faccio diagnosi di fibroma sessile sottomucoso del fondo dell'utero.

Comincio la cura elettrica.

Dopo poche sedute i dolori sono molto diminuiti ed il sangue cessa. Cammina meglio e può dormire. Instituisco in pari tempo una vittelazione corroborante. All'epoca mestruale si ha uno scolo sanguigno durante 4 giorni, invece di 10 a 15 che era. Poi cessa e si riprende la cura. È d'avvertire che le perdite prima erano continue.

La cura durò 5 mesi. Il sangue non si vide che ad intervalli molto regolari coincidenti coi periodi mestruali d'altre volte. I dolori sono scomparsi, la nutrizione si è fatta migliore e le forze aumentate. Ha guadagnato 4 chili in peso.

Durante la cura il collo uterino era quasi scomparso e l'orifizio s'era anche dilatato, penetrai col dito ed avvertii in alto una massa. Proposi un piccolo intervento per estirpare il neoplasma; non fu accettato, perchè lontana dal marito non voleva assumere responsabilità. Rispettai il suo desiderio.

La malata partì per l'America nel mese di maggio perfettamente guarita dal punto di vista sintomatico — emorragie e dolori. Ulteriori notizie ricevute nell'està mi confermarono la continuazione della guarigione.

Nel 4° caso si tratta pure d'una americana, signora J. J. di circa 42 anni, forte e bella donna. È affetta da mioma emorragico al più forte grado; lo porta da parecchi anni, non ha avuto figli. Ha fatto diverse cure compresa l'elettrica a Parigi coll'Apostoli, nessun miglioramento nell'emorragia. L'Apostoli la manda a Roma per cambiamento di clima e la raccomanda a me. Trovo un fibroma come la testa di un feto, l'emorragia è poca ma continua, la donna è profondamente anemica, sta a letto il più lungo tempo ed è tormentata da fiere nevralgie cefaliche.

Inutile ricominciare l'elettricità; pratico le iniezioni d'ergotina colla formula del Durante ed una cura generale corroborante.

Dopo 4 iniezioni ipodermiche il sangue era completamente cessato, sopraggiunta la mestruazione fu quasi normale. Fatte altre iniezioni la malata volle sospenderle contro il mio parere, però la signora sta pel momento bene: non emorragia, diminuiti di molto gli effetti dell'anemia e gira per Roma molto bene. Comprendo che data la natura del fibroma quest'accalmia non è che passeggera,

ma dà, ad ogni modo, un po' di tregua ed una relativa guarigione.

5 migliorate di molto nell'intensità delle perdite. Tre abbandonarono la cura per partenza; due essendo migliorate non si fecero più vedere.

5 non diedero buoni risultati. Di essi diedi notizie più indietro.

I risultati dunque furono:

Casi 36.	{	guarigioni	28
		migliorati. . . .	3
		senza risultato	5

È bene avvertire che in questi ultimi casi ed in alcuni altri feci uso anche dell'ergotina ma non per lungo tempo.

2° *Fibromi non emorragici.* — Ne ho riscontrato 37. In 3 evidentemente intramurali-sottoperitoneali ed in via di sviluppo, mollastrì, si praticò la cura di Hildebrandt, delle acque minerali di Salsomaggiore e dei bagni marini, i risultati furono che in uno si può dire il tumore essere clinicamente scomparso, mentre negli altri due, di cui uno voluminoso, si ebbe una marcata riduzione.

In 5, quasi nelle stesse condizioni di sede, ma duri, e di lentissimo sviluppo e curati come i precedenti non si ebbero punto modificazioni. Le iniezioni di ergotina non si praticarono fino a molte centinaia.

In 12 sottosierosi più o meno peduncolati, di cui alcuni voluminosi, non si fece nulla perchè non vi era indicazione di sorta.

In 3 proposi la miotomia per la via addominale perchè causavano qualche disturbo sugli organi vicini: fu rifiutata.

In 14 non credei fare nulla perchè o piccoli ed innocui o perchè in via di regressione per cominciata involuzione; esempio il caso delle due donne che mi consultarono ultimamente.

Altri casi ricordo di avere incontrato, ma non avendo preso nota precisa, li trascuro.

B) FIBROMI DELL'UTERO GRAVIDO. — *a) In gravidanza.* Anzitutto, i fibromi in associazione colla gravidanza sono in generale frequenti, poichè, come abbiamo detto, solo del 15 % è la proporzione dei matrimoni sterili.

L'influenza della gravidanza sui fibromi non è nociva anzi salutare.

Il neoplasma ha una struttura simile a quella dell'utero e come esso è modificato dal gravidismo, subisce perciò un impulso maggiore nella loro evoluzione, per cui possono divenire enormi cagionando per questo un subitaneo e grande aumento nel volume dell'organo ed acquistando talora il neoplasma una mollezza da rassomigliare ad una ciste. È precisamente per questo rammollimento che il mioma si appiana, si distende e permette che la gestazione continui nella sua evoluzione e che il parto si compia; è precisamente in seguito a tali modificazioni ch'esso diviene enormemente piccolo e può anche clinicamente sparire.

La influenza dei fibromi sulla gravidanza è al contrario enorme.

Lo è, sia perchè ne interrompe il decorso nella proporzione seguente:

Aborti	24 %	= 36 %
Parti preinaturi	12 »	

sia per l'alterazione di diverse circostanze: come l'inserzione viziosa della placenta più frequente che d'ordinario, un maggior numero di presentazioni patologiche, compressione esagerata sugli organi vicini, la retroversione uterina e la gravidanza extra-uterina.

Essendo queste le condizioni in cui il fibroma si trova nell'utero gravido quali sono i concetti terapeutici che ci devono guidare nella cura?

Le complicazioni e la prognosi che ne deriva sono non troppo benigne, giova convenirne. Dobbiamo per ciò, come cura profilattica, proibire il matrimonio nelle giovinette affette da mioma uterino o se maritate consigliarle a non divenire incinte?

In generale, no; sarei in contraddizione con quanto ho detto finora, se acconsentissi.

Però valutando da un canto l'utilità dell'utero miomatoso e le complicazioni che possono insorgere ed i benefici che ne derivano dall'altro, io informerei nella guisa seguente la mia condotta.

Se vi è in una giovinetta un neoplasma peduncolato o no sul collo, nella cavità cervicale o altrove da potersi estirpare, lo si estirpi. Ma se non si vuole o non si può od esistendo un fibroma in qualsiasi punto che non cagioni gravi disturbi, io non solo non negherei il permesso ad una donna di contrarre matrimonio o ad esporsi a divenire incinta, ma la spingerei a farlo, potendosi avere una gravidanza più o meno regolare, ciò che dà la fortuna di un figlio e la sparizione del neoplasma.

In donna gravida, io non accetto l'intervento ad ogni costo ed in ogni caso, convengo però perfettamente che vi sono casi in cui bisogna intervenire. Cerchiamo dunque di orientarci nella determinazione delle indicazioni e dei precetti terapeutici.

Possiamo dividere i fibromi in neoplasma del corpo e del collo.

Quelli *del corpo*, massime i sottoperitoneali, non cagionando emorragie, se non determinano compressione, non richiedono alcuno intervento; anzi lasciandoli possiamo vederli dopo il parto impiccolire e sparire. Naturalmente, se vi sono gravi fatti compressivi si deve intervenire.

Lo stesso deve dirsi di quelli impiantati *sul collo* ad evoluzione pelvica quando per la loro situazione comprimono

o rendono impossibile il passaggio del feto. È bene ricordarsi però che in molti casi in cui pareva che il fibroma non avrebbe permesso il parto, pure sia spontaneamente, sia artificialmente, esso ebbe luogo per le modificazioni subite dal neoplasma. L'aspettativa dunque giova; dev'essere però molto vigile e relativa.

Ma occorrendo l'opera dell'arte è migliore l'intervento ostetrico o il chirurgico? Ecco ciò che merita un'analisi severa per quanto breve, poichè nè l'uno nè l'altro di questi interventi sono utili ed innocui in ogni singolo caso.

I mezzi per l'intervento giudicati alla stregua della più razionale pratica, sono:

- 1° l'interruzione artificiale della gravidanza;
- 2° la miotomia;
- 3° l'operazione cesarea;
- 4° l'operazione di Porro.

1° *L'aborto ed il parto prematuro* potrebbero essere indicati in una serie di casi in cui non si volesse intervenire chirurgicamente per evitare una grave operazione, ma essi non sono esenti di tristi conseguenze; sopra 147 gravidanze interrotte si ebbe una

Mortalità media	{	materna del 53 %.
		fetale » 66 »

2° *La miotomia* si pratica allo scopo di togliere il fibroma e di conservare la gravidanza non solo nei casi di tumori peduncolati, benanco nei sessili, come Frommel vuole. Tale operazione non ci affida punto pei risultati. Già, bisogna cominciare col dire: 1° che la miotomia nei fibromi sessili non è praticabile in quei casi in cui il tumore non è impiantato precisamente sul fondo uterino e che si trovano in vicinanza dell'è corna; 2° che non bisogna intaccare le fibre muscolari dell'utero o per lo meno non arrivare fino

alla mucosa, ciò è quasi impossibile nell'utero gravido le cui pareti sono sottili.

E poi, essendo la miotomia talora insufficiente occorre praticare l'isterectomia; due gravi operazioni:

Comunque, ecco i risultati della miotomia in gravidanza:

Miotomie 15	{	donne morte	5	{	aborti post-ope-	
		» guarite	10		ratori . . .	3
					gravidanze a	
					termine . . .	7

3° *L'operazione cesarea* ha dato secondo la statistica del Cazin:

Operazioni cesaree 28	{	donne morte . . .	24
		» vive . . .	4
		{	{
		vivi . . .	13
		morti . . .	8
		senza indicazione . . .	5

Il Snger, che raccoglie 43 casi, dà come mortalità materna l'85 %.

4° *L'operazione di Porro* è invece il migliore intervento sbarazzando la donna del fibroma e dando una mortalità materna minima del 5 %.

Ecco ora riassunte in un quadro le mortalità medie dei diversi atti operativi.

Mortalità materna	{	aborto e parto prematuro	35 %
		miotomia . . .	34 »
		operazione cesarea . . .	85 »
		operazione di Porro . . .	5 »

La scelta dunque non può essere dubbia e l'intervento si farà prima o dopo la vitalità fetale secondo che l'operatore prende di mira l'esistenza della madre o del figlio.

Io non penso di accettare l'intervento precoce o tardivo in ogni caso parendomi più ragionevole essere eceletico: cioè, se nulla minaccia la vita della madre, è meglio aspettare a che il feto sia vitale; se no, bisogna naturalmente intervenire presto.

Io ho visto nella mia pratica personale 8 casi di fibroma in gravidanza; 7 di piccolo volume in alto, non cagionando alcun disturbo durante lo svolgersi della gestazione e l'espletamento del parto; uno però era voluminoso e merita un accenno.

Qualche anno fa il collega prof. Montenovesi mi fa pregare per vedere insieme una signora affetta da grosso fibroma ed incinta di 7 o 8 mesi, per avere anche il mio avviso sul da fare.

Si tratta di una donna di 34 anni che portava da molti anni un piccolo fibroma al fondo dell'utero, riconosciuto ad utero vuoto dal Montenovesi e da un chirurgo di Napoli.

Esaminata la donna trovo un addome voluminoso sia pel fatto della gravidanza come per la presenza del mioma e pareti addominali spesse. Ciò non ostante possiamo stabilire col concorso dell'esame combinato che il neoplasma è impiantato a larga base sul lato sinistro dell'utero; è appianato, da formare una spessissima parete uterina, non forma perciò protuberanza di sorta sotto la parete addominale. La consistenza del tumore non indica un tessuto estremamente fibroso; ma piuttosto un neoplasma rammollito da potersi distendere ed anche forse aumentato di volume in seguito all'influenza del gravidismo. Col riscontro vaginale si percepisce tutto il segmento inferiore dell'utero fibro di nodosità neoplastiche. Il bacino risulta normale; la testa fetale è all'ingresso abbastanza impegnata.

Si tratta d'un fibroma ad evoluzione addominale con feto vivo.

La malata però è spaventata; soffre un po' di affanno, dolori per tutto l'addome, si lagna d'una agitazione incomprendibile e desidera essere sgravata.

Che fare in tale stato di cose?

Convinto dei criteri terapeutici su esposti, io emisi l'avviso che la gravidanza potrebbe benissimo andare fino al termine fisiologico o quasi e che, data la natura, la sede e le modificazioni avvenute nel neoplasma, il parto avrebbe potuto avvenire spontaneamente o aiutato mediante intervento manuale o col forcipe.

Io consigliavo l'aspettativa vigile e razionale, poichè dovendo intervenire non sarebbe stato il parto prematuro che avrebbe dovuto praticarsi, ma un'operazione gravissima, di cui io non vedevo la necessità.

Fummo d'accordo col collega Montenovesi. La gravidanza continuò bene il suo decorso e dichiaratosi il travaglio, trovandomi io in campagna, fu chiamato un altro ostetrico, il quale, esaminato il caso, giudicò facile il parto, ma opportuno accelerarlo mediante dilatazione meccanica della bocca uterina per liberare al più presto la paziente. Comincia tale atto operativo, ma siccome la malata gridava, si decide di praticare l'operazione cesarea, che fu poi la Porro, adducendo per ragione che il bacino era viziato, come unico intervento per salvare madre e figlio, ma entrambi pur troppo soccomberono, il figlio quasi subito e la madre per infezione.

Asportato l'utero il neoplasma si presentava come una milza, schiacciato, allungato e mollastro; inciso il fibroma presentava nella spessezza focolai di degenerazione con materia bianchiccia (degenerazione adiposa).

Non faccio commenti a questo caso.

b) *Durante il parto.* — Durante il parto i fibromi non sono nocivi tanto per numero e volume quanto per la sede. Sotto questo rapporto è facile comprendere come un tumore sotto-sieroso o sotto-mucoso peduncolato, potendosi asportare o allontanarsi, è meno nocivo di quello impiantato nello spessore dell'organo; il fibroma del fondo è meno

nocivo d'un altro del segmento inferiore, ove basta un piccolo tumoretto duro, inamovibile ed interstiziale per rendere angusta la pelvi e ritardare o impedire assolutamente il parto, sia per mancanza d'impegno della parte fetale, come per deficiente dilatazione dell'utero.

Donde il fatto, che può conseguirne, del ritardo o della impossibilità del parto e della rottura dell'utero.

Però, non ostante tutto questo, il parto a termine per le vie naturali si verifica un gran numero di volte, cioè 185 volte sopra 307 casi e 90 volte spontaneamente.

Il fatto accade in due maniere:

1° Il neoplasma è impiantato sulla porzione vaginale, peduncolato, più o meno voluminoso; al momento del parto esso forma tumore procedente la parte fetale, è quindi da essa spinto in avanti venendo fuori dalla vulva o ancora aderente o separato. In questo caso si ha per così dire un doppio parto: del tumore e del feto.

2° Quando il neoplasma, peduncolato o no, sta sopra la porzione vaginale del collo o sul segmento inferiore si può avere che le fibre longitudinali del corpo contraendosi tirano in alto il polo inferiore dell'utero scivolando sulla parte fetale mentr'essa è spinta in basso.

Deriva da questo doppio giuoco da un canto la traslazione del tumore in alto tanto da lasciar libero l'ingresso e verificarsi l'impegno della parte fetale, mentre dall'altro la parte fetale spinta in basso dilata l'utero.

Può accadere però che il tumore si trovi preventivamente nello scavo, libero o aderente, e che al momento delle contrazioni sia impedito nella sua ascensione costituendo così un caso di gravissima distocia.

Da ciò consegue una doppia situazione, cioè o facilità o impossibilità del parto.

Giova intanto conoscere quali sono stati gli esiti del parto in 80 donne affette da fibromi del collo uterino:

Aborti	8
Parti prematuri	10
Parti a termini o quasi	50
Travaglio lungo e penoso ma parto spontaneo.	10
Rottura dell'utero.	2
Donne non sgravate	3
Discesa dell'utero.	5
Schiacciamento del feto.	5

Dunque, i parti normali e con lungo e penoso travaglio ma spontanei sono stati 60 sopra 80 non contando i 10 prematuri; è un gran risultato che dobbiamo, malgrado gli altri esiti, tenere ben presente per la prognosi e per la cura.

Quale dev'essere la condotta dell'ostetrico?

La prognosi del parto in utero miomatoso essendo più benigna di quella in gravidanza è naturale che più semplice dev'esserne la cura.

In generale, basandoci sugli esiti suaccennati, il nostro primo atto dev'essere quello di un'aspettativa vigile ed intelligente, poichè il parto ha spesso luogo, anco in quei casi in cui parrebbe che il fibroma dovesse opporre un ostacolo assoluto. La parte accordata agli sforzi della natura dev'essere larga, ma non troppo spinta, poichè, è appena necessario dire, che dobbiamo intervenire per aiutare la natura o sostituirci ad essa non appena le contrazioni da energiche divengono, dopo sforzi inauditi, deboli e lenti o la donna tende ad esaurirsi o quando vi è minaccia di rottura uterina.

L'intervento consiste dapprima nell'aiuto digitale o manuale che presteremo per spingere in alto il tumore, in modo che liberando lo scavo il parto possa compiersi. Se ciò non può ottenersi, è bene asportare il fibroma col bistori o colle forcipi se peduncolato, e se sessile incidendo la capsula ed enucleandolo.

Ma, se tutto questo non basta o non può tentarsi l'estirpazione, è bene tentare l'estrazione fetale. Il forcipe dà

migliori risultati della versione tanto per la madre quanto per il figlio; ecco un quadro dimostrativo.

Applicazioni di forcipe 57 { madri vive 38 = al 67 %
figli vivi 25 = al 44 »

Versioni 29 { madri vive 7 = al 25 »
figli vivi 7 = al 25 »

La scelta quindi in tesi generale non può essere dubbia. Altri interventi ostetrici a cui si può ricorrere sono la perforazione cranica, l'embriotomia, ecc.

Esauriti tutti questi mezzi o non volendo tutti applicarli e non essendoci altra via di scampo, non rimane per liberare la donna che *l'ultima ratio*, benchè non si abbiano con essa gli splendidi risultati che si dovrebbero attendere.

A chi dare la preferenza?

Sopra 53 operazioni cesaree raccolte dal Sànger la morte della madre si ebbe 48 volte, mentre sopra 8 operazioni di Porro la madre si salvò una sola volta. Ciò non di meno molti preferiscono la Porro.

*
* *

Qui giunto una sola considerazione mi rimane a fare ed è che se siamo talora obbligati ad estirpare l'utero per cancro od altro tumore maligno, per suppurazioni pelviche in genere, per alterazioni delle ovaie, per fibroma, ecc., ecc., dev'essere nostro precipuo dovere di rispettarlo il più che sia possibile, là ove la malattia non è maligna, là ove la malattia è compatibile colla vita e colla salute della paziente, la quale potendo divenire madre rende felice se stessa e salvaguarda i legittimi interessi della famiglia, della società e della scienza.

In caso contrario, ripeto ciò che dissi nel Congresso di Roma: dato il numero non indifferente di matrimoni sterili, dato il numero rilevante di donne che non possono passare a nozze o non vogliono perchè nevrotiche, ecc., aggiungete le stragi dei feti per la siflide, per l'alcoolismo, per la tubercolosi, ecc., dato il numero stragrande di castrazioni e d'isterectomie, noi arriveremo ad un momento in cui non avremo più donne atte a far figli per coltivare la terra, a darci soldati per la difesa delle conquistate libertà, ed allora addio, o cara patria nostra!

Rispettiamo la donna e manteniamola tale fin che si può, anzichè mutilarla. Distruggendola noi distruggiamo una fonte di felicità, l'anello che unisce la terra al cielo; noi distruggiamo l'opera più bella che la natura abbia mai fatto.

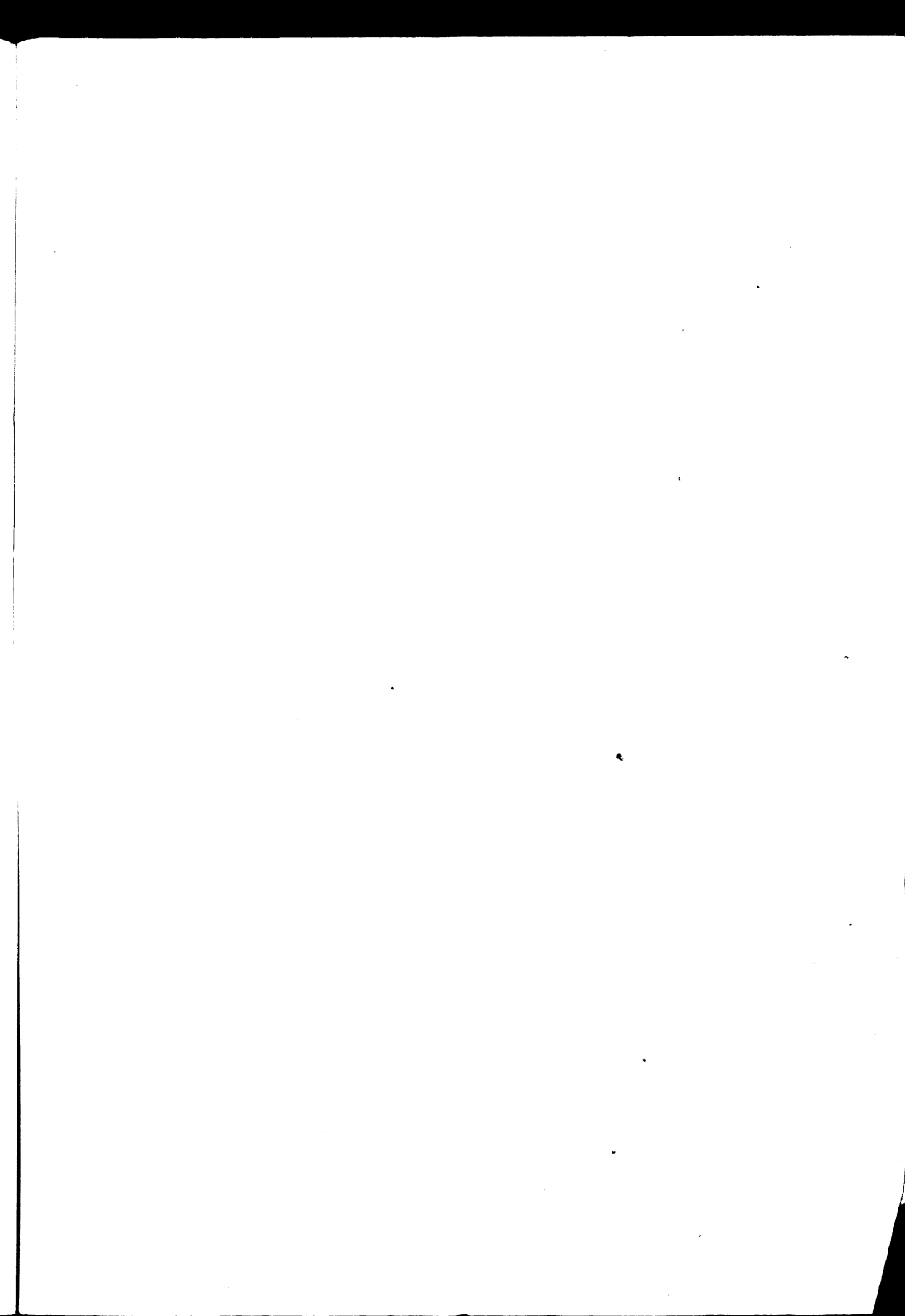
Già, la reazione contro il *pruritus operandi* sorge maestosa ed erompe già dai petti gagliardi dei nostri illustri maestri: il D'Antona ed il Durante, tra gli altri, fra noi, limitano oggi enormemente l'indicazione dell'isterectomia. Siamo ai primi bagliori dell'alba, ed io spero che sorgerà ben presto il giorno e possa il sole fecondatore delle buone intenzioni, illuminare le menti dei chirurghi per seguire i maestri nel buon senso operativo e che *unus post unum non rimanebit unus!*

Infine, siano quel che si voglia queste mie considerazioni, dirò a mo' di conclusione, e fossero, pur non volendo tener conto del contributo clinico che porto, anche semplici strampalati ragionamenti, son sempre, a mente mia, ragionamenti che non possono fare a meno di non impressionare l'animo di quanti sono i chirurghi onesti e di cuore che s'interessano nella giusta misura del benessere della donna, della famiglia, della società e della scienza.

Ad essi, ispirati a questo nobile ed elevato intento, il mio omaggio.

703





Principali lavori del Prof. F. LA TORRE

A) Ostetricia e Ginecologia.

1. Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicie. — Recherches cliniques au point de vue de l'accouchement prématuré artificiel. Doin, Paris, 1887.
2. Des conditions qui favorisent ou entraînent le développement du fœtus. Influence du père. — Doin, Paris, 1888.
3. Del processo intimo della fecondazione e delle leggi dell'eredità. — *Giornale internazionale di scienze mediche*, Napoli, 1888.
4. Dell'influenza dell'eredità morbosa nello sviluppo del feto. — *Giornale medico Gli Incurabili*, Napoli, 1889.
5. De la compression de l'aorte abdominale dans le traitement de l'hémorragie post-partum. — *Nouvel. Arch. d'obstet. et gyn.*, Paris, 1889.
6. Note préventive sur l'étiologie de la grossesse multiple au point de vue de l'embryologie. Paris, 1889.
7. Fibromes utérins. Leur traitement par l'électricité, etc. — *Arch. de Toccol.*, Paris, 1889.
8. Contribution à l'influence de l'électricité, sur les fibromes utérins. — Memoria presentata al X Congresso internazionale in Berlino, agosto 1890.
9. Osservazioni e note cliniche sulle infezioni puerperali. — Milano, fratelli Rechiedei, 1890.
10. Il mio primo anno di pratica ostetrico-ginecologica a Roma. — 1° vol. (*Ostetricia*), Bergamo, Bolis, 1891.
11. Râclage de l'utérus et stérilité. — Lettre-statistique à M. Doléris. — *Nouv. Archives d'obst.*, Paris, 1891.
12. La mancanza congenita dell'utero e della vagina e la creazione della vagina artificiale. — Comunic. fatta alla R. Accad. Medica di Roma, Tip. Artero, 1892.
13. Un caso di oligoidramnios. — Nota preventiva sul rapporto etiologico tra la quantità del liquido amniotico e le mostruosità fetali. Roma, Artero, 1892.
14. L'esistenza del flegmone detto a ferro di cavallo del legamento largo. — Soc. Lancisiana, Roma, 1892.
15. Igiene del neonato. — Nel giornale *Igiene dell'infanzia*. Roma, 1892.
16. Frammenti di ostetricia. — Milano, 1892.
17. Mostruosità ed idramnios acuto. Lettera polemica. *Ann. d'ost. e ginec.* Milano, 1893.
18. Dell'etiologia e cura dell'osteomalacia. — *Ann. di ostet. e ginec.* Milano, 1893.
19. Contributo all'etiologia e cura dei vomiti incoercibili gravidici. — Soc. Lancisiana di Roma, 1893.
20. Le dimensioni della testa fetale dal punto di vista biologico ed antropologico. — XI Cong. med. intern. di Roma, 1894.
21. L'elettricità nella cura dell'amenorrea. — Idem.
22. La brevità relativa del funicolo ombelicale causa di distocia. — 1° Congresso della Società italiana di ostetr. e ginec. Roma, ottobre 1894.
23. La guarigione delle metriti croniche complicate a lacerazione del collo, mercè la corrente elettrica. — 1° Congresso della Società italiana di ostetr. e ginec. Roma, ottobre 1894.
24. Elementi di ostetricia ad uso dei medici e degli studenti. — Parte prima. — Torino, fratelli Bocca ed., 1895.
25. Parere medico-legale in un parto per la spalla. — *Ann. d'ost. e ginec.* Milano, 1895.
26. Puericultura intrauterina. — Soc. Lancisiana, Roma, 1896.
27. Casistica di distocia per giri del funicolo ombelicale. — Id.
28. Contributo alla cura dei vomiti gravidici. — Idem.
29. Quel est le meilleur mode de fermeture de l'abdomen. ecc. Rapport au Congrès de Genève. — *La Gynecol.* Paris, 1897, O. Doin.
30. Quattro casi di placenta previa centrale curati col metodo Deventer. Madriguarite, figli vivi. — Soc. Lancisiana, Roma, 1897.
31. Gravidanza e diabete. — Idem.
32. Une nouvelle classification des bassins vicieés. — Mémoire présenté au XII Congrès inter. de méd. à Moscou, 1897.
33. Tubercolosi e gravidanza. — *Supplemento al Policlinico*, agosto 1897.
34. Gravidanza e malattie di cuore. — Idem.
35. Le malattie dell'utero nelle vergini. — Soc. Lancisiana, Roma, 1897.
36. La cura dell'obesità nella donna. — Soc. Lancisiana, Roma, 1897.
37. La posizione a gambe pendenti nel parto, detta di Walcher. — *Policlinico*, Roma, 1898.
38. La creazione del sesso a volontà. — *Policlinico*, Roma, 1898.
39. La pseudo flegmasia alba dolens nelle vergini. — Soc. Lancisiana, Roma, 1898.
40. Nuovi criteri per la restaurazione del perineo. — Soc. Lancisiana, Roma, 1898.
41. Le lacerazioni del collo uterino in rapporto coll'annessite. — Soc. Lancisiana, Roma, 1898.
42. L'amputazione del collo in rapporto colla gravidanza e col parto. — Soc. Lancisiana, 1898.
43. La cura dell'eclampsia puerperale. — Soc. Lancisiana, Roma, 1898.

B) Medicina Generale.

44. Igiene della casa. — In *Rivista subalpina di scienze lettere ed arti*. Cuneo, 1877. (Esaurito).
45. Medicina preventiva. — Studii sull'etiologia dei morbi infettivi infantili. Cuneo, 1878. (Esaurito).
46. Magnetismo e magnetizzatori sbugiardati. — Studii d'ipnotismo. Cava dei Tirreni, 1884.
47. L'alimentation du soldat en temps de paix. — Mémoire lu à la Société franc. d'hygiène. *Journ. d'hygiène*. Paris, 1889.
48. Musica ed igiene. — Studii ed impressioni, 2° ediz. Bergamo, Bolis, 1886.
49. Igiene della bocca. — Bergamo, Bolis, 1887.
50. Il metodo antirabbico Pasteur modificato. — Bergamo, Bolis, 1887.
51. Osservazioni critiche sul metodo Pasteur. — Memoria discussa al Congresso d'igiene a Brescia. Bergamo, Bolis, 1888.
52. Quanto si viveva altre volte. — Società romana d'antropologia, 1894.