

EMATOMETRA

PER

ATRESIA ALTA DELLA VAGINA

RIDUZIONE E SCOMPARSA DI TUMORI MULTIPLI DEL PICCOLO BACINO
IN SEGUITO ALLA EVACUAZIONE ARTIFICIALE
VUOTAMENTO DI UNA SACCA EMATICA RESIDUALE NELL'UROCISTE

GUARIGIONE

PEL

Dott. ANTONINO TURRETTA

Comunicazione fatta al Congresso della Società Italiana
di Ostetrica e Ginecologia

Estratto dal Giornale Intern. delle Scienze Mediche — Anno XI



NAPOLI

ENRICO DETKEN, EDITORE

Piazza Plebiscito

1889



La Sala Antonina, di anni 20, casalinga da Salemi. Perdetta la madre di affezione cronica polmonare, e il padre ancor giovane di pneumonite acuta. Entrato nel 18° anno ebbe per la prima volta la *molimina menstrualia*, ma non apparve alcun flusso sanguigno ai genitali; i disturbi furono attribuiti ad uno spavento, durarono quattro giorni e furono seguiti da un accesso di febbre di breve durata. Però ritornarono con periodo mensile, e alla terza ricorrenza divennero più intensi che mai, nè cedettero al quarto giorno, ma si fecero quasi continui, perchè separati da brevi periodi di tregua incompleta. Le sensazioni dolorose si estendevano a tutto il basso ventre con irradiazione ai fianchi, e divenivano insopportabili in determinate ore, specialmente di notte.

Sono passati due anni di continue sofferenze, perchè la giovane è pervenuta al suo 20° anno e non ha visto mai apparire alcun flusso ai genitali.

Io vidi l'ammalata per la prima volta nel maggio 1886. E' di statura piccola, pelle bruna non interamente sprovvista di pannicolo adiposo. Torace irregolarmente conformato per una profonda incurvatura che comincia due dita trasverso al di sotto del manubrio dello sterno; mammelle mediocrementemente sporgenti, con areola pigmentata; papilla piccola. Bacino ben conformato, proporzionato allo sviluppo del corpo. Lo sviluppo dei genitali esterni è abbastanza progredito: il monte di Venere provvisto di peli, piccoli lab-

bra allungate a mò di ali con pigmentazione bruna, come il grosso prepuzio del clitoride ; il vestibolo un po' infossato, l'imene lacerata.

Il basso ventre tondeggiante, malgrado una certa resistente tensione delle pareti addominali.

Più che tre dita trasverse sulla sinfesi del pube elevasi dal bacino nella linea mediana un tumore liscio, un po' oblungo per una specie di prominenza al lato destro, e che in basso si continua a sinistra con una intumescenza grossa quanto una mezza arancia ma allungata in senso trasversale all'asse del bacino, e prominente in guisa da formare una rilevatezza visibile nella parete addominale al di sopra della piega inguinale sinistra. Da questo stesso lato si palpa più in alto un altro tumoretto più grosso del precedente, allungato trasversalmente come un'ansa intestinale. Nella leggiera locomozione il tumore centrale e questo laterale possono essere spostati ciascuno per sè, ma nelle grandi escursioni l'uno trae seco l'altro ; il tumoretto più basso gode di minima spostabilità ed indipendenza. Nel lato destro, oltre di un altro tumore bislungo, che si palpa alla regione inguinale sotto la parete addominale, esiste nel limite superiore della parete laterale del bacino un tumore, grosso poco meno di due pugni, appiattito, liscio ed elastico, con bordi arrotondati e regolari, un po' oblungo, da simulare un grosso rene mobile. Quest'ultimo tumore gode di una notevole mobilità : a parete addominale rilasciata lo si può comprendere fra le due mani e spostarlo, non solo orizzontalmente, ma anche o specialmente in senso verticale ; per modo che, senza provocare naturali sofferenze, si può addossarlo al tumore centrale del bacino, e viceversa lo si può portare in alto sino a sorpassare di tre centimetri la linea trasversa ombellicale.

L'inferma assicura che durante la maggior veemenza del dolore questi tumori mobili, di destra e di sinistra, vengono tirati in giù verso l'utero, anzi le sembra che da essi cominci la sensazione dolorosa. In vero potei più di una volta constatare l'esattezza di tale asserzione, perchè trovai questi tumori in basso tutte le volte che osservai l'inferma nel parossismo delle sue sofferenze.

La vagina di ampiezza e conformazione normale, un pò breve, con mucosa pieghettata, permette liberamente l'entrata del dito indice, e finisce in un fondo chiuso a guisa di volta, perfettamente regolare, rivestita di mucosa. Niuna traccia di porzione vaginale dell'utero, nè alcun forame nella cupola che accennasse menomamente ad orificio uterino. Spingendo un pò il dito in alto, con l'apice si può toccare al di là della volta un segmento del tumore sporgente al di sopra del pube, come un orlo rotondo, alquanto cercinoso e duro, nel mezzo del quale si percepisce una specie di fossetta che parrebbe corrispondere all'orificio uterino esterno. Queste sensazioni riescono più chiare col riscontro combinato, spingendo cioè con l'altra mano in basso il fondo del tumore centrale.

Questo primo esame metteva anzi tutto in sodo la diagnosi di atresia alta vaginale congenita e di ematometra. Ma rimanevano a risolvere questioni diagnostiche di una certa importanza alle quali mi pareva dovesse subordinarsi la condotta del chirurgo.

A parte la gravità indiscutibile e i pericoli che trae seco qualsiasi atto chirurgico destinato a stabilire libero corso al sangue mestruo; pericoli nel caso in esame abbastanza determinati dal fatto dell'altezza della atresia e dalla durata di due anni dacchè l'utero e le ovaie erano entrate in attività mestruale, onde erano da ritenersi quasi sicure le aderenze pei sacchi tubarici e gli organi vicini, rimaneva a definire: 1° se i tumori che occupano la regione ipogastrica, tanto a destra che a sinistra dell'utero, fossero esclusivamente costituiti da ematosalpingi e da stravasi sanguigni nei legamenti larghi; ovvero se alcuni di essi, e specialmente quello spostabilissimo e a contorni ben definiti di destra, fosse una ciste a lungo peduncolo o altro tumore dell'ovaio, per la quale ipotesi eravi qualche probabilità. 2° Se le condizioni in cui l'utero doveva trovarsi, dopo due anni d'impedimento alla libera evacuazione del sangue mestruale, fossero tali da farne sperare il normale sanguinamento in seguito alla rimozione dell'atresia; e se quella specie di appendice che ne rendeva irregolare la forma consistesse in un mioma uterino, ovvero in un corno rudimentario dell'organo medesimo. Di

guisa che era seriamente da discutere se convenisse procedere alla cura ordinaria dell'atresia vaginale, ovvero attenersi al partito di una operazione più radicale, la quale, nel caso in quistione sarebbe stata più giustificata dal sospetto non del tutto infondato che assieme ai tumori delle trombe esistessero anche tumori dell'utero e dell'ovaia.

E' noto come la laparotomia per l'ablazione di tumori tubarici sia stata praticata già da Homans nelle condizioni sfavorevoli della rottura vescicale e con esito fortunato ; infine sono noti i fatti pubblicati, segnatamente in Inghilterra, sui fortunati risultati di un intervento ardito ed attivo nelle affezioni del piccolo bacino e principalmente degli annessi dell'utero (Lawson Tait). Terrillon in Francia asportò ultimamente le trombe affette di due ematosalpingiti, e l'esito dell'operazione fu dei più benigni (Revue de Chirurgie. Jun 1887. n° 6). La punzione preventiva delle trombe dilatate sia per la vagina od il retto, come propone Kaltenbach, sia attraverso la parete addominale, come vorrebbe Hausmann, è un procedimento non ancora tentato perchè non scevro di pericoli. La laparotomia in questo caso dunque avrebbe potuto meglio trionfare dei pericoli sia prossimi che remoti ai quali sarebbe andato incontro la paziente con la cura semplice dell'atresia.

In qualunque modo bisognava decidersi colla massima urgenza nell'apportare un sollievo alla povera ammalata, i cui dolori atrocissimi, quasi continui, non cedevano sotto l'azione di forti dosi di morfina, e invadendo tutto il basso ventre, con la massima intensità nei tumori mobili, si estendevano alle origini sovralombari. La mattina del 27 giugno, visitando l'inferma che era in preda a sofferenze atrocissime, notai con l'apice del dito una certa insolita pastosità all'orlo della volta vaginale, là dove alcuni giorni prima si percepiva il cercine duro che pareva corrispondere all'orificio dell'utero.

Ciò mi determinò a praticare nel fondo cieco della vagina una via di uscita al nuovo materiale liquido che pareva di recente raccolto. Posta l'inferma sul letto d'operazione, sotto la narcosi cloroformica e previa la prolungata irrigazione antisettica della vagina

infosso un lungo tre quarti curvo nel fondo cieco di questa, procurando dirigere la punta verso il centro del cercine che si percepiva indistintamente. Dalla canula non esce nulla, ma ritirandolo dopo qualche minuto, lo si trova pieno di un liquido densissimo color cioccolato, che non ha alcun odore speciale, e che continua lentamente a fluire per la vagina. Evitando con cura qualsiasi compressione sul fondo dell'utero e la contrazione delle pareti addominali, l'ammalata viene trasportata nel proprio letto, dove conserva assoluta immobilità.

Cominciò a provare grande sollievo sin dal primo momento. Nessun incidente speciale, nè fenomeni riflessi. Il liquido continua lentamente a venir fuori della vagina in quantità piuttosto abbondante nei primi due giorni. Il volume del tumore centrale si riduce di circa un terzo. Dopo quattro giorni, stando la donna sul proprio letto, dilato con una piccola incisione trasversale l'apertura lasciata dal tre quarti. Il giorno dopo cessa quasi del tutto il flusso. Il settimo giorno, avendo per un momento l'ammalata lasciato il letto, succede una piccola metrorragia, di sangue rosso vivo, che cede subito col riposo in posizione orizzontale. Il volume dell'utero continua a subire una diminuzione lenta e progressiva, ma la parte palpabile al di sopra del pube assume una forma sempre più irregolare, perchè proporzionatamente non si riduce quella specie di prominenza di destra che ne rendeva oblunga la forma. Gli altri tumori del bacino rimangono inalterati. Gli accessi dolorosi sono meno intensi e si presentano a più lunghi intervalli. 24 giorni dopo si presenta il flusso mestruale preceduto di turbe piuttosto forti e dura undici giorni. Il sangue è rosso-bruno, come di mestruazione fisiologica ed in quantità non eccessiva. Ma al cessare di questa succede un incrudimento di tutte le sofferenze e l'inferma ritorna in preda a quegli stessi fenomeni che la tormentavano prima dell'operazione dell'atresia. Se non che, passati alcuni giorni, le tregue diventarono mano mano più lunghe; e per farla breve, dopo la comparsa della 3^a mestruazione i dolori vengono ad eccessi di più breve durata che sopraggiungono irregolarmente, lasciando intervalli di intere settimane. Frattanto lo stato generale migliora notevol-

mente, i tumori laterali cominciano a subire una riduzione graduale, più marcata in quelli più bassi e meno mobili che si palpano al disopra della piega inguinale.

Questo impicciolimento progressivo non si arrestò mai in tutti i tumori e, nei primi di gennaio 1887, cioè otto mesi dopo l'operazione dell'atresia, il fondo dell'utero, conservando sempre la forma un pò oblunga, non sporge più al di sopra del pube, e tutti i tumori sono scomparsi, meno uno, quello spostabilissimo di destra, il quale, ridotto ad un terzo del volume primitivo, non gode più di quella estesa mobilità che permetteva di spostarlo sin verso lo ipocondrio, ma lo si può staccare dall'utero per circa quattro dita, e costituisce sempre il punto di partenza degli accessi dolorosi, oramai limitati ai giorni che precedono la comparsa della mestruazione e sempre sopportabili, quasi turbe ordinarie.

Nè durante il periodo mestruale, nè in altra epoca si è notato mai dall'utero alcun flusso sieroso o siero-mucoso. Epperò piccole metrorragie di breve durata sono intervenute dietro una pausa di cinque, dieci giorni, specie di metrostaxis; e qualche volta il flusso mestruale ha anticipato di cinque, sei giorni.

In questo scorcio di tempo si è modificato lo stato delle parti esterne genitali: le piccole labbra sono diventate più voluminose, allungate, più pigmentate, come anche il prepuzio del clitoride; le mammelle hanno preso uno sviluppo considerevole, come pendenti, quasi sproporzionate alla statura e alla nutrizione dell'inferma.

Nel mese di gennaio la mestruazione anticipò di alcuni giorni e fu più dolorosa del solito, l'uscita del sangue un po' stentata anzi vi fu vera sospensione per 24 ore. Esplorando la volta vaginale notai che l'apertura erasi alquanto ristretta; onde alcuni giorni dopo espletato il processo mestruale, con tutte le necessarie precauzioni, introdussi una guida nel foro esistente e con un bistori sbrigliai con delle incisioni laterali, in modo da lasciare la bocca dell'utero allo scoperto e da poter circondare col polpastrello del mio dito tutto il muso di tinca. L'utero presenta un collo piccolo, con orificio molto ristretto, e gode di una mobilità eccezionale, circostanze queste sfavorevoli che non mi permisero affatto di penetrare nel ca-

nale cervicale anche con una sonda piccolissima o con un minuggia. Non credetti d'insistere soverchiamente in questi tentativi, ricordandomi del caso pubblicato da Hausmann, il quale perdè una ammalata d'idrosalpinge in seguito a sondatura dell'utero. Applicai nella breccia vaginale una piccola spugna preparata, immersa in una sospensione gommosa di iodofornio, che tenni in sito con tamponi imbevuti dalla stessa sostanza.

Tolta la spugna, dopo 24 ore, rinnovai le irrigazioni antisettiche tiepide in vagina, che furono continuate tutti i giorni. Però il quinto giorno, l'ammalata, che si era mantenuta in uno stato di benessere soddisfacente, avvertì d'un tratto una sensazione molto dolorosa al collo della vescica, e cominciò ad emettere con frequenza l'urina sanguinolenta; lo stimolo prese bentosto il carattere di tenesmo vescicale intensissimo, e provocava contrazioni spasmodiche delle pareti addominali, le quali divennero dolenti alla pressione nella regione ipogastrica mediana e destra. L'inferma è obbligata a tenere continuamente fra le cosce un recipiente per raccogliere le urine, e avverte un senso di puntura tormentosissimo nel canale dell'uretra. Non ricava sollievo nè dalle pennellazioni ripetute di una soluzione di cocaina, nè dalle iniezioni di morfina, nè dalla vescica di ghiaccio applicata al basso ventre. Il giorno seguente diminuisce la quantità di sangue rosso vivo e vien fuori con l'urina un materiale granuloso, nerognolo, abbondante, costituito evidentemente da grumi di sangue antico disfatti e quindi una sostanza gelatinosa trasparente, color di ambra oscura che si distingue nettamente nell'orinale, perchè non si mescola coll'urina e si può prendere ad unico corpo e sollevarlo fra le branche di una pinzetta: ha l'aspetto caratteristico di quella sostanza che si trova nei focolai apoplettici antichi del cervello. L'esame microscopico dell'urina dà moltissimi fiocchi di ematina degenerata molti granuli di detritus e qualche cristallo di colesterina.

Dopo l'emissione di questo materiale i dolori alla vescica diminuirono sensibilmente, e con questo i fenomeni riflessi; i polsi si rialzarono. Temperatura sempre normale. Il sesto giorno dopo la comparsa della ematuria, 10^o dalla operazione, l'inferma è presa

da brivido di freddo prolungato, e la temperatura sale tosto da raggiungere a 40° il giorno seguente, oscillando tra 40. e 41. nei giorni successivi, sostenuta da uno stato generale gravissimo: brividi, ripetuti ed alternantisi con sudori, polsi piccoli ed aritmici, tosse stizzosa con fenomeni acustici di grande rilievo in tutto l'albero respiratorio, urina purulenta, molto ricca di albumina. Insomma tutto il quadro nosografico della infezione setticoemica. Si praticano ripetute irrigazioni antisettiche in vescica e nella vagina.

Questo stato così grave dura sei giorni, poi mano mano la febbre diminuisce, si dileguano i fenomeni bronchiali; l'urinazione diviene meno frequente, poco dolorosa; l'urina limpida, non contiene più albumina; le condizioni generali dell'inferma migliorano di giorno in giorno. In breve, un mese circa dopo l'insorgenza di fenomeni così tumultuari, la donna si trova in uno stato di completa sanità. La mestruazione è ricomparsa anticipando di otto giorni, e non è stata preceduta ed accompagnata dalle solite sofferenze. Colla palpazione più accurata del bassoventre si nota del tutto scomparso quel tumore mobile residuale della fossa iliaca destra, e il fondo dell'utero non conserva più la sua forma oblunga, ma è divenuto sferico, come un utero normale.

Sono scorsi ora due anni e ho potuto avere, sino a pochi giorni addietro, notizie dell'ottimo stato di salute di questa donna.

Dalla storia abbastanza lunga che mi sono studiato di tracciare nella maniera la più succinta, si può rilevare l'importanza del caso clinico.

Il decorso è l'esito della malattia, che tolgono ogni dubbio sulla natura dei tumori, mi dispensano di molte considerazioni.

Malgrado la distensione notevole dei sacchi tubarici, e la probabile esistenza di copiosi versamenti sanguigni nei legamenti larghi, qui non ebbe a verificarsi, dopo l'operazione dell'atresia, nessuno delle circostanze spiacevoli, che sogliono essere la causa dell'esito triste, la rottura delle trombe distese e l'infezione settica. Oltre della osservanza di una rigorosa antisepsi, credo che abbia contribuito a questo risultato lo svuotamento *lento e progressivo*

avvenuto per una piccola apertura : la scomparsa dei tumori avvenne, come si è visto in un periodo di tempo notevolmente lungo.

A prevenire la setticoemia nei casi di evacuazione artificiale si consiglia da alcuni l'apertura larga ad ogni costo e le irrigazioni antisettiche spinte con molta precauzione nella cavità dell'utero. Questo procedimento è stato con insistenza raccomandato da Segond e Berger in una delle recenti sedute della Società francese di chirurgia (seduta del 25 novembre 2, 9, 16 dicembre 1883). A me sembra molto ragionevole il consiglio dell'apertura ristretta e del vuotamento successivo, quando assieme al tumore uterino esistono tumori laterali riferibili alle trombe (Breisky), e sarei d'avviso che se l'operazione è fatta in maniera rigorosamente antisettica, si possa fare a meno dei lavaggi, i quali non servirebbero che a facilitare l'evacuazione del liquido, e non sono certamente scevri di pericoli massime se vengono rinnovati. Vi sono dei casi nei quali il vantaggio che si può trarre dai lavaggi, in rapporto alla setticoemia, ha di fronte i pericoli della rottura delle borse sanguigne aderenti, la quale rottura può essere tanto più facile quanto maggiore è la rapidità colla quale l'organo dilatato si retrae, producendo degli stiramenti inevitabili.

Che se in alcuni casi i lavaggi sono possibili e possono rendere utili servigi, come quelli in cui l'ostacolo è nella parte bassa della vagina, e questa è notevolmente dilatata al di sopra insieme allo utero ; vi sono invece di quei casi in cui i lavaggi, anche volendo non sono possibili, come quello che ho narrato, dove l'utero godeva di una eccessiva mobilità, e la dilatazione molto limitata del collo non avrebbe dato passaggio alla sonda di Bozemam-Jritsch o a quello di Budin.

L'ultima fase della malattia è importante per l'aderenza dello sacco tubarico residuale alla vescica urinaria, lo svuotamento in questo organo e il processo di setticoemia iniziato e felicemente superato.

Questo caso poi fornisce una prova molto istruttiva delle grandi difficoltà che s'incontrano nella diagnosi differenziale di alcuni tumori tubarici : quel tumore liscio e molto spostabile di destra che

abbiamo visto vuotarsi nella vescica urinaria, non permetteva di riconoscere le sue connessioni coll'utero, tanto era distante da questo organo, a limiti ben circoscritti, a contorni isolati. A ciò agguirsi che non era possibile di avvertire l'ovario sano con l'esplorazione bimanuale, condizione, secondo Courty, necessaria perchè il tumore avvertibile sia interpretato come tromba ; e che più in basso, al di sopra della piega inguinale, esisteva nel bacino un tumore allungato, dotato di una certa mobilità, il quale tumore doveva più ragionevolmente attribuirsi alla tromba, essendo noto del resto che i versamenti nel foglietto del legamento largo non hanno mai notevole mobilità. Questo tumore dunque per la sede, per l'assoluta impossibilità di riconoscerne col tatto le connessioni coll'utero, per la mancanza di bilateralità, per l'esistenza di altro tumore più razionalmente attribuibile alla tromba, forniva molti elementi alla diagnosi probabile di un piccolo tumore ovarico a lungo peduncolo. A favore di una tale ipotesi non deponiva solamente il fatto che questo tumore mobile costituiva il punto di partenza degli accessi dolorosi, durante i quali si abbassava. Il comportarsi di questo tumore dopo che fu aperta libera uscita al sangue mestruale, la sua riduzione progressiva, la diminuita dislocabilità, con ovvio decorso sempre più all'utero, e finalmente la sua totale scomparsa, misero fuori ogni discussione la sua natura : esso era evidentemente costituito da una raccolta di sangue nell'estremo addominale della tromba notevolmente allungata ; nuova conferma, se pure ve ne fosse bisogno, dell'opinione del Rose sul meccanismo di produzione dell'ematosalpinge nei casi di ematometra.

La forma irregolare serbata dall'utero nella sua lenta riduzione, il ritorno tardivo alla forma d'un utero ordinario, il regolare andamento del processo mestruale, autorizzano, secondo me, l'ipotesi di un corno rudimentario dell'utero ; fatto del resto non raro nei casi di atresia vaginale congenita, dimostrato da numerosi casi documentati dal risultato delle sezioni, e recentemente fra gli altri da quelli pubblicati da Hegar e da Fabbri Ercole. Si può ammettere che il contenuto sanguigno del corno accessorio, in seguito a

leggiera flogosi sviluppatosi, vuoi per le manovre, per quanto lievi e limitate, da me fatte onde penetrare nel canale cervicale, ovvero per diffusione dell'inflammazione della sacca tubarica, siasi versato nella cavità principale dell'utero.

Trapani, marzo 1888.
